

RISTO KURONEN

Valtimotautiriskiin liittyvät Käypä hoito -suositukset

Tutkimus terveydenhuollon ammattilaisilla





RISTO KURONEN

Valtimotautiriskiin liittyvät
Käypä hoito -suositukset

Tutkimus terveydenhuollon ammattilaisilla



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
lääketieteen yksikön johtokunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi lääketieteen yksikön B-rakennuksen
pienessä luentosalissa, Medisiinarinkatu 3, Tampere,
25. päivänä syyskuuta 2015 klo 12.

TAMPEREEN YLIOPISTO

RISTO KURONEN

Valtimotautiriskiin liittyvät
Käypä hoito -suositukset

Tutkimus terveydenhuollon ammattilaisilla

Acta Universitatis Tamperensis 2088
Tampere University Press
Tampere 2015

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Tampereen yliopisto, Lääketieteen yksikkö
Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä

Ohjaajat

Emeritusprofessori Kari J. Mattila
Tampereen yliopisto
Dosentti Kristiina Patja
Itä-Suomen yliopisto

Esitarkastajat

Dosentti Päivi Korhonen
Turun yliopisto
Professori Marita Poskiparta
Jyväskylän yliopisto

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla
Tampereen yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti.

Copyright ©2015 Tampere University Press ja tekijä

Kannen suunnittelu
Mikko Reinikka

Myynti:
verkkokauppa@juvenesprint.fi
<https://verkkokauppa.juvenes.fi>

Acta Universitatis Tamperensis 2088
ISBN 978-951-44-9889-3 (nid.)
ISSN-L 1455-1616
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1582
ISBN 978-951-44-9890-9 (pdf)
ISSN 1456-954X
<http://tampub.uta.fi>

Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2015



”Täällä tehdään puluista joutsenia”
Ikihyvä-ryhmäläinen

Sisällys

Alkuperäisjulkaisut.....	7
Lyhenteet.....	9
Tiivistelmä.....	11
Summary.....	13
1 Johdanto.....	15
2 Kirjallisuuskatsaus.....	16
2.1 Hoitosuositukset.....	16
2.1.1 Hoitosuositusten historiaa.....	16
2.1.2 Hoitosuositusten tavoitteet.....	17
2.1.3 Hoitosuositusten kohderyhmä.....	18
2.1.4 Hoitosuositusten tilanne Suomessa ja Euroopassa.....	20
2.2 Terveydenhuollon ammattilaisten asenteet hoitosuosituksia kohtaan.....	24
2.3 Hoitosuositusten jalkautus.....	25
2.3.1 Hoitosuositusten jalkautusprosessi Suomessa.....	26
2.3.2 Hoitosuositusten jalkauttamistutkimus.....	27
2.3.3 Käyttäytymisen muutos ja sen teorit hoitosuositusten jalkautumisessa.....	29
2.4 Hoitajat ja hoitosuositukset.....	31
2.4.1 Hoitajat ja tutkimustiedon käyttö.....	31
2.4.2 Hoitosuositusten jalkautuminen hoitajille.....	33
2.5 Elintapamuutokseen ohjaus.....	34
2.5.1 Lääkäreiden ja hoitajien asenteet.....	34
2.5.2 Elintapaohjauksen toteutus ja laatu.....	36
2.5.3 Elintapamuutoksen osuus valtimotautiriskiinkin liittyvissä KH-suosituksissa.....	38
2.6 Valtimotautiriskiinkin liittyvien hoitosuositusten jalkautusinterventiot perusterveydenhuollossa.....	41
2.7 Kirjallisuuskatsauksen yhteenvedo.....	43

3	Tutkimuksen tavoite.....	45
4	Aineisto ja menetelmät.....	46
4.1	VALTTT-hanke.....	46
4.1.1	Ikihyvä-Päijät-Häme.....	46
4.1.2	VALTTT-hankkeen lähtökohdat	47
4.1.3	VALTTT-hankkeen toteutus.....	47
4.1.4	Aineisto ja menetelmät.....	49
5	Tulokset.....	53
5.1	Lääkäreiden ja hoitajien asenteet hoitosuosituksia kohtaan	53
5.2	Hoitosuosituksiin liittyvään koulutukseen osallistuminen.....	55
5.3	Valtimotautiriskiin liittyviin hoitosuosituksiin tutustuminen ja suositusten käyttö	56
5.4	Lääkäreiden ja hoitajien näkemykset elintapasairauksien eri hoitomuodoista.....	57
5.5	Koulutusintervention yhteys perusterveydenhuollon lääkäreiden ja hoitajien asenteisiin suosituksia kohtaan sekä suosituksiin tutustumiseen ja käyttöön	59
5.6	Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitajien asenteet hoitosuosituksia ja Kohonnut verenpaine -suositusta kohtaan ja suositusten käyttö.....	62
5.7	Yhteenvedo tuloksista	66
6	Pohdinta	67
6.1	Tutkimuksen päätulokset	67
6.2	Metodologinen pohdinta.....	68
6.3	Tulosten pohdinta.....	69
6.4	Pohdintaa KH-suositusten jalkauttamisesta tulevaisuudessa	73
7	Johtopäätökset ja jatkotutkimus ehdotukset	76
	Kiitokset	78
	Kirjallisuus	80
	Liitteet	100
	Alkuperäisjulkaisut	138

Alkuperäisjulkaisut

- I Kuronen R., Jallinoja P., Ilvesmäki V. ja Patja K. (2006): Miten valtimotautiriskejä koskevat hoitosuositukset on otettu käyttöön? Suomen Lääkärilehti 61(44), 4571-4577.
- II Jallinoja P., Kuronen R., Absetz P. ja Patja K. (2006): Lääkehoidon, elintapahoidon ja ryhmäneuvonnan asema elintapasairauksien hoidossa – tutkimus lääkäreiden ja hoitajien näkemyksistä Päijät-Hämeessä. Suomen Lääkärilehti 61(37), 3747-3751.
- III Kuronen R., Jallinoja P., Airola R. ja Patja K. (2010): Educational implementation programme of guidelines on cardiovascular risk factors: an analysis of changes in familiarity, use and attitudes. Primary Health care Research & Development 11(3), 241-249.
- IV Kuronen R., Jallinoja P. ja Patja K. (2011): Use of and Attitudes Toward Current Care Guidelines among Primary and Secondary Care Nurses in Finland. Clinical Nursing Research 20(3), 310-325.

Lyhenteet

AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
AGS	Attitudes towards Guidelines Scale
BMI	Body Mass Index
EBM	Evidence Based Medicine
EBMeDS	Evidence Based Medicine Decision Support
KH	Käypä hoito
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence
SCORE	Systematic Coronary Risk Evaluation
TDF	Theoretical Domains Framework
TERTTU	Terveydenhuoltotutkimuksen tutkimusohjelma
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
T2D	Tyypin 2 diabetes

Tiivistelmä

Valtimotautiriskin hoidon kehittämisessä työvälineinä voivat olla näihin riskitekijöihin liittyvät, näyttöön perustuvat, Käypä hoito –suositukset (KH-suositukset).

Tutkimme päijäthämäläisten terveydenhuollon ammattilaisten asenteita KH-suosituksia kohtaan sekä valtimotautiriskiin liittyvien KH-suositusten ilmoitettua tunnettuutta ja käyttöä. Tutkimme myös ammattilaisten asenteita elintapasairauksien eri hoitomuotoihin. Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselytutkimuksella ennen ja jälkeen kolmevuotisen KH-suositusten jalkautushankkeen. Valtimotautiriskiin liittyvistä KH-suosituksista keskiöön nostettiin niissä yhteinen elintapamuutoksen osio.

Päijäthämäläiset lääkärit ja hoitajat luottavat KH-suosituksiin ja näkevät ne mahdollisuutena työnsä kehittämiseen. Hoitosuositusten suuri määrä koetaan kuitenkin haasteellisenä. Lääkärit ilmoittivat tuntevansa hyvin valtimotautiriskiin liittyvät lääkekeskeiset KH-suositukset ja käyttävänsä niitä usein. Ne suositukset, joissa hoito on aina käyttäytymisen muutos, tunnettiin huonosti ja käyttö oli vähäistä sekä lääkäreiden että hoitajien keskuudessa. Elintapamuutoksen vaikuttava tukeminen nähdään keskeisenä kaikkien valtimotautiriskitekijöiden hoidossa, mutta sen toteutus koettiin haasteelliseksi ja siihen kaivattiin lisää taitoja.

Jalkautusinterventioon liittyvään koulutukseen osallistuivat pääasiassa hoitajat, ja heidän kohdallaan nähtiinkin valtimotautiriskeihin liittyviin KH-suosituksiin tutustumisen ja niiden käytön lisääntyminen. Myös koulutukseen osallistumisen ja hoitosuositusten käytön välillä voitiin hoitajien osalta todeta yhteys. Sekä perusterveydenhuollon hoitajien henkilökohtainen että heidän organisaatioiden valmius ottaa hoitosuosituksia käyttöön lisääntyi hankkeen aikana ja se todettiin paremmaksi kuin erikoissairaanhoidon hoitajien.

Yhteenvedona voidaan todeta, että kolmevuotisen KH-suositus jalkautushankkeen aikana tapahtui valtimotautiriskiin liittyvien KH-suositusten kohdalla positiivisia muutoksia sekä yksilö että organisaatiotasolla. Valtimotautiriskitekijöiden hoidon kehittäminen vaatii kuitenkin enemmän kuin mitä hankkeessa toteutettiin. Jotta elintapaohjaus toteutuisi perusterveydenhuollossa näyttöön perustuvilla menetelmillä, tarvitaan kehittämistä

ja muutoksia sekä KH-suositusten että terveydenhuollon toimintamallien osalta. KH-suositukset ovat yksi kehittämisen työväline. Ne tulee liittää laajempaan kehittämisen kulttuuriin ja rakenteisiin, joissa myös vaikuttavuuden arviointi on keskeistä.

Summary

Tampere University Press, 2015.

Acta Universitatis Tamperensis 2088

ISBN 978-951-44-9889-3 (nid.), ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1582

ISBN 978-951-44-9890-9 (pdf)

Current Care Guidelines on cardiovascular risk factors– a study carried out among health care professionals

A tool that can be used for reducing the risk factors which can lead to cardiovascular diseases and the development of their treatment includes the evidence based Current Care Guidelines (Käypä hoito in Finnish).

This study examined the attitudes of the health care professionals in the Päijät-Häme region towards the Current Care Guidelines, as well as the familiarity and reported use of the guidelines on the cardiovascular risk factors. The study also investigated the attitudes of health care professionals towards the different treatment methods of lifestyle diseases. The study material was collected with a questionnaire survey before and after the three-year implementation period of the Current Care Guidelines. Of the guidelines dealing with cardiovascular risk factors the main focus was laid on the section related to lifestyle modifications, which encompass all these guidelines.

Doctors and nurses in the Päijät-Häme region have trust in the Current Care Guidelines and regard them as an opportunity for developing their work. The large number of the recommendations is, however, considered a challenge. The doctors stated to be familiar with the medicine centered Current Care Guidelines on cardiovascular risk factors and said that they use them often. They were less familiar with the guidelines involving a behavioural change; their use was scarce among both doctors and nurses. The support of lifestyle modifications is

considered crucial in the treatment of all cardiovascular risk factors, but the implementation of the support was found challenging, and more information and skills were considered necessary.

The training on the implementation intervention was mainly attended by nurses. It was noted that familiarity with the Current Care Guidelines for cardiovascular risk factors and their use in practice increased among the nurses who participated in the training. It can be stated that there is a clear connection between the attendance of the training and the use of the Current Care guidelines among nurses. Primary health care nurses' personal readiness and the preparedness of the organizations that they worked for to put the guidelines into practice increased during the project, and it was deemed better than that of nurses working in specialized health care.

As a summary it can be concluded that during the three-year implementation period of the Current Care Guidelines many positive changes took place as a result both at the individual and organizational level in the use of the guidelines related to cardiovascular risk factors. The development of the treatment of cardiovascular risks requires, however, more actions than the ones carried out during the project. In order to implement evidence based lifestyle modifications within the primary health care sector further development and changes are needed as far as the Current Care Guidelines and the action models used in health care are concerned. One developmental tool includes the Current Care Guidelines. They need to be connected to a larger context involving developmental methods and structures, which also place central focus on the assessment of effectiveness.

1 Johdanto

Elintapoihin liittyvien pitkäaikais sairauksien, kuten valtimotautien, määrän ennustetaan lisääntyvän moninkertaiseksi lähitulevaisuudessa muu muassa väestön ikääntymisen vuoksi (World Health Organization, 2011; Boutayeb & Boutayeb, 2005). Valtimotautiriskin hoito on terveydenhuollon keskeistä preventiivistä toimintaa, jonka tulisi olla näyttöön perustuvaa ja vaikuttavaa. Valtimotautiriskitekijöiden hoidossa korostetaan elintapamuutosten ensisijaisuutta. Elintapamuutoksen vaikuttavan tukemisen toteuttaminen on ollut haastavaa terveydenhuollossa. Se ei ole ollut todellinen vaihtoehto lääkehoidolle hoidettaessa riskejä, joihin on olemassa lääkevaihtoehto. Näyttöön perustuvat hoitosuosituksukset ovat terveydenhuollon toimintojen kehittämisessä keskeisessä roolissa myös Suomessa. Voisivatko suomalaiset KH-suositukset ohjata ja ohjeistaa elintapamuutoksen tuen järjestämistä ja toteutusta? Päijät-Hämeessä olemme kokeneet erityistä mielenkiintoa elintapaohjauksen järjestämiseen ja toteutukseen, koska alueella on laaja-alaisella yhteistyöllä kehitetty Ikihyvä-elintaparyhmänohjausmalli, joka tutkimusvaiheessa todettiin vaikuttavaksi toimintamalliksi tyyppin 2 diabeteksen (T2D) ehkäisyssä (Absetz et al., 2007). Ryhmänohjausmallin kehittämisessä ja jalkauttamisessa olemme oppineet paljon elintapamuutoksen tukemisesta. Keskeistä ryhmänohjausmallissa on, että se perustuu terveystyöskäytymisen teorioihin. Siinä potilaslähtöisesti ja systemaattisesti tuetaan potilaan elintapamuutosprosessia. Uusi työtapa on ammattilaisille mahdollisuus mutta myös haaste.

Lähdimme Päijät-Hämeessä kehittämään alueellisesti valtimotautiriskitekijöiden hoitoa ja liitimme siihen toimintatutkimuksen. Tutkimus perustui vuosina 2004-2007 toteutetun valtimotautiriskiin liittyvien KH-suositusten jalkautushankkeen, VALTTT-hankkeen, arviointiin kyselytutkimuksella, joka toteutettiin ennen ja jälkeen intervention. Tutkijat olivat mukana suunnittelemassa ja toteuttamassa kysessä olevien suositusten jalkautusinterventiota ja sen arviointia kyselytutkimuksella. Tavoitteena oli jalkauttaa suosituksia yhdistämällä niissä kaikissa keskeisenä oleva potilaan elintapamuutos ja sen tukeminen. Nostettaessa elintapamuutos valtimotautiriskitekijöiden hoidossa keskiöön, hoitajien rooli korostuu ja jalkauttamisen kohderyhmä muodostui moniammatilliseksi.

2 Kirjallisuuskatsaus

2.1 Hoitosuositukset

2.1.1 Hoitosuositusten historiaa

Hoitosuositusten perusta on näyttöön perustuva lääketiede, Evidence Based Medicine (EBM), jonka alku voidaan nähdä 1970-luvulla, jolloin biomedisiinisen tiedon ja myös julkaistun terveydenhuollon tutkimuksen määrä nousi voimakkaasti (Wyer & Silva, 2009). Varsinainen sysäyksen EBM sai 1990-luvulla, jolloin tavoitteena oli valjastaa ja koostaa räjähdysmäisesti lisääntyntä merkityksellistä tutkimustietoa sekä ohjeistaa tutkimustiedon arviointia. Tavoitteena katsottiin olevan terveydenhuollon ammattilaisten ja jopa tavallisen kansalaisen tutkimustietolukutaidon edistäminen.

EBM on määritelmän mukaan ”parhaimman käytettävissä olevan tiedon tunnollista, tarkkaa, selkeää, ymmärrettävää ja punnittua käyttöä yksittäisen potilaan hoitopäätöksiä tehtäessä” (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996). EBM:n käytössä yhdistetään henkilökohtainen kliininen kokemus parhaimpaan saatavilla olevaan kliiniseen näyttöön, joka perustuu, mikäli mahdollista, satunnaistetuista tutkimuksista koottuihin systemaattisiin katsauksiin. Lähtökohtana on, että mitä vahvempi on tutkimusnäyttö, sitä laadukkaampi on hoitosuositus ja sen mahdollisuus vaikuttaa terveydenhuollon laatuun (Woolf, Grol, Hutchinson, Eccles & Grimshaw, 1999).

EBM:n käytännön työkaluja ovat hoitosuositukset, jotka ovat ”näyttöön perustuvia, asiantuntijoiden laatimia yhteenvetoja ja ohjeita yksittäisten sairauksien diagnostiikasta ja hoidosta” (Field & Lohr, 1990). Ensimmäisinä maina hoitosuosituksia alkoivat tuottaa Hollanti ja Ruotsi 1980-luvulla, ja muut Euroopan maat 1990- ja 2000-luvulla (Burgers et al., 2003). Yleisimmät perusteet hoitosuositustyön aloittamiselle olivat terveydenhuollon laadun parantaminen, näyttöön perustuvan hoidon tukeminen sekä hoitojen vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden lisääminen.

Suomalaisen hoitosuositus työn alku ajoittuu myös 1990-luvulle, jolloin huomattiin, että kokonaiskuvaa Suomessa käytössä olevista hoitosuosituksista ei siihen mennessä ollut. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin Käypä hoito -projektin yhteydessä tehdyssä selvityksessä hoitosuosituksia kertyi yhteensä 719 (Varonen & Mäkelä, 1997). Selvityksessä todettiin, että hoitosuosituksen käsite ei ollut vielä tunnettu, niiden perusteet osoittautuivat hyvin kirjaviksi ja syntyprosessia oli harvoin kuvattu. Suosituksia oli laadittu koko maata varten, alueellisesti ja paikallisesti. Valtakunnallisia suosituksia olivat esimerkiksi viisi konsensuslausumaa, yhtä sairautta koskevat asiantuntijaryhmän laatimat hoitosuositukset (esimerkiksi Astmaohjelma, Sosiaali- ja terveysministeriö 1994) sekä erikoislääkäriyhdistysten ja tiettyjen järjestöjen kuten Diabetesliitto ry:n ja Suomen Sydäntautiliitto ry:n laatimat suositukset.

Käypä hoito -projekti olikin sysäys tulevalle työlle, jonka tavoitteena oli muokata hoitosuosituksista kattava sekä helposti saatava ja käytettävä tietokanta terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja erikoislääkäriyhdistykset ovat yhdessä tuottaneet kriittisesti arvioituun tutkimustietoon perustuvia KH-suosituksia tärkeistä suomalaisten terveyteen vaikuttavista sairauksista ja niiden ehkäisystä, hoidosta ja kuntoutuksesta vuodesta 1994 alkaen (www.kaypahoito.fi). Tällä hetkellä (2015) käytössä on 103 KH-suositusta ja valmisteilla kuusi.

Suurin haaste on suositusten jalkautuminen eli tarvittavien muutosten aikaansaaminen terveydenhuollon ammattilaisten käyttäytymisessä ja toimintatavoissa, mikä johtaisi potilaiden hoidon laadun parantumiseen (Grol & Grimshaw, 2003; Humphris, 2007; A. Oxman, AThomson, Davis & Haynes, 1995).

2.1.2 Hoitosuositusten tavoitteet

Sekä EBM:n että hoitosuositusten taustalla ovat terveydenhuoltojärjestelmien haasteet: lisääntyvät terveydenhuollon kustannukset ja hoidon tarve, ikääntyvä väestö, yhä kalliimpi teknologia sekä hoitokäytäntöjen ja niiden laadun vaihtelu, eikä kaikkein vähäisimpänä terveydenhuollon ammattilaisten tarve tuottaa parasta mahdollista hoitoa potilailleen (Woolf et al., 1999). Valtava määrä tieteellistä tutkimusta julkaistaan vuosittain. Yksittäisellä klinikalla tai terveydenhuollon ammattilaisella ei ole mahdollisuutta pysyä tässä tietotulvassa ajan tasalla.

Tutkimustiedon siirtyminen käytäntöön voi kestää vuosikausia (Bunimov & Laneuville, 2013).

Hoitosuosituksot ovat riippumattomia kansallisia suosituksia, jotka perustuvat ajantasaiseen tutkimusnäyttöön ja joihin on koottu näyttöön perustuvat suositukset kyseessä olevan tilan tai taudin hoidossa. Hoitosuosituksista onkin tullut tärkein tiedon lähde ja perusta terveydenhuollon toimintatapojen muuttamiselle, myös Suomessa (Grol & Buchan, 2006; Sumanen et al., 2008). Hoitosuosituksot ovat olleet lisääntyvässä määrin kiinteä osa suomalaisenkin terveydenhuollon kliinistä työskentelyä. Hoitosuosituksot ovat yksi keino parantaa hoidon laatua. Ihannetilanteessa, kun lääkäriillä tai hoitajalla on potilaan hoitoon liittyvä ongelma, hoitosuositus tuo siihen näyttöön perustuvan ratkaisuehdotuksen.

2.1.3 Hoitosuositusten kohderyhmä

Hoitosuosituksot on alun perin suunnattu pääasiassa lääkäreille. Ne on niin Suomessa kuin muuallakin pääsääntöisesti tehty lääkärijärjestöjen toimesta ja julkaistu ensisijaisesti heidän foorumeillaan. KH-toimituksen esittelysivulla on maininta: ”Tiivist ja helppolukuiset hoitosuosituksot toimivat tukena lääkärin käytännön työssä...” (www.kaypahoito.fi). Toisaalta KH-suositusten etusivulla kirjoitetaan: ”Suosituksia laaditaan lääkäreille, terveydenhuollon ammattihenkilöstölle ja kansalaisille hoitopäätösten pohjaksi.” Yksittäisissä, esimerkiksi valtimotautiriskiin liittyvissä suosituksissa (Kohonnut verenpaine, Dyslipidemiät, Aikuisten lihavuus, Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus) suositusten kohderyhmät on kuitenkin määritelty hyvin laajasti:

Kohonnut verenpaine

”Suositus on tarkoitettu perusterveydenhuollossa, työterveyshuollossa ja erikoissairaanhoidossa verenpainepotilaita hoitaville, apteekkien henkilökunnalle sekä kohonneen verenpaineen ehkäisyn ohjelmia suunnitteleville ja toteuttaville.”

Dyslipidemiät

”Suositus on tarkoitettu kaikille valtimosairauksien ehkäisyn ja dyslipidemioiden hoidon parissa työskenteleville.”

Lihavuus (aikuiset)

”Suositus on tarkoitettu pääasiassa terveydenhuollon ammattilaisille.”

Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus

”Pääpaino on lääkäreiden toteuttamassa vieroitusohjauksessa. Kaikkien terveydenhuollossa toimivien tärkeä rooli vieroituksessa on huomioitu.”

Yhdessäkään edellä mainittujen suositusten työryhmässä ei ole hoitaja- eikä potilasedustusta.

Nummenmaa arvioi väitöskirjassaan suomalaisia KH-suosituksia (Nummenmaa, 2007). Useimmiten KH-suosituksen taustaryhmänä oli sairaalaerikoisalayhdistys (71 %). Perusterveydenhuolto osoittautui useammin suositusten kohteeksi kuin aloitteentekijäksi. Työryhmien puheenjohtaja oli useimmiten sairaalaerikoisalan lääkäri, ei yleislääkäri (83 % vs. 4 %). Työryhmien jäsenistä 77 % oli sairaalaerikoisalan lääkäreitä, 10 % yleislääkäreitä ja 5 % tarkemmin määrittelemättömiä muita. Potilaiden toiveita ei ollut selvitetty eikä hoitosuosituksia pilotoitu ennen julkaisemista. Vuonna 2015 tilanne on edelleen sama: julkaistujen 103 suosituksen työryhmissä on puheenjohtajana ollut yleislääkäri kahdeksassa työryhmässä (8 %), työryhmien jäsenistä (827) 82 % on ollut sairaalaerikoisalan lääkäreitä ja 10 % yleislääkäreitä. Työryhmien jäsenistä vain 1,3 % on ollut sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia.

Perinteisissä ”hoitosuositusmaissa” hoitajien rooli on jo suositusten tekovaiheessa selvästi määritelty. Englannissa hoitosuosituksia tuottavan organisaation, The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), suositustyöryhmissä (Membership of Guideline Development Group) on hoitaja- ja potilasedustus (www.nice.org.uk). Hollannissa on valtakunnallisella yleislääkärijärjestöllä, Dutch College of General Practitioners, vahva rooli hoitosuositusten tekemisessä ja jalkauttamisessa: suosituksia perusterveydenhuollon käyttöön on tuotettu ja jalkautettu strukturoidusti vuodesta 1987 (Grol, Thomas & Roberts, 1995). Alusta alkaen järjestön hoitosuositusten kehittämisen ja jalkauttamisprosessissa potilaat ovat olleet vahvasti mukana. Koska erityisesti perusterveydenhuoltoon kohdistuvat hoitosuositukset vaativat moniammatillisen näkökulman, on maahan perustettu hoitosuosituksia tuottavien organisaatioiden verkosto (EBRO), jossa ovat edustettuina muun muassa hoitaja- ja fysioterapiajärjestöt (Burgers & van Everdingen, 2004).

Hoitajat ovat saamassa yhä itsenäisemmän ja keskeisemmän roolin kardiovaskulaaripreventiossa (Graham et al., 2007; Hoebeke, 2008; Wan, Zwar, Vagholkar, Campbell & Harris, 2010) ja pitkäaikaissairauksien hoidossa (Bodenheimer, Wagner & Grumbach, 2002; Laurant et al., 2005; Wagner et al., 2001). Näissäkin toiminnan ja päätöksenteon pitäisi perustua, niiltä osin kuin mahdollista, tutkimusnäyttöön. Suurin osa hoitosuositusten jalkautustutkimuksesta on kuitenkin kohdistunut lääkäreihin (Buchan & Calman, 2004). Grimshaw'n ja kumppaneiden systemaattisessa katsauksessa 74 % jalkautusinterventioista oli kohdistettu yksinomaan lääkäreille, loppuissakin kohderyhmänä olivat lääkärit ja lisäksi joku muu terveydenhuollon ammattiryhmä (Grimshaw, Thomas, MacLennan, Fraser & Ramsay, 2004). Hollantilaisten systemaattisten katsausten analyysissä saatiin samanlainen tulos, vaikkakin kohderyhmä katsauksissa jäi usein epäsuorasti pääteltäväksi (Francke, Smit, de Veer & Mistiaen, 2008).

2.1.4 Hoitosuositusten tilanne Suomessa ja Euroopassa

2.1.4.1 Hoitosuositusten tuottaminen

Eurooppalaisessa selvityksessä kartoitettiin hoitosuositusten tilaa Euroopan unionin alueella kyselytutkimuksella, joka lähetettiin kunkin maan hoitosuositusasiantuntijoille (Legido-Quigley et al., 2012). Maakohtaisesti (29 maata) selvitettiin hoitosuositusten lainopillista perustaa, niiden tuottamista ja tekotapoja (keskitetysti vai hajautetusti), laadun tarkkailua, jalkauttamista ja käyttöä sekä koko prosessin arviointia.

Suurimmassa osassa Euroopan maista, niin kuin Suomessakin, hoitosuositusten tuottamiselle ei ole laillista tai virallista velvoitetta. Kolmessa maassa suositukset tuotetaan keskitetysti yhden toimijan tuottamana: Englanti (NICE), Luxemburg (Scientific Council) ja Suomi (KH-toimitus/ Duodecim). Muissa maissa hoitosuositusten tuottajia on useita ja keskitetty koordinaatio vaihtelevaa.

2.1.4.2 Hoitosuositusten laadun arviointi

Hoitosuositusten kriittiseen arviointiin on 1990-luvulta alkaen kehitetty useita menetelmiä. Laajimmin käytetyksi on muodostunut AGREE-lomake (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation, The AGREE Collaboration). Lomaketta

voivat käyttää hoitosuosituksen tekijät, päättäjät sekä terveystalvelujen tuottajat, ja sitä voidaan käyttää koulutuksessa kriittisen arvioinnin taitojen lisäämiseksi (Mäkelä & Kaila, 2005). Lomakkeella arvioidaan hoitosuosituksen laatua sekä kokonaisuutena että sen kannanottojen yksityiskohtien suhteen. Lomakkeessa on 23 avainkohtaa, jotka on ryhmitelty kuuteen osa-alueeseen (soveltamisalue ja tarkoitus, asianosaisten mukaan ottaminen, työtapojen tinkimättömyys, selkeys ja ulkoasu, käyttökelpoisuus ja toimituksen riippumattomuus). Jokainen osa-alue luotaa hoitosuosituksen laatua kyseessä olevasta näkökulmasta (www.agreerust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_Instrument_Finnish.pdf).

Tuoreessa katsausartikkelissa käytiin läpi tutkimuksia, joissa AGREE-työkalulla oli arvioitu eurooppalaisia pitkäaikaisten tilojen tai tautien hoitosuosituksia (Knaei et al., 2013). Katsaukseen kelpuutettiin yhdeksän tutkimusta, jotka sisälsivät yhteensä 28 hoitosuositusta. Suurin osa suosituksista (17) käsitteli diabeteksen hoitoa. Muut aiheet olivat rintasyöpä (4), paksusuolen syövän seulonta (3), depressio (2), polviartroosi (1) ja sydän- ja verisuonitautien preventio (1). Parhaimman pisteytyksen (% osa-alueen korkeimmasta mahdollisesta pisteytyksestä) saivat osa-alueet *Soveltamisalue ja tarkoitus* (84 %) sekä *Selkeys ja ulkoasu* (80 %). Loppujen osa-alueiden pisteytykset olivat jo selvästi huonompia: *Työtapojen tinkimättömyys* 64 %, *Asianosaisten mukaan ottaminen* 56 %, *Käyttökelpoisuus* 44 % ja *Toimituksen riippumattomuus* 41 %. Jos hoitosuosituksen tekovaiheessa työryhmässä olisivat mukana kaikki ammattiryhmät, joita suositus koskee ja huomioon olisi otettu potilaiden näkökulmat, suositusten käyttökelpoisuus paranisi. Käyttökelpoisuuden arviointia ja kehittymistä voisi auttaa myös suosituksen pilotointi kohderyhmällä ennen julkaisua. Pitkäaikaisten tilojen ja tautien hoidossa keskeistä on potilaslähtöinen lähestymistapa ja potilaiden mahdollisuus ottaa osaa hoitoon liittyvään päätöksentekoon (www.improvingchroniccare.org).

Päätöksenteon keskeiset elementit ovat tieteellinen näyttö sekä potilaan arvot ja valinnat. Potilaiden voimaantuminen tautiensa hoitoon ja osallistuminen niitä koskevaan päätöksentekoon näyttävät lisäävän hoidon vaikuttavuutta (Wagner et al., 2001a). Lisääntyvä potilaiden mukanaolo pitkäaikaissairauksien hoidon eri osatekijöissä, myös hoitosuositusten kehittämisessä, on keskeinen ja tärkeä terveydenhuollon kehittämisen elementti (van de Bovenkamp & Trappenburg, 2009). Kansainvälinen hoitosuositusverkosto Guidelines International Network (GIN) näkee tämän tärkeäksi ja onkin perustanut työryhmän edesauttamaan asiaa sekä tuottanut vuonna 2012 työkalupakin, jossa ohjeistetaan tämänhetkisen tietämyksen perusteella, miten potilaita ja yleisöä voitaisiin ottaa mukaan

hoitosuosituksen tekoon (<http://www.g-i-n.net/activities/gin-public/toolkit>). Vireillä on myös laaja tutkimusprojekti, jossa kirjallisuuskatsaus ja haastattelututkimus tulevat tuottamaan sovellettavaa tietoa, jonka avulla tuetaan potilaiden osallistamista hoitosuosituksen tekoon (Legare et al., 2009).

Eurooppalaisessa selvityksessä Suomi on luokiteltu ryhmään maita, joissa hoitosuosituksen laaduntarkkailuun käytetään AGREE-lomaketta (Legido-Quigley et al., 2012). Lomake ja sen käyttö on kuvattu Duodecimin julkaisemassa Hoitosuositustyöryhmien käsikirjassa, jossa kerrotaan AGREE-lomakkeen käytöstä suositusten lausuntokierroksella. Saadun palautteen perusteella suositustekstiin tehdään tarvittavia muokkauksia ennen julkaisua (Komulainen, Honkanen, Malmivaara & Sipilä, 2012).

2.1.4.3 Hoitosuosituksen jalkautuminen

Suosituksen jalkautumisesta eri maista ei ole vertailtu (Legido-Quigley et al., 2012). Saksassa joissain tilanteissa sopimus vakuutusyhtiön kanssa velvoittaa lääkäreitä toimimaan hoitosuosituksen mukaan, ja tällöin myös määritellyillä indikaattoreilla voidaan seurata kyseessä olevan hoitosuosituksen jalkautumista ja käyttöä. Hoitovirhetilanteissa hoitosuosituksen noudattaminen tarkistetaan. Unkarissa lääkärit veloitetaan ottamaan käyttöön kansallisista hoitosuosituksista omaan ympäristöönsä räätälöidyt suositukset, mutta käyttöönottoa ei seurata mitenkään. Italiassa on joitain hoitosuosituksen määrittelemiä pakollisia toimintamalleja varsinkin työterveyshuollossa ja tartuntatautien hoidossa.

Suurimmassa osassa maita, niin kuin Suomessakin, suositukset julkaistaan toimittajien nettisivuilla, joille on myös tuotettu ammattilaisille ja potilaille työkaluja ja materiaaleja käyttöönoton tueksi. Suomessa kansalliset KH-suositukset on integroitu Duodecimin sähköiseen päätöksentukipalveluun (Evidence Based Medicine Decision Support, EBMeDS, www.ebmeds.org), jonka kautta ne ovat avattavissa suoraan sähköisissä potilasjärjestelmissä. Suositukset ovat perusta alueellisille hoito-ohjelmille ja hoitoketjuille. Englannissa hoitosuosituksia tuottavassa organisaatiossa (NICE) on jalkautustiimi, joka kansallisesti tukee suositusten käyttöönottoa eri menetelmillä.

2.1.4.4 Hoitosuositusprosessin arviointi

Koko hoitosuositusprosessin (tuottaminen, arviointi, jalkautus ja käyttö) arviointia tehdään jollakin tasolla vain muutamassa maassa (Saksa, Englanti, Tanska) (Legido-Quigley et al., 2012). Kyselyn perusteella kirjoittajat totesivat, että Euroopan maista johtavia hoitosuositusten tuottajia ovat Englanti, Saksa, Hollanti, Ranska ja Belgia. Suomi kuului seuraavaan ryhmään, jossa suositusten tekemiseen on vakiintuneet järjestelmät. Kaiken kaikkiaan näissä edellä mainituissa maissa hoitosuositusten tekemisessä voi olla mukana suosituksesta riippuen laaja joukko asianosaisia, kuten ammattijärjestöjä, palveluntuottajia, lääketeollisuuden edustajia, rahoittajan edustajia, potilaita tai heidän edustajiaan, potilasjärjestöjä ja tutkijoita. Kokonaisuudessaan palvelujen tuottajien ja potilaiden osallisuus sekä vaikutusmahdollisuudet hoitosuositusten sisältöön ovat kuitenkin vähäisiä. Suositusta koskevan monipuolisen joukon mukanaolo suosituksen teossa tukee jalkauttamista. Jokainen toimija voi omien kanaviensa kautta viedä tietoa suosituksesta eteenpäin ja tukea suosituksen käyttöönottoa.

Duodecimin vuonna 2012 julkaisemassa Hoitosuositustyöryhmien käsikirjan kappaleessa ”Potilaiden osallistuminen Käypä hoito -suositusten laadintaan” määrittellään potilaiden osallistumisen tavoitteet ja keinot (Komulainen, Honkanen, Malmivaara & Sipilä, 2012). Ottamalla potilaat mukaan suositusten laadintaan varmistetaan potilaalle tärkeiden asioiden sisällyttäminen suositukseen, potilaiden näkökannat otetaan hoidon tavoitteissa huomioon, potilasnäkökulmaa vahvistetaan sairauksien hoidossa ja potilaiden sitoutumista KH-suosituksiin edistetään. Käsikirjassa mainitaan keinoiksi potilaiden osallistamiseen hoitosuositusten laadintaan potilasjärjestöjen kommenttien käyttö, Terveyskirjaston yhteydessä olevan kyselyn käyttö, kirjallisuushaku potilasnäkökulmasta, fokusryhmähaastattelut tai suositustyöryhmään voidaan kutsua potilasjäsen tai -jäseniä. Suomalaisessa KH-suosituksen tekoprosessissa asianomaisten terveydenhuollon henkilöstöjen ja potilaiden näkökulmien mukaantulo pyritään varmistamaan myös lausuntokierroksella, jolle valmis suositus lähetetään ennen julkaisua. Kohderyhmänä voivat olla muun muassa potilasjärjestöt.

Eurooppalaisen selvityksen yhteenveto oli, että hoitosuositusten tuottamisen kehittyneisyys, laatu ja läpinäkyvyys vaihtelevat hyvin paljon eri maissa (Legido-Quigley et al., 2012). Tulevaisuudessa haastetta tuottaa erityisesti julkaistujen suositusten vaikuttavuuden arviointi, joka on heikkoa jopa maissa, joissa on kehittyneet ja vakiintuneet suositusten tuottamistavat. Myös näissä maissa hoitosuositusten fokus on yksittäisten sairauksien diagnostiikassa ja hoidossa.

Tarvitaan laaja-alaisempia suosituksia muun muassa siten, että yhdistettäisiin ennaltaehkäisyyn liittyvät yksittäisten riskien suositukset yhdeksi preventiosuosituksiksi. Yksi vaihtoehto on koota väestön terveyteen vaikuttavista tekijöistä suositus, joka ohjaisi päätöksentekoa ja lisäisi vaikuttavien interventioiden käyttöönottoa.

2.2 Terveydenhuollon ammattilaisten asenteet hoitosuosituksia kohtaan

Terveydenhuollon ammattilaisten asenteet näyttöön perustuvaa lääketiedettä ja hoitosuosituksia kohtaan ovat osoittautuneet myönteisiksi. Hoitosuositusten käyttöönotolla katsotaan olevan mahdollista parantaa hoidon laatua (De Smedt, Buyl & Nyssen, 2006; Harrison, Dowswell & Wright, 2002a; O'Donnell, 2004a). Ammattilaiset pitävät hoitosuosituksia hyvinä ja luotettavina koulutustyökaluina ja tiedonlähteinä (James, Cowan, Graham & Majeroni, 1997; Watkins, Harvey, Langley, Gray & Faulkner, 1999). Suomalaisten perusterveydenhuollon ammattilaisten asenteet KH-suosituksia kohtaan osoittautuivat kokonaisuudessaan myönteisiksi, kun niitä kysyttiin Attitudes towards Guidelines Scale (AGS)-väittämillä (taulukko 3) (Elovainio et al., 2000). Hoitosuosituksia pidettiin hyödyllisinä ja luotettavina, mutta käytännöllisyyttä ja hoitosuositusten saatavuutta tällöin (vuosi 1996) epäiltiin. Myönteiset asenteet hoitosuositusten luotettavuutta ja hyödyllisyyttä kohtaan tulivat esiin vuonna 2009 suomalaisen perusterveydenhuollon hoitajille suunnatussa kyselyssä (Alanen, Kaila, Välimäki, & ECCE Study Group, 2009). Vielä 90-luvun lopussa osa lääkäreistä oli huolestunut siitä, että hoitosuositusten lähtökohtana ovat olleet enemmän taloudelliset seikat ja hoitosuositukset ovat yksi keino säädellä lääkäreiden toimintaa rajoittaen siten kliinistä vapautta ja innovatiivisuutta (James et al., 1997; Siriwardena, 1995). Lääkäreiden asenteisiin, jotka liittyvät hoitosuositusten epäiltyyn säätelevään rooliin tai taloudellisiin seikkoihin, vaikuttavat myös terveydenhuoltojärjestelmän rakenne, yleislääkäreiden rooli ja se, mitkä ovat hoitosuosituksia tuottavat tahot (Carlsen, Glenton & Pope, 2007).

Käytännöllisyyden vaatimuksen lisäksi on viime vuosien kyselytutkimuksissa tullut esiin huoli siitä, ovatko hoitosuositusten tekijät tietoisia yleislääkärin työn erityispiirteistä, jotka vaikuttavat hoitosuositusten käyttöön heidän praktiikassaan (Francke et al., 2008; Gupta, Ward & Hayward, 1997; James et al., 1997; Lugtenberg, Zegers-van Schaick, Westert & Burgers, 2009; Mazza & Russell, 2001;

Smith, Walker & Gilhooly, 2004). Hollantilaisessa kyselyssä paikallisten yleislääkäreiden yleiset asenteet (hoitosuositukset ovat käyttökelpoisia tiedonlähteitä ja perustuvat luotettavaan tietoon) hoitosuosituksia kohtaan osoittautuivat hyvin myönteisiksi, mutta merkittävin koettu este hoitosuunnitelmien käyttöön oli niiden sovellettavuus yksittäisen potilaan hoitoon (Lugtenberg, Burgers, Besters, Han, & Westert, 2011).

2.3 Hoitosuositusten jalkautus

Hoitosuositusten kohdalla keskeistä on niiden jalkautuminen eli se, saadaanko aikaan hoitosuosituksessa toivottu terveydenhuollon ammattilaisten käyttäytymisen muutos, joka johtaisi parempiin hoitotuloksiin. Hoidoissa tiedetään olevan ero parhaan ja käytössä olevan hoidon välillä ("care gap"). Suomalaisista lääkehoidetuista verenpainepotilaista hyvän hoitotasapainon on saavuttanut miehistä 24 % ja naisista 30 % (Meriranta, 2009).

Eurooppalaisissa EUROASPIRE-selvityksissä tutkittiin valtimotautiriskiin liittyvien hoitosuositusten toteutumista sepelvaltimotautia sairastavien kohdalla vuosina 1995-2007 (Kotseva et al., 2009). Tupakoivien osuudessa ei kokonaisuudessa tapahtunut muutoksia (20,3 % vs. 18,2 %) mutta alle 50-vuotiailla naisilla se lisääntyi merkittävästi (29,9 % vs. 50,0 %). Lihavien (Body Mass Index, BMI ≥ 30 kg/m²) osuus lisääntyi seuranta-aikana 38 %, ja huolimatta lisääntyneestä verenpainelääkkeiden käytöstä verenpainetavoitteeseen ($< 140/90$ mmHg, jos diabetes $< 130/80$ mmHg) päässeiden osuus ei seurannan aikana lisääntynyt (58,1 % vs. 60,9 %). Niiden potilaiden osuus, jotka käyttivät dyslipidemia-lääkitystä ja joiden kolesteroliarvot olivat tavoitteessa ($< 4,5$ mmol/l), lisääntyi seuranta-aikana seitsemänkertaisesti. Tästä huolimatta 42,7 % lääkitystä käyttävistä potilaista ei saavuttanut kolesterolitavoitetta. Eurooppalaisen EUROACTION-ohjelman alkumittauksissa vuonna 2003 korkean valtimotautiriskin (riski saada kuolemaan johtava valtimotautitapahtuma 10 vuoden sisään, Systematic Coronary Risk Evaluation, SCORE ≥ 5 %) henkilöistä 30 % tupakoi, 82 % oli ylipainoisia (BMI ≥ 25 kg/m²), 62 % ei ollut verenpainetavoitteissa ($< 140/90$ mmHg, jos diabetes $> 130/80$ mmHg) eikä 68 % kolesterolitavoitteissa ($< 5,0$ mmol/l) (Wood et al., 2008). Sydän- ja verisuonisairauksien preventiosuositukset eivät siis eurooppalaisessa mittakaavassakaan ole jalkautuneet riittävästi. Hoitosuosituksista tehtäessä pitäisi samalla määritellä suosituksen käyttöönoton toimintamalleja ja käytäntöjä. Hoitosuositusten vaikutus hoidon laatuun on minimaalinen jos niitä ei

liitetä muihin hoidon kehittämisen toimintamalleihin (Lehtomäki, 2009; Stroebel, Broers, Houle, Scott & Naessens, 2000; Wagner et al., 2001).

2.3.1 Hoitosuositusten jalkautusprosessi Suomessa

Hoitosuositusten toimeenpanoa voidaan edistää eri tasoilla (Mäntyranta et al., 2003). Pelkästään hoitosuosituksen julkaisun myötä se voi levitä (diffuusio) passiivisesti. Aktiivisessa levittämisessä (disseminaatio) suosituksesta tiedotetaan suoraan kohderyhmille. Toimeenpanossa (implementaatio) käyttöönottoa tuetaan erilaisilla menetelmillä. Näitä menetelmiä voivat olla esimerkiksi kokoukset ja luennot, vuorovaikutteinen koulutus, kirjallinen ja sähköinen materiaali, palaute ja auditointi sekä erilaiset muistutukset. Paikalliset mielipidevaikuttajat voivat olla myös keskeisessä roolissa. Potilaita ja väestöä tulee informoida eri tavoin, jos hoitosuosituksen käyttöönotto vaatii heiltäkin toiminnan muutosta.

Suomessa hoitosuositusten julkaisemisen jälkeen niitä levitetään aktiivisesti kohderyhmille. KH-suositukset ovat kaikkien käytössä Käypä hoidon kotisivuilla (www.kaypahoito.fi) sekä Terveysportissa (www.terveysportti.fi). Tarpeen mukaan KH-suositukset julkaistaan lääkäreiden lisäksi myös muiden terveydenhuollon ammattilaisten ammattilehdissä. 93 suosituksesta on tällä hetkellä potilasversio. Koulutuksen tueksi 37 suosituksesta löytyy luentomateriaalia ja 9 suosituksesta verkkokurssit. KH-suositukset ovat myös tausta-aineistona Lääkäri-seura Duodecimin tuottamissa Lääkärin tietokannat- ja EBMeDS-palveluissa. Päätöksentuki-palvelu voidaan liittää kaikkiin rakenteisia potilastietoja sisältäviin sähköisiin potilaskertomusjärjestelmiin. Potilaskertomuksista saatujen, potilasta kuvaavien rakenteisten tietojen perusteella palvelu palauttaa käyttäjälle muistutuksia, hoitoehtoja ja diagnooseihin liittyviä hoitosuosituslinkkejä. Sekä Lääkärin tietokannat että Päätöksentuki -järjestelmä voivat tuoda KH-suositukset ja näyttöön perustuvan tiedon tilanteeseen, jossa ammattilainen ja potilas tekevät yhdessä päätöksiä hoitoratkaisuista.

Suomalaisessa hoitosuositusten jalkauttamisessa keskeisessä roolissa ajatellaan olevan alueellisten hoito-ohjelmien ja hoitoketjujen laadinta, joka useimmiten on tapahtunut erilaisissa kehittämishankkeissa (Ketola et al., 2006). KH-suositukseen on koottu näyttöön perustuva tieto diagnostiikasta ja hoidosta. Alueellisessa, moniammatillisesti laaditussa hoitoketjussa tulisi määritellä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, muiden eri toimijoiden sekä ammattiryhmien tehtävät ja roolit.

2.3.2 Hoitosuositusten jalkauttamistutkimus

1990-luvun kansainvälinen hoitosuositustutkimus keskittyi yksittäisten toimeenpanomenetelmien vaikuttavuuden tutkimiseen satunnaistetuissa koeasetelmissä (interventio vs. ei-interventiota). Toistetusti tulos oli, että mikään yksittäisistä menetelmistä ei ole toistaan parempi ja todennäköisesti yhdistelemällä eri menetelmiä saataisiin vaikuttavuutta lisää (Grol, 1997; A. D. Oxman, Thomson, Davis & Haynes, 1995; Thomson O'Brien, Oxman, Davis et al., 2000; Thomson O'Brien et al., 2000; Thomson O'Brien, Oxman, Haynes et al., 2000; Thomson O'Brien et al., 2001). Myös myöhemmin 2000-luvulla tehdyt tutkimukset ja niistä koostetut katsaukset tukivat näitä tuloksia (Brusamento et al., 2012; Thomson O'Brien et al., 2000; Thomson O'Brien et al., 2000; Thomson O'Brien et al., 2000; Thomson O'Brien et al., 2001). Painetun koulutusmateriaalin levittämällä voi olla pieni vaikutus prosessimuuttujiin (ammattilaisten toiminta), mutta ei potilaskohtaisiin muuttujiin (Farmer et al., 2008). Erilaisten koulutusilaisuuksien ja työpajojen järjestäminen ja niiden yhdistäminen muihin toimeenpanon menetelmiin voivat kehittää ammattilaisen toimintatapoja ja jonkin verran myös hoitotuloksia (Forsetlund et al., 2009). Liittämällä koulutukseen interaktiivisia elementtejä tulokset olivat parempia. Jos tavoiteltu toiminnan muutos oli vaativampi, tulokset olivat heikompia. Henkilökohtaisilla koulutustapaamisilla on saatu aikaan kohtalaisia muutoksia muun muassa lääkkeiden kirjoituskäytännöissä (O'Brien et al., 2007). Palaute terveydenhuollon ammattilaiselle hänen toiminnastaan voi auttaa kehittämään toimintatapoja, erityisesti jos uuden käytännön noudattaminen on alun perin ollut heikkoa ja annettu palaute intensiivistä (Jamtvedt, Young, Kristoffersen, O'Brien & Oxman, 2006). Atk-järjestelmien palautteilla voi myös olla pieni tai kohtalainen vaikutus lääkäreiden toimintakäytäntöihin (lääkkeen määrääminen, lääkeaineinteraktioiden huomioiminen, kokeiden määrääminen) ja potilaiden terveyteen (Shojania et al., 2010). Siihen, miksi yksittäiset menetelmät olivat vaikuttavampia jossain teemoissa ja ympäristöissä, ei näissä katsauksissa pystytty ottamaan kantaa. Samoin jäi auki, mitkä menetelmien yhdistelmät olisivat parhaimpia.

Laajassa hoitosuositusten levittämis- ja implementaatiokatsauksessa 73 % katsaukseen hyväksytyistä tutkimuksista sisälsi toimeenpanomenetelmien yhdistelmiä (Grimshaw et al., 2004). Yksittäisistä menetelmistä eniten oli käytetty muistutuksia, koulutusmateriaalin levittämistä sekä toiminnan arviointia ja palautetta. Toimeenpanomenetelmien yhdistelmissä ei havaittu mitään yhteyttä eri toimeenpanomenetelmien ja komponenttien lukumäärän ja vaikuttavuuden välillä.

Lopputuloksena todettiin, että näyttöä siitä, mikä toimeenpanon menetelmä tai kombinaatio olisi eri tilanteessa paras, ei ole. Myöhemmin tutkijat selittivät tätä katsaukseen hyväksytyjen tutkimusten teoriataustan puutteella; vain 23 prosentissa tutkimuksista taustalla oli joku teoria, joka olisi auttanut paremmin ymmärtämään esteitä, muokkaamaan interventioita ja tulkitsemaan tuloksia (P. Davies, Walker & Grimshaw, 2010). Yhdysvalloissa ja Hollannissa tehtyjen tutkimusten perusteella todettiin, että vähintään 30-40 % potilaista ei saanut näyttöön perustuvaa hoitoa ja 20 %:lla hoito oli tarpeetonta tai haitaksi (Grol, 2001; M. A. Schuster, McGlynn & Brook, 1998). Tutkimuksen tulisi jatkossa keskittyä toimeenpanon esteisiin ja edistäjiin sekä terveydenhuollon ammattilaisten ja organisaatioiden käyttäytymisen muutokseen.

Hoitosuositusten jalkauttamisen sekä toimeenpanon esteiden ja edistäjien tutkimus yleistykien vuosituhannen alussa (Grol & Wensing, 2004). Ajatuksena oli, että jos saataisiin riittävä käsitys ongelmasta, kohderyhmästä ja sen puitteista sekä toimeenpanon esteistä ja edistäjistä, voitaisiin menetelmät räätälöidä paremmin vaikuttaviksi yhdistelmiksi. Toimeenpanon esteitä ja edistäjiä voidaan tarkastella usealla tasolla: itse hoitosuositus/innovaatio, ammattilainen itse, potilas, sosiaalinen ympäristö, organisaatio sekä taloudellinen ja poliittinen ympäristö. Tietoa esteistä ja edistäjistä saatiin laadullisella tutkimuksella, joka toimintatutkimuksen rinnalla alkoi yleistyä. Räätälöidyt toimeenpanon menetelmäkään eivät aina saaneet aikaan toivottua vaikuttavuutta (Baker, Reddish, Robertson, Hearnshaw & Jones, 2001; Flottorp, Håvelsrud & Oxman, 2003). Norjalaiset analysoivat tutkimuksensa jalkautusprosessia ja tulivat tulokseen, että perusterveydenhuollon yksiköissä aika- ja resurssipula sekä toimeenpanon tuki olivat suurimmat tekijät epäonnistumisen taustalla (Flottorp et al., 2003). Todennäköisesti myös osa yksiköistä koki projektin liikaa ”ylhäältä-alas”-tyyppisenä toimintana.

Tuore eurooppalainen katsaus, jossa arvioitiin pitkäaikaissairauksiin liittyvien hoitosuositusten jalkautusstrategioiden tehoa, tukee aikaisempia tuloksia (Brusamento et al., 2012). Vuosilta 2000-2011 löytyi 21 eurooppalaista tutkimusta, joissa oli arvioitu jalkautusstrategioiden vaikuttavuutta. Näistä vain neljässä (19%) raportoitiin interventiot merkittävästi vaikuttaviksi. Eri menetelmien yhdistelmät olivat vain hiukan tehokkaampia kuin yksittäiset menetelmät. Yhdistelmissä yksittäisten menetelmien vaihtelu oli niin suurta, että vaikuttavinta yhdistelmää ei pystytty määrittämään. Suurimmassa osassa tutkimuksia vaikuttavuutta mitattiin vain hoitoprosessien muuttumisella. Kahdeksassa tutkimuksessa raportoitiin potilaiden hoitotulosten muutos, ja vain kahdessa tutkimuksessa ne paranivat merkittävästi.

On siis paljon erilaisia ainakin kohtuullisesti vaikuttaviksi todettuja jalkautuksen menetelmiä. Näyttöä ei kuitenkaan ole siitä, mikä menetelmä tai niiden kombinaatio olisi yleisesti paras tai vaikuttavin.

2.3.3 Käyttäytymisen muutos ja sen teoriat hoitosuosituksen jalkautumisessa

Näyttöön perustuvan toiminnan ja hoitosuosituksen jalkautumisessa on kyse käyttäytymisen muutoksesta (Michie et al., 2005). Jalkautettavasta temasta riippuen tarvitaan eri ammattilaisten eritasoisia käyttäytymisen muutoksia. Kohonneen verenpaineen hoitoon on tarjolla useita eri lääkevalmisteita ja hoitoa on mahdollista tehostaa oikeilla lääkevalinnoilla. Lihavuuden hoito on elintapamuutos. Ammatillisella on mahdollisuus voimaannuttavan vuorovaikutuksen keinoin (esimerkiksi motivoiva keskustelu) tukea potilaan omahoitoa ja motivoitumista elintapamuutokseen. Hypertension hoidon kehittämisessä voi tiettyyn rajaan asti riittää yksittäisen ammattilaisen (lääkäri) käyttäytymisen muutos, kun taas lihavuuden hoidossa tulisi luoda moniammatillinen toimintamalli, jonka kaikilla jäsenillä on elintapamuutosta tukevan vuorovaikutuksen taidot. Hoitosuosituksen jalkauttamisessa nekin interventiot, joiden tavoitteena on ammattilaisen käyttäytymisen muutos, ovat useimmiten kuitenkin olleet passiivisia, ohjaavia ja koulutuksellisia (Grimshaw et al., 2004; Miilunpalo, Toropainen & Moisio, 2001).

Mikä siis ennustaa onnistumista? Onnistuneissa jalkautusinterventioissa kyse on siitä, että jonkun käyttäytyminen muuttuu. Käyttäytymisen muutoksen psykologisia teorioita on lukemattomia, ja osaa niistä on ehdotettu käytettäväksi jalkautustutkimuksessa (Grol, 1997; Kortteisto, Kaila, Komulainen, Mäntyranta & Rissanen, 2010; Robertson, Baker & Hearnshaw, 1996). Muutosvaihemallia, jota perinteisesti on käytetty elintapamuutokseen pyrkivän potilaan motivaation asteen määrittelyyn, on käytetty myös jalkautusstrategioiden tutkimukseen (Davis et al., 2003; Grol, 1992; Prochaska & Velicer, 1997). Godin ja kumppanit kävivät vuoden 2008 katsausartikkelissaan läpi tutkimukset, joissa tavoitteena oli johonkin teoriaan pohjautuen ennustaa terveydenhuollon ammattilaisen käyttäytymistä (Godin, Belanger-Gravel, Eccles & Grimshaw, 2008). Suurin osa tutkimuksista perustui Suunnitellun käyttäytymisen teoriaan (Theory of planned behaviour) tai sen edeltäjään Perustellun toiminnan teoriaan (Theory of reasoned action). Tuoreessa suomalaisessa kyselytutkimuksessa tavoitteena oli teorialähtöisesti (Theory of planned behaviour) selvittää terveydenhuollon ammattilaisen käyttäytymisen

määreitä liittyen aikomukseen ottaa KH-suosituksia käyttöön (Kortteisto et al., 2010). Kaikki teoriaan liittyvät muuttujat (asenteet käyttäytymisen muutokseen, subjektiiviset normit, koettu käyttäytymisen kontrolli) olivat tärkeitä tekijöitä liittyen aikomukseen ottaa hoitosuositukset käyttöön. Lääkäreillä tärkein tekijä oli koettu käyttäytymisen kontrolli eli suositukseen ja sen sisältöön liittyvät tekijät. Hoitajien kohdalla tärkein tekijä oli subjektiiviset normit eli yhteisön paine. Kirjoittajat totesivatkin, että heidän tutkimuksensa tukee sitä aikaisempaa käsitystä, että eri ammattiryhmillä tarvitaan erilaisia jalkauttamisen strategioita.

Susan Michie työryhmineen kokosi 33 psykologisesta teoriasta konsensuksen teoreettisesta viitekehystä (Theoretical Domains Framework, TDF) hoitosuositusten jalkautustutkimuksen käyttöön ja vaikuttavien jalkautusstrategioiden kehittämiseen (Michie et al., 2005). Lähtökohta on, että näyttöön perustuvan lääketieteen ja hoitosuositusten jalkautuminen ovat riippuvaisia ihmisten käyttäytymisestä. Jalkautusinterventioiden teho on osoittautunut vaatimattomaksi. Näin ollen interventioita voitaisiin saada tehokkaammiksi hyödyntämällä käyttäytymistieteen teorioita. Tuloksena oli kaksitoista teorioista johdettua teemaa (domain), joita voitaisiin käyttää hoitosuositusten jalkautusinterventioiden suunnittelussa tai jalkautumisen epäonnistumisen syitä pohdittaessa (taulukko 1). Teemat kuvaavat tärkeimmät ajatusrakennelmat, eivät niinkään kausaliteetteja teorian ja käyttäytymisen säätelyn ja muutoksen välillä. Teemojen avulla voidaan selittää nykyistä käyttäytymistä ja suunnitella tarvittavaa käyttäytymisen muutosta. Toisaalta niitä voidaan käyttää myös selittämään muutosprosesseja interventioissa, joissa ei ole mitään teoriataustaa. Jokaiseen teemaan on liitetty myös apukysymyksiä (liite 1), joilla kuvataan eri teemoissa tutkittavia selityksiä käyttäytymisen muutokselle. Viitekehystä ja sen pohjalta tehtyjä kyselyjä onkin käytetty laajasti viime vuosina muun muassa tutkittaessa ammattilaisen käyttäytymiseen liittyviä tekijöitä, jotka ennakoivat onnistunutta hoitosuosituksen jalkautumista, sekä suunniteltaessa jalkautusinterventioita ja kartoitettaessa niiden esteitä ja edistäjiä (Amemori, Korhonen, Michie, Murtooma & Kinnunen, 2013; Birken, Presseau, Ellis, Gerstel & Mayer, 2014; French et al., 2013; Huijg et al., 2014; Mazza, Chapman & Michie, 2013; Murphy et al., 2014)

Hoitosuositusten jalkauttamisessa ja jalkauttamistutkimuksessa on aikaisemmin keskitytty yksittäisiin toimeenpanon menetelmiin sekä jalkautumisen esteiden ja edistäjien määrittelyyn. Seuraava vaihe näyttäisi olevan terveydenhuollon ammattilaisen käyttäytymisen muutoksen määrittely ja tutkimus vaikuttavuuden perustana.

Taulukko 1. Käyttäytymistieteiden teorioista johdetut teemat käytettäväksi hoitosuosituksen jalkautuksen suunnittelussa ja tutkimuksessa Michien ja kumppaneiden mukaan (Theoretical Domains Framework, TDF, Michie et al., 2005).

1. Tieto (knowledge)
2. Taidot (skills)
3. Sosiaalinen ja ammatillinen rooli ja identiteetti (social/professional role)
4. Käsitykset valmiuksista/pystyvyys (beliefs about capabilities /self-efficacy)
5. Käsitykset seurauksista (beliefs about consequences)
6. Motivaatio ja tavoitteet/aikomus (motivation and goals/intention)
7. Muisti, huomio ja päätösprosessit (memory, attention and decision processes)
8. Ympäristö ja voimavarat (enviromental context and resources)
9. Sosiaaliset normit ja vaikuttavat tekijät (social influences/norms)
10. Tunne (emotion)
11. Toiminnan/käyttäytymisen säätely (behaviour regulation)
12. Tekojen/tarvittavien toimenpiteiden luonne (nature of the behaviour)

2.4 Hoitajat ja hoitosuositukset

2.4.1 Hoitajat ja tutkimustiedon käyttö

Hoitajat ovat suurin yksittäinen terveydenhuollon ammattiryhmä. Sillä, miten he hoidon toteuttavat, on suuri merkitys potilaiden saamalle terveyshyödyllä. Samoin kuin muidenkin terveydenhuollon ammattiryhmien kohdalla, keskeistä on, siirtyykö tutkimustieto arjen käytännöiksi ja jos siirtyy, miten se tapahtuu. On hyvin

haasteellista määrittää, perustuuko käytäntö tutkimustietoon. On kuitenkin arvioitu, että tutkimuksen ja käytännön välinen kuilu on keskimäärin kymmenen vuotta (J. Bostrom & Wise, 1994; Landrum, 1998). Äskettäisen katsausartikkelin laatijat tulivat tulokseen, että hoitajien itsensä raportoimana tutkimustiedon käyttö 2000-luvulla on kohtuullisen runsasta, mutta tulos voi olla liian optimistinen ottaen huomioon mittaamisen haasteet (Squires et al., 2011).

Tutkimustiedon käyttöä hoitajien keskuudessa on määritelty eri tavoilla. Tiedon käyttö voi olla epäsuoraa (vaikuttaa ajatteluun yleisellä tasolla) tai suoraa (vaikuttaa kliiniseen toimintaan) (Estabrooks, 1999; Meijers et al., 2006). Tutkimustiedon käyttö voi olla välineellistä, käsitteellistä tai suostuttelevaa (Estabrooks, 1999; Stetler, 1985). Välineellisessä tutkimustiedon käytössä toiminta muuttuu konkreettisesti, käsitteellisessä käytössä muuttuu ajattelu ja suostuttelevalla tutkimustiedon käytöllä vaikutetaan menettelytapoihin ja päätöksiin. Hoitosuositusten toimeenpanossa tavoite on ammattilaisten käyttäytymisen muutos, ja siihen voidaan vaikuttaa monella eri tavalla. Lopullinen tavoite on, että tutkimustiedon käyttöönotto hyödyntää potilaita ja heidän saamansa terveyshyöty lisääntyy. Tämän tutkimisen haasteellisuutta kuvastaa se, että tuoreessa systemaattisessa katsauksessa, jossa selvitettiin hoitajien tutkimustiedon käyttöä, ei löytynyt yhtään tutkimusta, jossa olisi tutkittu tutkimustiedon käytön vaikutusta potilasmuuttujiin (Squires et al., 2011). Thompson ja kumppanit kävivät katsausartikkelissaan läpi interventioita, joissa tavoite oli lisätä tutkimustiedon käyttöä hoitajien keskuudessa (Thompson, Estabrooks, Scott-Findlay, Moore & Wallin, 2007a). Vain neljä tutkimusta, jotka nekään kirjoittajien mielestä eivät olleet korkeatasoisia, täyttivät asetetut kriteerit. Tämän takia kirjoittajat olivat johtopäätösten teon suhteen varovaisia, mutta totesivat kuitenkin, että tutkijavetoiset koulutusilaisuudet osoittautuivat tehottomiksi, kun taas paikallisen mielipidevaikuttajan ja moniammatillisen tiimin vetämät koulutusilaisuudet olivat tehokkaita tutkimustiedon lisäämisessä.

Selvityksessä, jossa tutkittiin hoitajien henkilökohtaisia, yleistä tutkimustiedon käyttöä määritteleviä tekijöitä, todettiin positiivinen yhteys teemoihin asenne tutkimusta kohtaan, tiedon haku (muun muassa ammattilehtien lukeminen, osallistuminen konferensseihin), kouluttautuminen (jatko-opinnot) ja ammatilliset luonteenpiirteet (nykyinen ammatillinen rooli, erikoistuminen, työtyytyväisyys) (Estabrooks, Floyd, Scott-Findlay, O'Leary & Gushta, 2003; Squires, Estabrooks, Gustavsson & Wallin, 2011).

Tiedon muuntumiseen (knowledge translation) terveydenhuollon palveluiden käytännöiksi vaikuttavat monet järjestelmän eri tason tekijät: yksittäiset

ammattilaiset, hoitotiimit, organisaatio ja laajempi terveydenhuollon järjestelmä (Cummings, Estabrooks, Midodzi, Wallin & Hayduk, 2007; Elovainio et al., 2000; Estabrooks et al., 2003; Meijers et al., 2006; Michie et al., 2005). Toistaiseksi tutkimus on enemmän keskittynyt ammattilaisten henkilökohtaisten tekijöiden vaikutukseen tutkimustiedon käyttöön otossa (Grol & Grimshaw, 2003). Voi kuitenkin olla niin, että monessa tapauksessa yksittäisen ammattilaisen on vaikea tai mahdoton ottaa käyttöönsä uusia toimintatapoja jos organisaatio ei virallisesti ole hyväksynyt niitä (Rogers, 1995). Näyttääkin siltä, että vain terveydenhuollon yksittäisiin työntekijöihin kohdistuvat strategiat eivät välttämättä saa aikaiseksi heidän käyttäytymisensä muutosta ja potilaiden hoidon parantumista (Grimshaw et al., 2004). Näin ollen muutkin muun muassa organisaatioon ja järjestelmään liittyvät elementit tulee ottaa huomioon, erityisesti ei-lääkäri -professionien kohdalla (Kortteisto et al., 2010). Onkin osoitettu, että organisaation kehittämiskulttuurilla, kehittämismyönteisellä johtamisella ja toiminnan arvioinnilla on myönteinen vaikutus tutkimustiedon käyttöönottoon (Cummings et al., 2007). Hoitajan positiivisella roolikokemuksella työyhteisössään, monipuolisilla mahdollisuuksilla päästä käsiksi tutkimustietoon, työilmapiirillä, monimuotoisella tuella, tutkimustietoon perehtymisen mahdollistavalla ajankäytöllä ja koulutuksen järjestymisellä on myönteinen vaikutus tutkimustiedon käyttöönottoon (Elovainio et al., 2000; Meijers et al., 2006; Scott, Estabrooks, Allen & Pollock, 2008).

2.4.2 Hoitosuositusten jalkautuminen hoitajille

Hoitajien rooli on muutoksessa perusterveydenhuollossa, ja heidän kiinnostuksensa hoitosuosituksia kohtaan onkin lisääntynyt 2000-luvulla (Harrison, Dowswell & Wright, 2002b; O'Donnell, 2004b). Hoitosuositusten käyttö voi olla alku laajemmalle tutkimustiedon käytölle (Rolfe, Segrott & Jordan, 2008). Hollantilaisen kyselytutkimuksen mukaan tärkein hoitosuosituksen käytön määre hoitajilla oli hoitosuosituksen otsikko tai teema, kun taas lääkäreillä suosituksen tieteellinen perusta (Goossens, Bossuyt & Haan, 2008). Hoitosuositusten käyttöönoton haasteiksi hoitajat ilmoittavat samoja asioita kuin lääkärit: ajan puute, lisääntyvä tiedon määrä, kriittisen arvioinnin haasteet ja työyhteisön asenteet (B. Davies, Edwards, Ploeg & Virani, 2008; De Smedt et al., 2006).

Työyhteisöllä on keskeinen merkitys hoitosuositusten käyttöönotossa hoitajien keskuudessa. Työyhteisö, joka arvostaa oppimista ja kouluttautumista ja jossa on selkeä johdon tuki ja kulttuuri tutkimustiedon käytölle, edesauttaa hoitosuositusten

käyttöönottoa (B. Davies et al., 2008; Gerhardt, Schoettker, Donovan, Kotagal & Muething, 2007; Gifford, Davies, Edwards & Graham, 2006; Marchionni & Ritchie, 2008; Ploeg, Davies, Edwards, Gifford & Miller, 2007; St-Pierre, Davies, Edwards & Griffin, 2007). Alanen selvitti väitöskirjassaan kohonneen verenpaineen KH-suosituksen käyttöönottoa suomalaisessa perusterveydenhuollon hoitotyössä (Alanen, 2009). Hoitosuositusten paikallinen soveltaminen ja johdon ja lääkäreiden tuki olivat suomalaisten perusterveydenhuollon hoitajien mielestä keskeistä hoitosuositusten käyttöönotossa. Lehtomäki tutki väitöskirjassaan valtakunnallisten suositusten toimeenpanoa terveyskeskuksissa sekä moniammatillisesta että organisaation näkökulmasta (Lehtomäki, 2009). Suositusten käyttöönottoa tukisivat moniammatillisen yhteistyön kulttuuri ja rakenteet. Myös muissa selvityksissä moniammatillinen työskentely ja erityisesti lääkärien tuki hoitosuositusten käyttöönotossa on todettu tärkeäksi (A. Bostrom, Kajermo, Nordstrom & Wallin, 2008; Oranta, Routasalo & Hupli, 2002). Hoitosuositusten tulee olla myös helposti löydettävissä (A. Bostrom et al., 2008; Hoare, Steele, Ram & Arroll, 2008). Skotlannissa tehdyssä kyselytutkimuksessa kaikki muut ammattiryhmät paitsi lääkärit olivat sitä mieltä, että moniammatilliset työryhmät ja koulutukset edistävät hoitosuositusten käyttöönottoa (O'Donnell, 2004).

2.5 Elintapamuutokseen ohjaus

2.5.1 Lääkäreiden ja hoitajien asenteet

Perusterveydenhuollon lääkärit ja hoitajat katsovat tehtäväkseen antaa potilailleen tietoa epäterveellisiin elintapoihin liittyvistä riskeistä sekä motivoida ja tukea heitä elintapamuutoksiin (Brotons et al., 2005; Jacobsen, Rasmussen, Christensen, Engberg & Lauritzen, 2005; Jallinoja et al., 2007; Kardakis, Weinehall, Jerden, Nystrom & Johansson, 2013; McAvoy, Kaner, Lock, Heather & Gilvarry, 1999; Miilunpalo, Laitakari & Vuori, 1995). Elintapaohjauksen katsotaan kuitenkin kuuluvan enemmän hoitajan kuin lääkärin toimenkuvaan, ja potilaat ovat joissain selvityksissä olleet tyytyväisempiä hoitajan kuin lääkärin toteuttamaan elintapaohjaukseen (Geense, van de Glind, Visscher & van Achterberg, 2013; Steptoe, Doherty, Kendrick, Rink & Hilton, 1999; Vermunt et al., 2012). Hollantilaisessa kardiovaskulaaripreventiohoitosuosituksen jalkautusinterventiossa

hoitajat sitoutuivat lääkäreitä paremmin suosituksen käyttöönottoon (Voogdt-Pruis, Van Ree, Gorgels & Beusmans, 2011). Hoitajaryhmän potilaista 77 % ilmoitti saaneensa elintapoihin (tupakointi, verenpaine, lipidit, paino, liikunta, ravitsemus) tai lääkitykseen liittyvää ohjausta. Lääkäriryhmässä vastaava luku oli 57 %.

Suurimmaksi esteeksi elintapamuutoksen toteutumiseen perusterveydenhuollon ammattilaiset näkevät potilaiden haluttomuuden sitoutua hoitoon (Cornuz, Ghali, Di Carantonio, Pecoud & Paccaud, 2000; Jallinoja et al., 2007). Haasteeksi elintapaohjauksen toteutuksessa koetaan ajanpuute ja ohjaustaitojen vajavuus (Beaulieu, Talbot, Jadad & Xhignesse, 2000; Brotons et al., 2005; Cornuz et al., 2000; Grant et al., 1998; Jallinoja et al., 2007; Steptoe et al., 1999). Suomalaisessa päijätähämäläisille perusterveydenhuollon ammattilaisille suunnatussa kyselytutkimuksessa valtaosa sekä lääkäreistä että hoitajista oli sitä mieltä, että keskeisin este hoidon toteutumiselle on potilaiden haluttomuus elintapamuutoksiin (Jallinoja et al., 2007). Tämä arvioitiin esteeksi kaikissa käsitellyissä teemoissa (aikuisten lihavuus, dyslipidemia, kohonnut verenpaine, T2D ja tupakointi), myös niissäkin, joissa on mahdollisuus riskin alentamiseen lääkkehoidolla. Yli puolet hoitajista ja lääkäreistä katsoi, että potilaiden tiedon puute on harvoin tai ei koskaan keskeinen este hoidon toteutumiselle. Potilaiden motivointi ja tukeminen ovat elintapaohjauksen keskeiset elementit. Yli puolet hoitajista ja lääkäreistä oli sitä mieltä, ettei heillä ole riittävästi taitoja elintapaohjaukseen.

Hollantilaisessa haastattelututkimuksessa (16 lääkäriä, 5 hoitajaa) kartoitettiin perusterveydenhuollon hoitajien ja lääkäreiden asenteita sekä koettuja esteitä ja edistäjiä elintapaohjausta kohtaan (Geense et al., 2013). Edistäjinä nähtiin hoitajaresurssi ja yhteistyö muiden ammattilaisten kanssa sekä erilaiset terveyden edistämisen ohjelmat lähiympäristössä. Keskeisiksi esteiksi määriteltiin potilaiden motivaation puute, riittämätön resursointi terveyden edistämiseen sekä interventioiden näytön puute. Hoitajat olivat yksimielisiä siitä, että potilaat ovat aina itse vastuussa elintavoistaan ja hoitajan tehtävä on tukea muutosta sekä keskustella elintavoista, kun potilas sitä haluaa ja arvostaa. Vaikka kaikkia potilaita ei voi auttaa ja resurssit ovat rajalliset, haastatteluun osallistuneet hoitajat olivat sitä mieltä, että elintavoista keskustelu kannattaa. Lääkäreiden keskuudessa asenteet vaihtelivat enemmän ja kirjoittajat luokittelivatkin lääkärit kuuteen eri kategoriaan sen mukaan miten he kokevat roolinsa ja vastuunsa elintapaohjauksen toteutuksessa. ”Sivuuttajan” (”ignorer”) mielestä yleislääkärin rooli terveyden edistämässä on rajoittunut ja muiden toimijoiden rooli keskeisempi. ”Neuvonantaja” (”adviser”) katsoo, että terveyden edistäminen on osa toimenkuvaa ja elintapaohjeiden antaminen kannattaa. ”Vahvistaja” (”confirmer”) korostaa hoitajan roolia ja

lääkärinä vahvistaa sekä tukee hoitajan ja potilaan yhdessä tekemiä suunnitelmia. ”Herätysaarnaaja” (”evangelist”) on skeptinen vaikutusten suhteen, mutta uskoo voivansa auttaa ainakin joitain potilaitaan. ”Puuttuja” (”interferer”) kuulustelee potilasta elintavoistaan vaikka potilaalla ei olisi elintapoihin liittyviä oireita. ”Tukijan/hoivaajan” (”nurture”) mielestä lääkärin rooli on samanlainen kuin opettajan: potilaiden kasvattaminen ja opettaminen. Haastattelututkimuksen kokemusten mukaan useimmissa tapauksissa yleislääkäri sijoittuu yhteen rooliin, mutta voi liikkua roolista toiseenkin. Vaihtelu elintapaohjauksen toteutuksessa oli siis laaja ja lähti yksittäisen lääkärin omista elintapaohjaukseen liittyvistä käsityksistä. Ruotsalaisessa haastattelututkimuksessa samalla alueella työskentelevien ja samoja hoitosuosituksia käyttävien yleislääkäreiden näkemykset primääriprevention eri näkökohdista (riskin määrittely, lääkkeellinen ja ei-lääkkeellinen hoito) vaihtelivat suuresti (Silwer, Wahlstrom & Lundborg, 2010).

Perusterveydenhuollon lääkärit ja hoitajat kokevat elintapaohjauksen tehtäväkseen, mutta sen toteutuksessa nähdään monenlaisia esteitä ja haasteita, jotka liittyvät potilaisiin, ammattilaisiin ja terveydenhuollon organisaatioihin.

Ruotsalaisessa kyselytutkimuksessa terveyden edistämisen ja elintapaohjauksen toteutuksen yhdeksi esteeksi koettiin tähän teemaan liittyvien hoitosuositusten puute (Johansson, Stenlund, Lundstrom, & Weinehall, 2010). Yksittäisten valtimotautiriskitekijä -hoitosuositusten rinnalle onkin noussut tarve kansallisiin elintapamuutokseen ja elintapaohjaukseen liittyviin hoitosuosituksiin (Kardakis et al., 2013).

2.5.2 Elintapaohjauksen toteutus ja laatu

Perusterveydenhuollon ammattilaisten kuvaamat keskeiset elintapaohjauksen toteutuksen haasteet eli potilaiden sitoutuminen hoitoonsa ja ammattilaisten elintapaohjaustaidot liittyvät kiinteästi toisiinsa. Ajantasaisen ja puolueettoman tiedon jakaminen on yksi elintapaohjauksen elementti, mutta ei riittävä. Näin on erityisesti lihavuuden ja tupakoinnin lopettamisen osalta (Jallinoja et al., 2007). Aikaisemmin mainitussa hollantilaistutkimuksessa hoitajat ohjasivat hoitosuositusten mukaisesti potilaitaan lääkityksen ja elintapojen suhteen useammin kuin lääkärit, mutta tämä ei kuitenkaan johtanut parempaan hoitoon sitoutumiseen (Voogdt-Pruis, Van Ree, Gorgels & Beusmans, 2011). Tulos kuvastaa sitä, että keskeisempää kuin määrä on elintapaohjauksen laatu.

Suomalaisessa katsausartikkelissa käytiin läpi perusterveydenhuollossa toteutettuja elintapainterventioita (Absetz & Hankonen, 2011). Yhteenvedona voitiin todeta, että perusterveydenhuollossa toteutetulla ohjauksella voidaan vaikuttaa useimpiin elintapoihin. Terveystieteiden tutkimuksen kohderyhminä tulee olla korkean riskin henkilöt ja jo sairastuneet (Fleming & Godwin, 2008). Lääkäreiden antama ohjaus on, lukuun ottamatta ravitsemusneuvontaa, yhtä tehokasta kuin muiden ammattilaisten antama. Lääkäreiden normaalin potilaskäynnin yhteyteen sopii erityisen hyvin tupakoinnin lopettamisen ohjaaminen. Ohjaamisen menetelmiksi sopivat hyvin motivoiva haastattelu ja ohjaaminen oman käyttäytymisen seurantaan sekä erilaisten testitulosten käyttö. Havaintojen tarkastelu ja siihen liitetyt tavoitteellisen toiminnan elementit (tavoitteiden asettelu, suunnittelu ym.) tuovat lisää vaikuttavuutta. Kun hoidon jatkuvuus toteutuu, voidaan tukea antaa toiminnan seuraamisella ja palautteella. Keskeistä on potilaan pystyvyyden tunteen lisääntyminen. Vaikuttaviin elintapaohjauksen keinoihin kuuluvat potilaan kuuntelu ja muut motivoivan vuorovaikutuksen tavat, joita kannattaa ja on mahdollisuus harjoitella suurimmassa osassa vastaanottokontakteja (Absetz, 2010; Absetz, 2009).

On siis näyttöä siitä, että käyttäytymisen muutoksen teoriaan perustuvat elintapaohjauksen toimintamallit ovat tehokkaampia kuin vain tiedon jakamiseen perustuvat mallit (Cox et al., 2011; M. G. Goldstein, Whitlock, DePue & Planning Committee of the Addressing Multiple Behavioral Risk Factors in Primary Care Project, 2004; Sargent, Forrest & Parker, 2012; Steptoe et al., 2003). Todennäköisesti suurimmassa osassa terveydenhuollon kontakteja toimintamalli on kuitenkin perinteinen tiedon jakaminen (Abildsnes, Walseth, Flottorp & Stensland, 2011; Kiuru, Poskiparta, Kettunen, Saltevo & Liimatainen, 2004; Lambe & Collins, 2010; Poskiparta, Kasila, Kettunen & Kiuru, 2004; Poskiparta, Kasila & Kiuru, 2006). Suomalaisessa tutkimuksessa videoitiin ja analysoitiin potilaiden, joilla oli T2D tai heikentynyt sokerinsieto, vastaanottokäyntejä perusterveydenhuollon lääkäreillä ja hoitajilla (Poskiparta et al., 2006). Ammatillaiset käyttivät hyvin vähän aikaa elintapaohjaukseen ja keskustelut olivat rutiininomaisia, mielenkiinnottomia ja pinnallisia. Tutkijat toteavat suomalaisen perusterveydenhuollon tulevaisuuden haasteeksi uusien vaikuttavien elintapaohjauskeinojen, joissa keskeistä ovat vuorovaikutustaidot, kehittämisen ja käyttöön ottamisen käytettävissä olevilla resursseilla.

Myös eri ammattilaisten roolien määrittäminen ja organisaation tuki elintapaohjauksen toteutuksessa koetaan tärkeäksi (Berra, 2011; Hukkanen & Vallimies-Patomäki, 2005; Kardakis et al., 2013; Myllymäki, 2004; Sipilä, Ketola, Tala & Kumpusalo,

2008). Ammattilaisilla voi olla erilaisia tehtäviä, joihin on ajan myötä ajauduttu, mutta varsinaisesti asioista ei ole sovittu eikä näin ollen moniammatillinen tiimityö oikeasti toteudu (Coleman, Austin, Brach & Wagner, 2009; Lambe & Collins, 2010; Miilunpalo, Laitakari & Vuori, 1995).

2.5.3 Elintapamuutoksen osuus valtimotautiriskiin liittyvissä KH-suosituksissa

Syksyllä 2014 Suomessa on käytössä seitsemän KH-suositusta, jotka liittyvät valtimotautiriskin hoitoon: Diabetes, Raskausdiabetes, Kohonnut verenpaine, Dyslipidemiat, Lihavuus (aikuiset), Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus sekä Liikunta. Kaikissa näissä suosituksissa hoidossa korostetaan elintapamuutoksen ensisijaisuutta. Lihavuuden ja nikotiiniriippuvuuden hoito on aina käyttäytymisen muutos, jota alkuvaiheessa voidaan tukea lääkehoidolla. Lääkehoidon rinnalla voidaankin puhua ns. ”osaamishoidosta” eli elintapamuutosten ja käyttäytymisen muutoksen tukemisesta terveydenhuollon ammattilaisten toimesta (Mustajoki, 2008). Verenpaineen ja dyslipidemian hoito on hyvin lääkekeskeistä, ja suurin osa näiden hoitosuositusten sisällöstä onkin lääkehoitoon liittyvää. Kelan tilastoissa kulutukseltaan suurin lääkeryhmä vuonna 2013 oli sydän- ja verisuonilääkkeet (Suomen Lääketilasto 2013). Verenpainelääkkeiden (varsinkin reniini-angiotensiinijärjestelmään vaikuttavien) ja statiinien kulutus onkin jatkanut kasvuaan aina vuoteen 2013 asti.

Diabetes-hoitosuosituksessa ennaltaehkäisyssä ja hoidossa korostetaan elämäntapahoidon merkitystä, varsinkin painon ja liikunnan tärkeyttä viitaten Lihavuus- ja Liikunta-suositukseen. Hoidon tavoitteet määritetään aina yksilöllisesti yhdessä potilaan kanssa: *”Kerro yleiset tavoitteet – aseta yhdessä potilaan kanssa yksilölliset tavoitteet.”* Hoidonohjauksen yhteydessä tuodaan esiin omahoito-termi, joka sisältää sekä lääke- että elintapahoidon. Tässä yhteydessä mainitaan: *”Päävastuu hoidosta on diabeetikolla itsellään, ja hoidon onnistumiseksi diabeetikolla täytyy olla riittävästi tietoja, taitoja ja halua hoitaa itseään. – On tärkeää, että potilas tuntee sairautensa ja osallistuu aktiivisesti hoitoonsa.”* Hoidonohjauksessa erotellaan sairauden alkuvaihe ja jatko-ohjaus, joka tulisi olla *”parhaimmillaan potilaslähtöistä, suunnitelmallista ja jatkuvaa”*. Hoidonohjauksen sähköisessä tausta-aineistossa käydään läpi enimmäkseen hoidonohjauksen asiasisältöä. Toteutustapaan liittyviä ohjeita ovat muun muassa:

”Motivoiva haastattelu tukee potilaslähtöistä hoidonohjausta.”

”Oikea-aikaisuus: Tartu niihin asioihin, jotka ovat potilaalle ajankohvaisia. Vältä potilaan ylikuormittamista.”

”Jatkuvuus, suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus: Etene asia kerrallaan. Tee suunnitelma seuraavaa kertaa varten ja sovi ”kotitehtävistä”. Kirjaa suunnitelma ja anna se myös potilaalle.”

Raskausdiabetes-hoitosuosituksessa korostetaan ravitsemushoidon merkitystä. Toteutuksen suhteen viitataan Diabetesliiton tuottamiin materiaaleihin ja todetaan:

”Ravitsemushoidon toteuttamiseen tarvitaan useita ohjauskertoja.”

”Ohjauksen tulee olla asiantuntevaa ja laadukasta, asiakaslähtöistä, perusteltua ja havainnollista.”

”Suositeltavasta ruokavaliosta kerrotaan äidille antamalla hänelle neuvoja sopivista ruoista, ruoka-aineista, valmisteiden valinnasta ja ruoanvalmistustavoista.”

Liikunnan osalta viitataan Liikunta-hoitosuositukseen.

Kohonnut verenpaine -hoitosuosituksessa elintapamuutosten edistäminen todetaan keskeiseksi ja elintapamuutosten tavoitteet kuvataan tarkasti. Elintapaohjauksen toteutuksesta todetaan:

”Elintapamuutosten toteuttaminen vaatii pitkäjänteistä ja suunnitelmallista neuvontaa.” Tässä kohdassa on linkki sähköiseen tausta-aineistoon, jossa referoidaan kahta suomalaista elintapainterventiotutkimusta.

Ravitsemuksen ja liikunnan kohdalla viitataan ja on linkitys Lihavuus (aikuiset)- ja Liikunta-hoitosuosituksiin.

Dyslipidemioiden hoitosuosituksessa korostetaan hoidon perustana olevaa elämäntapahoitoa ja kokonaisriskin arviointia: *”Yksittäisiä lipidiarvoja ei tule sellaisenaan hoitaa, vaan hoito perustuu valtimosairauksien kokonaisriskin arvioon.”* Suosituksessa mennään jo syvemmälle elintapaohjauksen toteutukseen toteamalla:

”Elämäntapamuutokset perustellaan ja potilaan valmiutta niihin arvioidaan.”

”Elämäntapamuutosten onnistumisen edellytyksenä ovat potilaan hyvä motivaatio sekä riittävä ja ammattitaitoinen ohjaus.”

”Ohjauksessa käytetään potilaskeskeistä työtettä, ei ”määräämistä”.”

”Potilaalle annetaan tietoa hänelle sopivista hoitomahdollisuuksista ja neuvotellaan yhdessä, mitkä vaihtoehdot hänen tapauksessaan tulevat kysymykseen.”

”Keskustelussa korostetaan, että päävastuu potilaan elämäntapamuutoksista on hänellä itsellään.”

”Elämäntapamuutosten toteutumisen ja pysyvyyden turvaamiseen on kiinnitettävä huomiota.”

Lihavuus-hoitosuosituksessa kuvataan tarkasti elintapahoidon toteutusta ja osatekijöitä. Suosituksessa otetaan kantaa hoidon järjestämiseen ja työnjakoon terveydenhuollossa. Hoidon toteutuksessa korostetaan ryhmätoimintaa ja moniammatillista tiimityötä. Käyttäytymisen muutoksen ohjauksesta on oma kappaleensa, jossa mainitaan muun muassa että:

”Käyttäytymisen muutoksiin tähtäävän ohjauksen tulee olla potilaslähtöistä, potilaan voimavaroja hyödyntävää ja vahvistavaa sekä teoreettisesti perusteltua.”

”Tehokkaita ovat erityisesti interventiot, joissa itse toteutettu toiminnan tarkkailu yhdistetään johonkin toiseen teoriapohjaiseen käyttäytymismuutostekniikkaan.”

Käyttäytymisen muutoksen ohjaamiseen käytettävistä menetelmistä mainitaan muun muassa motivoiva haastattelu ja ratkaisukeskeinen menetelmä.

Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus -hoitosuosituksessa tupakasta vieroituksen organisointiin terveydenhuollossa ehdotetaan perustettavaksi alueelliset Tupakasta vieroituksen yksiköt ja määritellään eri toimijoiden (perusterveydenhuolto, erikoislääkäri ja avohoidon tai laitoshoidon hoitaja, Tupakasta vieroituksen yksikkö, terveydenhuollon yli- ja keskijohto, apteekkihenkilökunta) tehtävät ja osaaminen. Ohjauksen toteutuksessa korostetaan ”osaamishoidon” merkitystä:

”Välittävä, empaattinen ja ymmärtävä ote on tärkeää tupakasta vieroitukseen tähtäävässä toiminnassa.”

”Vieroitus onnistuu, kun lopettajaa rohkaistaan ja tuetaan ja hänelle annetaan käytännön ohjeita tupakoinnille altistavien tilanteiden tunnistamiseen ja uudelleen aloittamisen välttämiseen niissä.”

Suosituksessa mainitaan myös potilaan kanssa yhdessä tehty hoitosuunnitelma.

Liikunta-hoitosuosituksessa suurin osa sisällöstä on liikuntasuositusten kuvausta eri sairausryhmien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Liikuntaan ohjauksen järjestämisestä mainitaan: *”Ohjatessaan potilaita liikuntahoitoon on terveydenhuollon ammattilaisten tunnettava liikuntapalveluja tuottava paikallinen verkosto (esimerkiksi liikunnan ohjaukseen erikoistunut ryhmätoiminta)”* sekä *”tarvittaessa liikuntaohjelma suunnitellaan hoitavan lääkärin ja fysioterapeutin tai liikunta-alan ammattilaisen välisenä yhteistyönä ja se toteutetaan yksilöllisesti – omatoimisena, ohjattuna tai ohjattuna ryhmässä tapahtuvana liikuntana.”* Itse liikuntaohjauksen toteutus kuitataan lyhyesti toteamalla:

”Keskusteltaessa liikuntatottumuksista voidaan käyttää ns. kuuden K:n mallia: kysy, keskustele, kirjaa, kehoita, kannusta ja auta, kontrolloi.”

”Potilaan kanssa sovitaan yhdessä liikkumisen tavoitteet.”

Valtimotauririskiin liittyvissä KH-suosituksissa elintapamuutoksen tukemisen osuus on määrällisesti ja laadullisesti hyvin vaihtelevaa.

2.6 Valtimotauririskiin liittyvien hoitosuositusten jalkautusinterventiot perusterveydenhuollossa

PUBMED-haku (kts. Aineisto ja menetelmät s. 54) valtimotauririskiin liittyvien hoitosuositusten jalkautusinterventiotutkimuksista ajalla 1.1.2003-31.12.2014 tuotti 149 abstraktia. Kun joukosta poistettiin tutkimukset, joissa ei raportoitu tuloksia perusterveydenhuollossa tapahtuvasta hoitosuositusten jalkautusinterventiosta hoitajille tai moniammatillisesti (kansallinen kehittämishanke, protokollan kuvaus, katsausartikkeli, poikkileikkaus kyselytutkimus, mallinnus), jäljelle jäi 11 tutkimusta (liite 2). Kolme tutkimuksista liittyi yksinomaan kohonneen verenpaineen hoitoon (Choma, Huang, Dittus, Burnham & Roumie, 2009; M. K. Goldstein, Lavori, Coleman, Advani & Hoffman, 2005; Kengne, Awah, Fezeu, Sobngwi & Mbanya, 2009), yksi verenpaineen ja T2D:n (Steyn et al., 2013), yksi verenpaineen ja dyslipidemian hoitoon (Fretheim et al., 2006), yksi laajempaan sydän- ja verisuonisairauksien prevention kehittämiseen, jossa mukana kohonnut verenpaine, dyslipidemia ja T2D (Sipila, Ketola, Tala & Kumpusalo, 2008a), yksi lihavuuden hoitoon (R. J. Schuster, Tasosa & Terwoord, 2008) ja neljä tupakoinnin

lopettamisen tukemiseen (Cabezas et al., 2011; Joseph et al., 2004; Moody-Thomas, Celestin, Tseng & Horswell, 2013; Yano et al., 2008).

Viidessä tutkimuksessa asetelma oli satunnaistettu ja kontrolloitu, lopuissa kuudessa ennen-jälkeen. Kahdeksassa tutkimuksessa hoitosuosituksen jalkautusinterventiossa kohderyhmänä olivat lääkärit ja hoitajat tai moniammatillinen ryhmä, kahdessa lääkärit ja yhdessä vain yksinomaan hoitajat. Jalkautusinterventiot olivat kaikissa monitahoisia eli käytössä oli useita jalkautusmenetelmiä. Jalkautusinterventioiden taustalla ei mainittu olevan erityisesti mitään käyttäytymisen muutoksen teorioita. Kuitenkin kahdeksassa interventiossa käytössä oli vuorovaikutteisen koulutuksen toimintamalleja kuten erilaiset ryhmätyöt, työpajatyöskentelyt, roolipelit ym..

Vain yhdessä potilaisiin kohdistuvassa interventiossa mainittiin taustalla olevan käyttäytymisen muutoksen teoria. Tässä tupakoinnin lopettamisen toimintamallissa oli taustateorian muutosvaihemalli, ja tämä olikin ainoa tupakointiin liittyvä hoitosuositusjalkautusinterventio, jossa todettiin positiivinen muutos tupakoinnin lopettamisen osalta (Cabezas et al., 2011). Muissa jalkautetuissa toimintamalleissa, jotka siis perustuivat hoitosuositukseen, ei ollut kiinnitetty erityistä huomiota elintapaohjauksen toteutukseen tai sen tekniikoihin ja terveyskäyttäytymisen teorioihin. Kahdessa tupakoinnin lopettamisen tukemisen toimintamallissa elintapaohjaus sisälsi 5A-ohjausmenetelmän (ask, advice, assess, assist, arrange) (Moody-Thomas et al., 2013; Yano et al., 2008). Toisessa niistä tutkittiin hoitosuosituksen jalkautuksen vaikutusta 5A-ohjausmenetelmän käyttöön ja tämän todettiin pitkässä kuuden vuoden seurannassa lisääntyneen (Moody-Thomas et al., 2013). Kahdessa tutkimuksessa potilasohjauksen kohdalla mainittiin potilaan motivointi: motivoiva neuvonta ja motivoiva haastattelu (Cabezas et al., 2011; Sipilä et al., 2008). Lopuissa seitsemässä tutkimuksessa potilasohjauksen kohdalla käytettiin termejä opetus (”education”), tiedon (”information”) jakaminen, neuvonta (”counseling”) ja keskustelu (”discussing”). Valtimotautiriskiin liittyvien hoitosuosituksen jalkautuksen tavoitteena on terveydenhuollon ammattilaisen käyttäytymisen muutos, joka tukee potilaiden käyttäytymisen muutosta. Tästä huolimatta käyttäytymistieteiden osuus interventioissa oli vähäinen.

Vain yhdessä hoitosuositusinterventiossa kohderyhmänä olivat yksinomaan hoitajat ja tässäkin selitys voinee olla länsimaisesta perusterveydenhuollosta poikkeava ympäristö (Kengne et al., 2009). Kahdessa interventiossa kohderyhmänä olivat lääkärit. Toisessa niistä tavoite oli verenpaine- ja kolesterolilääkityksen muuttaminen suosituksen mukaiseksi (Fretheim et al., 2006). Suurimmassa osassa interventioita kohderyhmänä olivat lääkärit ja hoitajat tai moniammatillinen tiimi. Tämä kuvastaa

valtimotautiriskitekijöiden hoidon muuttumista lääkärikeskeisestä toiminnasta moniammatillisuuden suuntaan. Elintapaohjaus ja sen toteutus eivät interventioissa nouse erityisinä kehittämiskohteina esiin. Näin luulisi kuitenkin olevan jos ja kun ammattilaiset ilmoittavat yhdeksi suurimmaksi esteeksi elintapaohjauksen ja elintapamuutoksen toteutumisessa omat elintapaohjaustaitonsa (Jallinoja, Kuronen, Absetz & Patja, 2006).

2.7 Kirjallisuuskatsauksen yhteenveto

Hoitosuosituksia ovat kiinteä osa terveydenhuollon kliinistä työskentelyä. Ne ovat näyttöön perustuvan lääketieteen tiedonlähde terveydenhuollon ammattilaisille. Hoitosuosituksia voivat olla perusta terveydenhuollon laadun parantamiselle ja toimintatapojen muuttamiselle, jolla vastataan tulevaisuuden haasteisiin. Vaikka terveydenhuollon ammattilaisten asenteet hoitosuosituksia kohtaan ovat myönteisiä, suositusten käyttöönotto on haasteellista.

Suurin osa hoitosuosituksista on yksittäisen riskin tai taudin hoitoon liittyviä ja ne koskevat perusterveydenhuollon toimintaa. Tämä asettaa suosituksille uuden haasteen perusterveydenhuollon kehittäessä toimintaansa potilaslähtöisen tiimityön suuntaan. Näin tilanne on erityisesti valtimotautiriskitekijöiden hoidossa, jossa hoitajan rooli on keskeinen. On herännyt tarve laaja-alaisimmille suosituksille, joissa yhdistetään preventio diagnostiikkaan ja hoitoon. Suositusten tekovaiheessa tulisi potilaiden ja muidenkin ammattiryhmien kuin lääkäreiden rooli korostua. Toistaiseksi suurin osa jalkautusinterventioista on kohdistettu lääkäreille.

Hoitosuosituksien jalkautamistutkimus on ollut yksittäisten toimeenpanon menetelmien ja implementaation esteiden ja edistäjien tutkimusta. Suositusten jalkautumisessa ja toiminnan muutoksessa on aina kyse käyttäytymisen muutoksesta. Näin ollen myös jalkautamistutkimuksessa on herännyt tarve siirtyä ammattilaisen käyttäytymisen muutoksen määrittelyyn ja tutkimukseen. Varsinkin hoitajien kohdalla on osoitettu, että käyttäytymisen muutosta tukevat organisaatioon ja järjestelmään liittyvät tekijät. Työyhteisö, joka arvostaa kouluttautumista ja jossa on selkeä johdon tuki ja kulttuuri tutkimustiedon käytölle, edesauttaa hoitosuosituksien käyttöönottoa. Vain terveydenhuollon työntekijöihin kohdistuvat strategiat eivät välttämättä riitä.

Valtimotautiriskiin liittyvissä hoitosuosituksissa keskeistä on elintapamuutos ja sen tukeminen. Lääkärit ja hoitajat näkevät elintapaohjauksen tehtäväkseen. Suurimmat haasteet ammattilaisten mielestä ovat potilaiden sitoutuminen

muutokseen ja ammattilaisten elintapaohjaustaidot. Käyttäytymisen muutoksen teoriaan perustuvat elintapaohjausmallit ovat tehokkaampia kuin vain tiedon jakamiseen perustuvat. Todennäköisesti suurimmassa osassa terveydenhuollon tapaamisia ja yhteydenottoja toimintamalli on kuitenkin perinteinen tiedon jakaminen. Vuorovaikutukseen liittyvien tekijöiden lisäksi elintapaohjauksen toteutuksessa koetaan tärkeäksi eri ammattilaisten roolien määrittäminen ja organisaation tuki.

Viiimeisen kymmenen vuoden aikana raportoitujen valtimotautiriskiin liittyvien hoitosuositusten (kohonnut verenpaine, dyslipidemia, aikuisten lihavuus, tupakointi) jalkautustutkimuksia on vähän. Kuvatuissa tutkimuksissa jalkautusmenetelmät olivat monitahoisia, mutta eivät perustuneet mihinkään käyttäytymistieteelliseen teoriaan. Elintapaohjauksen rooli ei mitenkään erityisenä noussut tutkimuksissa esiin.

3 Tutkimuksen tavoite

Tutkimus oli osa Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin alueella vuosina 2004-2007 toteutettua VALTTT-hanketta. Hankkeen keskeinen tavoite oli vuonna 2004 käytössä olevien valtimotautiriskiin liittyvien KH-suositusten jalkauttaminen yhdistämällä erityisesti niiden yhteinen ja keskeinen osio eli elintapaohjaus ja –muutos. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää

1. Terveydenhuollon ammattilaisten asenteita KH-suosituksia kohtaan, suositukseen liittyvään koulutukseen osallistumista sekä suositukseen tutustumista ja niiden käyttöä sekä yleisellä tasolla, että valtimotautiriskiin liittyvien KH-suositusten osalta.
2. Terveydenhuollon ammattilaisten asenteita elintapasairauksien hoitoon: lääkehoidon ja elintapamuutoksen osuus valtimotautiriskitekijöiden hoidossa.
3. Tapahtuiko perusterveydenhuollon lääkäreiden ja hoitajien keskuudessa tutkimushankkeen aikana muutosta valtimotautiriskiin liittyvien KH-suositusten käytössä ja voitiinko todeta yhteys suositukseen liittyvään koulutukseen osallistumisen ja suositusten käytön sekä suositukseen liittyvien asenteiden välillä.
4. Tapahtuiko erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hoitajien keskuudessa tutkimushankkeen aikana muutosta ja todettiinko eroa näiden hoitajaryhmien välillä yleisissä asenteissa KH-suosituksia kohtaan, tai KH-suositusten käytössä ja erityisesti Kohonnut verenpaine -suositukseen tutustumisessa ja sen käytössä.

4 Aineisto ja menetelmät

4.1 VALTIT-hanke

4.1.1 Ikihyvä-Päijät-Häme

VALTIT -hanke liittyi laajempaan Päijät-Hämeessä meneillään olleeseen Ikihyvä-Päijät-Häme hankekokonaisuuteen. Vuosille 2002-2012 ajoittuva tutkimus- ja kehittämishanke Ikihyvä-Päijät-Häme käynnistyi Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin aloitteesta alueen kuntien, Helsingin yliopiston Lahdessa toimivan Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenian, Kansanterveyslaitoksen, Lahden ammattikorkeakoulun ja UKK-instituutin yhteistyönä. Ikihyvän lähtökohtana oli Päijät-Hämeen kansallista keskiarvoa huonompi tilanne ennaltaehkäistävissä olevan kuolleisuuden suhteen sekä nopeammin ikääntyvä väestörakenne (Fogelholm et al., 2006). Ikihyvän tavoitteeksi asetettiin erityisesti ikääntyvän väestön terveyden ja hyvinvoinnin monitieteellinen tutkiminen, terveyttä edistävien toimenpiteiden tieteelliseen tutkimukseen perustuva kehittäminen sekä kehitettyjen toimenpiteiden jalkauttaminen ja juurruttaminen (Fogelholm et al., 2006). Ikihyvän tutkimuksellisen perusrungon muodosti kyselytutkimukseen ja riskitekijämittauksiin perustuva ikääntyvän väestön kohorttiseuranta. Terveydenhuollossa toteutettiin kaksi Ikihyvän kehittämishanketta, joissa on ollut vahva tutkimuksellinen ote. Ikihyvä elintapaneuvontatutkimuksessa kehitettiin ryhmäohjausmalli, joka tutkimuksessa todettiin vaikuttavaksi T2D:n ehkäisyssä (Absetz et al., 2007; Absetz et al., 2009). Toinen kehittämishanke oli valtimotautiriskiä liittyvien Käypä hoito -suositusten jalkauttamishanke VALTIT (Absetz & Patja, 2008). VALTIT sai rahoituksen vuosille 2004-2007 Suomen Akatemian terveydenhuoltotutkimuksen tutkimusohjelmasta (TERTTU, www.uta.fi/laitokset/tsph/terttu). TERTTU-tutkimusohjelman tavoitteena oli lisätä pysyvästi tieteellisen tutkimuksen panosta etsittäessä ratkaisuja terveydenhuollon keskeisiin kehityshaasteisiin ja ongelmiin.

4.1.2 VALTIT -hankkeen lähtökohdat

VALTIT -hankkeen lähtökohdat ja toteutus on kuvattu Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmän julkaisusarjassa vuonna 2008 ilmestyneessä julkaisussa ”Ennaltaehkäisyyn kehittäminen Päijät-Hämeen terveydenhuollossa: Interventiot osana Ikihyvä Päijät-Häme –tutkimus- ja kehittämishanketta” (Absetz & Patja, 2008).

VALTIT-hankkeen päämääränä oli tukea sairauksien ennaltaehkäisyä edistämällä siihen tarvittavia rakenteita ja toimia. Työvälineiksi valittiin kansalliset KH-suositukset ja niiden alueellinen soveltaminen ja yhdistäminen tautilähtöisistä työkaluista terveyden edistämiseen soveltuviksi välineiksi. Tavoitteena oli kehittää alueellinen malli hoitosuosituksen jalkauttamiseen ja tutkia jalkautuksen vaikutuksia ja prosessia interventiotutkimusasetelmassa. Kehittämistyön lähtökohtana olivat valtimotautiriskiin liittyvät neljä hoitosuositusta, jotka VALTIT-hankkeen alkaessa vuonna 2004 olivat käytössä: Kohonnut verenpaine, Dyslipidemiat, Aikuisten lihavuus sekä Tupakointi, Nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot. T2D:n hoitosuositus julkaistiin vasta lokakuussa 2007, juuri ennen VALTIT-hankkeen päättymistä. Hankkeessa tutkittiin ja pyrittiin edistämään edellä mainittujen KH-suositusten käyttöä kroonisten sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa. Elintapamuutosten tukeminen on näitä suosituksia yhdistävä tekijä, ja se valittiin keskeiseksi näkökulmaksi. VALTIT-hankkeen toteutus koostui neljästä keskeisestä elementistä: työryhmyöskentelystä, työvälineiden kokoamisesta ja sijoittamisesta verkkoon, kuntayhteistyöstä sekä koulutuksesta (liite 3). Suunnittelun ja arvioinnin apuvälineenä käytettiin hankkeen aikana kaksi kertaa (v. 2004 ja 2006) toteutettua kyselytutkimusta.

4.1.3 VALTIT -hankkeen toteutus

VALTIT-työryhmässä (20 henkilöä) oli laaja-alainen ja moniammatillinen edustus Päijät-Hämeen perus- ja erikoissairaanhoidosta. Myös paikalliset terveydenhuollon oppilaitokset, Helsingin yliopiston koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia, Kansanterveyslaitos (nyk. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL), potilasjärjestöt ja muut alueelliset terveydenedistämisen hankkeet olivat edustettuina. Työryhmä kokoontui hankkeen aikana (2004–2007) 19 kertaa. Työryhmän työskentelyn lähtökohtana olivat em. valtimotautiriskiin liittyneet KH-suositukset ja sen keskeisinä tehtävinä muun muassa

- paikallisten hoitosuositusten, hoitoketjujen ja muun tämänhetkisen tietovarannon kartoittaminen ja tuominen tiedoksi
- perehtyminen muutamaaan alueelliseen valtimotautiriskitekijän hoitoon liittyvään hoito-ohjelmaan ja hyviin käytäntöihin (kirjalliset raportit, vierailut sekä haastattelut)
- yhteistoimintakierroksen järjestäminen alueen terveyskeskuksissa
- alueellisen hoitosuosituksen kirjoittaminen
- ammattilaisversion toteutus
- potilasversion toteutuksen ideointi
- koulutustarpeiden kartoitus
- alueellinen täydennyskoulutus suunnitelma hankkeen sisällöistä
- kartoittaa alueella toteutettavia muita kroonisten tautien ehkäisyhankkeita ja kolmannen sektorin toimintaa, joka voisi soveltua tulevaisuudessa terveyden edistämisen osaksi alueellisessa ehkäisyhankkeessa.

Työryhmän tavoitteena oli luoda verkkomateriaaleja ammattilaisille työn avuksi, koulutusten tueksi ja potilasohjeina jaettavaksi. Vaikka työ aloitettiin heti hankkeen alkaessa, sairaanhoitopiirin suljetun verkkopalvelun, Ekstranetin, teknisten ongelmien takia VALTTI-sivusto saatiin virallisesti avattua vasta keväällä 2007, lopulta ilman Ekstranetin avautumista.

Kuntayhteistyö toteutui jo työryhmän työskentelyssä sinänsä, koska työryhmään oli koottu hyvä edustus alueen kuntien edustajia. Johtavia lääkäreitä ja hoitajia informoitiin säännöllisesti työryhmän toiminnasta. Keväällä 2005 työryhmän edustus toteutti kaikissa alueen terveyskeskuksissa tiedotus- ja keskustelutilaisuuden. Tilaisuuksissa keskusteltiin kroonisten sairauksien ennaltaehkäisyn tilanteesta, koulutustarpeista ja esiteltiin hanketta sekä siihen liittyneen vuonna 2004 toteutetun kyselytutkimuksen tuloksia.

Yhteistyössä Lahden ammattikorkeakoulun kanssa toteutettiin koulutus, jossa käsiteltiin valtimotautiriskiin liittyviä KH-suosituksia alueellisen ja paikallisen soveltamisen näkökulmasta fokuksena elintapaohjaus. Teemana oli myös erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö samoin kuin hankkeessa synnytettyjen työvälineiden esittely. Keskitettyihin koulutustilaisuuksiin osallistui yhteensä 650 terveydenhuollon ammattilaista, ja tilaisuuksien aiheet olivat kohonneen verenpaineen hoito, aikuisten lihavuuden hoito, dyslipidemioiden hoito, T2D:n hoito ja ennaltaehkäisy, nikotiini- ja alkoholiriippuvuuksien hoidot sekä terveysneuvonta/ elintapaohjaus.

Keskitettyissä koulutuksissa esiin nousseita teemoja syvennettiin ja suositusten toimeenpanoa mietittiin joissain kunnissa moniammatillisissa työpajajoissa, joita pidettiin hankkeen aikana yhdeksässä kunnassa sekä Päijät-Hämeen keskussairaalassa. Työpajat toteutettiin ”case method learning”-menetelmällä (Kiessling & Henriksson, 2002). Työpajoissa käsiteltyjä aiheita olivat verenpainepotilaiden hoito, diabeetikon hoito sekä tupakoinnista vierottaminen ja nikotiinikorvaushoito. Alueellisia työpajoihin liittyviä yhteenvetotilaisuuksia järjestettiin kolme. Näissä esiteltiin ja jaettiin hyviä käytäntöjä ja mahdollistettiin vertaisarviointi. Kaiken kaikkiaan työpajakoulutuksiin osallistui 395 henkilöä. Työpajojen tuotoksena syntyi diabeteksen ennaltaehkäisymalleja, T2D:n hoitoprosessimalleja, verenpaineen seuranta- ja hoitoprosessimalleja sekä niiden päivityksiä KH-suositusten mukaisiksi oman toimintayksikön erityispiirteisiin sovellettuna.

4.1.4 Aineisto ja menetelmät

Selvitettäessä valtimotautiriskiin liittyvien hoitosuositusten jalkautusinterventiotutkimuksia tehtiin PUBMED-haku ajalta 1.1.2003–31.12.2014. Hakutermeinä käytettiin ”primary health care” AND ”guideline implementation” AND ”hypertension” OR “dyslipidemia” OR “obesity” OR “smoking” OR “lifestyle change”. Haku tuotti 149 abstraktia.

Tutkimusaineisto kerättiin VALTTT-hankkeen alussa ja lopussa tehdyllä kyselyllä alueen terveydenhuollon ammattilaisille, joiden työhön kuuluu valtimotautien ennaltaehkäisy ja hoito. VALTTT-hankkeen aikana Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin alueella (n. 200 000 asukasta) toimi 15 itsenäistä terveyskeskusta ja erikoissairaanhoito oli keskitetty Päijät-Hämeen keskussairaalaan. Pienessä määrin erikoissairaanhoitoa tuottivat myös Heinolan kaupunki ja Lahden kaupunginsairaala.

Kyselylomakkeet (liitteet 4-5) suunniteltiin silloisen Kansanterveyslaitoksen (nyk. THL) asiantuntijoiden kanssa. Hoitajien ja lääkäreiden lomakkeet erosivat toisistaan lähinnä taustatietoja kartoittavien kysymysten osalta. Kyselylomakkeet pilotoitiin syksyllä 2004 sairaanhoitopiirin diabeteksen laukoulutus -tilaisuuteen osallistuvilla terveydenhuollon ammattilaisilla, joita tilaisuudessa oli sekä erikoissairaanhoidosta että perusterveydenhuollosta. Pilotoinnin perusteella lomakkeita muokattiin. Lomakkeet sisälsivät yleisiä kysymyksiä hoitosuositusten

käytöstä, hoitosuositukseen liittyviin koulutuksiin osallistumisesta sekä asenteista hoitosuosituksia kohtaan.

Vuonna 2004 käytössä olleiden, valtimotautiriskiin liittyvien KH-suositusten (Kohonnut verenpaine, Dyslipidemiat, Aikuisten lihavuus sekä Tupakointi, Nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot) osalta kysyttiin niihin **tutustumista** vastausvaihtoehdoilla:

1. olen lukenut suosituksen huolellisesti
2. olen perehtynyt suositukseen pääpiirteissään
3. olen selaillut suositusta
4. olen kuullut suosituksesta
5. en tunne suositusta

niiden **käyttöä** vastausvaihtoehdoilla:

1. olen osallistunut suositukseen liittyvään koulutukseen
2. työpaikallani on kehoitettu käyttämään suositusta
3. työpaikallani on yhteisesti sovittu suosituksen käytöstä
4. olen käyttänyt suositusta
5. olen käyttänyt suositusta viimeisen kuuden kuukauden aikana
6. suositus on aiheuttanut muutoksia toteuttamassani asiakastyössä
7. olen jakanut potilaalleni suosituksen paperiversion

ja **mielipiteitä** niitä kohtaan vastausvaihtoehdoilla:

1. olen havainnut suosituksen toimivaksi
2. suositus on nopeuttanut työtäni
3. suositusta on hankala käyttää
4. muu mielipide

Lomakkeet sisälsivät myös kysymyksiä liittyen elintapaneuvonnan käytäntöihin, toteutukseen sekä elintapaneuvontaan liittyviin asenteisiin.

Yleisiä, hoitosuositusten jalkautumista edistäviä ja estäviä asenteita tutkittiin **Attitudes towards Guidelines Scale (AGS)** -väittämillä, joiden validiteetti ja reliabiliteetti on testattu suomalaisessa aineistossa (taulukko 3) (Elovainio, Eccles & Mäkelä, 1999). Lisäksi käytettiin väittämiä ”Työpaikallani on tällä hetkellä niin kova kiire, että uusia hoitosuosituksia ei pysty omaksumaan” sekä ”Hoitosuositusten suuri määrä hankaloittaa niiden käyttöä”.

AGS:n 14 väittämää voidaan ryhmitellä seitsemään keskeiseen asenteita kuvaavaan teemaan: yleiset asenteet hoitosuosituksia kohtaan, hoitosuositusten käyttökelpoisuus, hoitosuositusten luotettavuus, henkilökohtainen tai työyhteisön pätevyys ottaa hoitosuosituksia käyttöön, organisaation pätevyys ottaa

hoitosuosituksia käyttöön, hoitosuositusten käytännöllisyys ja hoitosuositusten saatavuus. Kyselyyn vastattiin viisiportaisella Likert-asteikkolla (1=täysin samaa mieltä, 2=jossain määrin samaa mieltä, 3=siltä väliltä, 4= jossain määrin eri mieltä, 5=täysin eri mieltä), jossa yhdistimme luokat 1 ja 2 luokaksi ”samaa mieltä”.

Ensimmäinen kysely toteutettiin lokakuun 2004 ja tammikuun 2005 ja toinen kysely marraskuun 2006 ja tammikuu 2007 välisenä aikana. Kyselylomake lähetettiin työnantajilta saatujen listojen perusteella kaikille alueen terveyskeskusten lääkäreille, sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille sekä Päijät-Hämeen keskussairaalan niiden erikoisalojen (sisätaudit, neurologia, kirurgia) lääkäreille ja hoitajille, jotka hoitavat T2D:tä tai sen komplikaatioita. Viisi lääkäriä ja neljä sairaanhoitajaa poistettiin otoksesta, koska he eivät enää työskennelleet työpaikassaan, jonne lomake lähetettiin. Koska Lahden kaupungin lääkäreistä ei saatu ensimmäisen kyselyn yhteydessä nimelistaa, lähetettiin ylläläkäreille jaettavaksi nimeämättömiä lomakkeita, joita palautettiin 18 kappaletta. Myös muihin terveyskeskuksiin ja keskussairaalaan lähetettiin nimeämättömiä lomakkeita mahdollisten uusien työntekijöiden varalta. Kymmenen tällaista lomaketta palautettiin tutkijoille. Molemmat kyselyt sisälsivät kaksi muistutuskirjettä. Toisen kyselyn toinen muistutus lähetettiin lääkäreille sähköpostilla, jossa oli linkki internetsivuille, jossa kysely oli mahdollista täyttää.

Perusterveydenhuollon osalta vastausprosentit olivat hoitajilla 62 % (2004) ja 59 % (2006) ja lääkäreillä 53 % (2004) ja 46 % (2006). Erikoissairaanhoidon osalta vastausprosentit olivat hoitajilla 62 % (2004) ja 67 % (2006) ja lääkäreillä 44 % (2004) ja 40 % (2006). Kaiken kaikkiaan kyselyyn vastasi perusterveydenhuollon osalta 59 (2004) ja 58 (2006) lääkäriä ja 161 (2004) ja 162 (2006) hoitajaa. Erikoissairaanhoidon osalta vastaavat luvut olivat 30 (2004) ja 42 (2006) lääkäriä sekä 70 (2004) ja 127 (2006) hoitajaa.

Osajulkaisun II aineistosta poistettiin erilaisesta aineistonkeruun menetelmästä johtuen Lahden terveyskeskuslääkärit (18 kpl). Osajulkaisujen I ja III aineistoihin Lahden lääkärit kuitenkin sisällytettiin, koska näissä tarkasteltiin lääkäreiden osalta vain perusterveydenhuollon lääkäreitä ja ilman Lahden lääkäreitä lukumäärä olisi jäänyt hyvin pieneksi.

Kun tutkittiin muutosta ennen ja jälkeen hankkeen (osajulkaisut III ja IV), aineistoista poistettiin ne hoitajaryhmät, jotka sisältyivät vain jompaankumpaan kyselyyn (taulukko 2). Näin ollen näissä aineistoissa mukana eivät ole vuoden 2004 kohdalla Lahden kaupungin työterveyshuollon, äitiysneuvolan ja opiskelijaterveydenhuollon hoitajat eivätkä vuoden 2006 kohdalla Lahden kaupunginsairaalan poliklinikan hoitajat.

Frekvenssijakaumia vertailtiin ristiintaulukoimalla ja khii-toiseen-testillä. AGS:n 14 väittämää ryhmiteltiin edellä mainitun mukaisesti seitsemään keskeiseen asenteita kuvaavaan teemaan ja näille laskettiin keskiarvot, joita vertailtiin toisiinsa Mann-Whitneyn U-testillä.

Kyselytutkimuksen tutkimussuunnitelman hyväksyi silloisen Kansanterveyslaitoksen (nykyisin THL) tutkimuseettinen työryhmä.

Taulukko 2. Vastanneiden perusterveydenhuollon (pth) lääkäreiden ja erikoissairaanhoidon (esh) ja perusterveydenhuollon hoitajien taustatiedot. Aineistoon sisällytetty hoitajien osalta vain ne työpisteet, jotka ovat mukana molemmissa kyselyissä.

		Lääkärit pth		Hoitajat pth		Hoitajat esh	
		2004 n=59	2006 n=58	2004 n=136	2006 n=127	2004 n=70	2006 n=127
		%	%	%	%	%	%
Sukupuoli	nainen	48	54	99	98	99	97
Ikä	alle 40v.	22	26	30	34	43	39
	41-54v.	52	51	51	44	43	47
	yli 54v	26	24	18	22	13	14
Koulutus							
Erikoistunut		46	49				
Erikoistumaton		54	51				
Terveystenhoitaja				57	38	0	1
Sairaanhoitaja				30	46	76	76
Terveystenhoitaja ja sairaanhoitaja				7	9	4	6
Muu hoitoalan koulutus				6	8	20	17

5 Tulokset

Vuoden 2004 kyselytutkimusaineiston pohjalta analysoitiin perusterveydenhuollon lääkäreiden ja hoitajien asenteita KH-suosituksia kohtaan, suositukseen liittyvään koulutukseen osallistumista, valtimotautiriskiä liittyviin hoitosuositukseen tutustumista, niiden käyttöä sekä mielipiteitä suosituksia kohtaan Aineistoksi muodostui 59 lääkäriä ja 161 hoitajaa.

5.1 Lääkäreiden ja hoitajien asenteet hoitosuosituksia kohtaan

Sekä lääkäreiden että hoitajien keskuudessa asenteet hoitosuosituksia kohtaan osoittautuivat myönteisiksi (taulukko 3). Suurin osa molemmissa ammattiryhmissä oli samaa mieltä siitä, että hoitosuositukset perustuvat tieteellisesti todistettuun aineistoon, ovat asiantuntijoiden tekemiä ja voivat parantaa terveydenhuollon laatua. Myös suurin osa ammattilaisista oli sitä mieltä, että hoitosuositukset ovat hyödyllisiä ja niistä saa kätevästi neuvoja. Lääkäreistä suurempi osa kuin hoitajista oli sitä mieltä, että hoitosuositukset rajoittavat hoitotyöntekijöiden itsenäisyyttä ja antavat liian yksinkertaisen kuvan käytännön lääketieteestä. Kolmannes lääkäreistä ja hoitajista arvioi, että hoitosuosituksia on vaikea löytää tarvittaessa. Lääkäreistä myös suurempi osa kuin hoitajista oli sitä mieltä, että hoitosuositusten suuri määrä hankaloittaa niiden käyttöä (53 % vs. 29 %, $p=0,007$) ja työpaikan kiire haittaa suositusten omaksumista (66 % vs. 45 %, $p=0,017$).

Taulukko 3. Attitudes towards Guidelines Scale (AGS) teemat ja väittämät sekä prosenttiosuudet vastanneista pth:n hoitajista ja lääkäreistä, jotka olivat väittämän kanssa samaa mieltä (täysin tai osittain samaa mieltä)

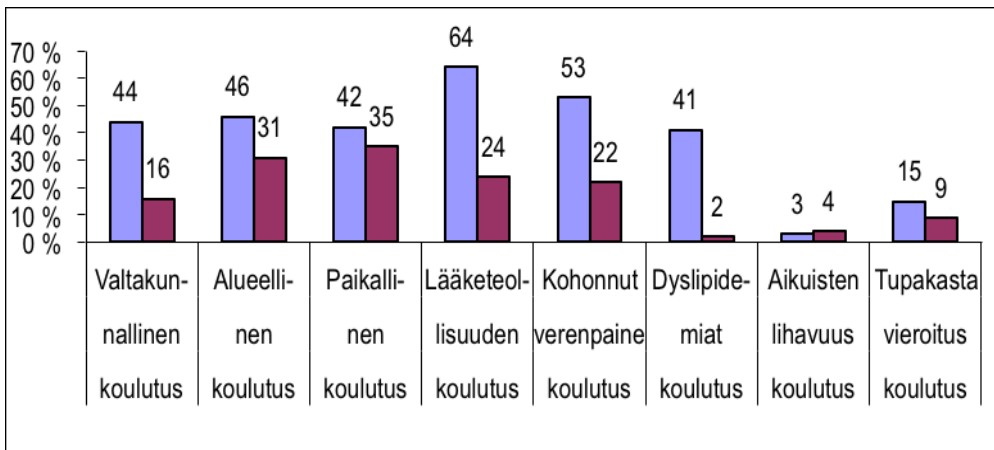
Teema	Väittäjä	Hoitajat n=161	Lääkärit n=59	p-arvo
Yleiset asenteet	Hoitosuositukset ovat hyödyllisiä opetusvälineitä.	91 %	93 %	0,933
	Hoitosuosituksista saa kätevästi neuvoja.	90 %	91 %	0,483
Käyttökelpoisuus	Hoitosuositukset voivat helpottaa vuorovaikutusta potilaiden ja omaisten kanssa.	80 %	76 %	0,807
	Hoitosuositukset voivat parantaa terveydenhoidon laatua.	94 %	93 %	0,453
Luotettavuus	Hoitosuositukset perustuvat tieteellisesti todistettuun aineistoon.	90 %	92 %	0,698
	Hoitosuositukset ovat asiantuntijoiden tekemiä.	92 %	95 %	0,458
Henkilökohtainen tai työyhteisön pätevyys ottaa hoitosuosituksia käyttöön	Ammatillinen pätevyteni on riittämätön, jotta voisin ottaa käyttöni viimeisimmät hoitosuosituksukset.	11 %	5 %	0,220
	Useimmilla ryhmämme jäsenillä on kielteinen asenne hoitosuosituksiin.	5 %	7 %	0,215
Organisaation pätevyys ottaa hoitosuosituksia käyttöön	Organisaatiossamme ei arvosteta hoitosuosituksia	8 %	5 %	0,137
	Hoitosuositusten toteuttaminen on liian kallista meille.	10 %	8 %	
Käytännöllisyys	Hoitosuositukset rajoittavat hoitotyöntekijöiden itsenäisyyttä.	8 %	19 %	0,062
	Hoitosuositukset antavat liian yksinkertaisen kuvan käytännön lääketieteestä.	10 %	35 %	0,001
Saatavuus	Hoitosuosituksia on vaikea löytää tarvittaessa.	30 %	32 %	0,360
	En ole nähnyt hoitosuosituksia terveydenhoitoyksikössämme.	14 %	30 %	0,159

5.2 Hoitosuositukseen liittyvään koulutukseen osallistuminen

Vuoden 2004 kyselyä edeltävän vuoden aikana lääkäreistä useampi kuin hoitajista oli osallistunut vähintään kerran hoitosuositukseen liittyvään valtakunnalliseen, alueelliseen, paikalliseen tai lääketeollisuuden järjestämään koulutukseen (kuvio 1). Lääkärit olivat osallistuneet selvästi hoitajia useammin lääketeollisuuden järjestämään hoitosuositukseen liittyvään koulutukseen.

Lääkäreistä 17 % ja hoitajista 48 % ($p < 0,001$) ilmoitti, etteivät olleet osallistuneet mihinkään hoitosuositukseen liittyvään koulutukseen kuluneen vuoden aikana. Lääkäreistä 47 % ja hoitajista 75 % ($p < 0,001$) ilmoitti, etteivät ole lainkaan voineet vaikuttaa paikallisen koulutuksen aiheiden valintaan. Lääkäreistä 41 % ja hoitajista 64 % ($p = 0,001$) oli sitä mieltä, että hoitosuositukseen liittyvää koulutusta on ollut liian vähän. Loput arvioivat, että koulutusta on ollut sopivasti.

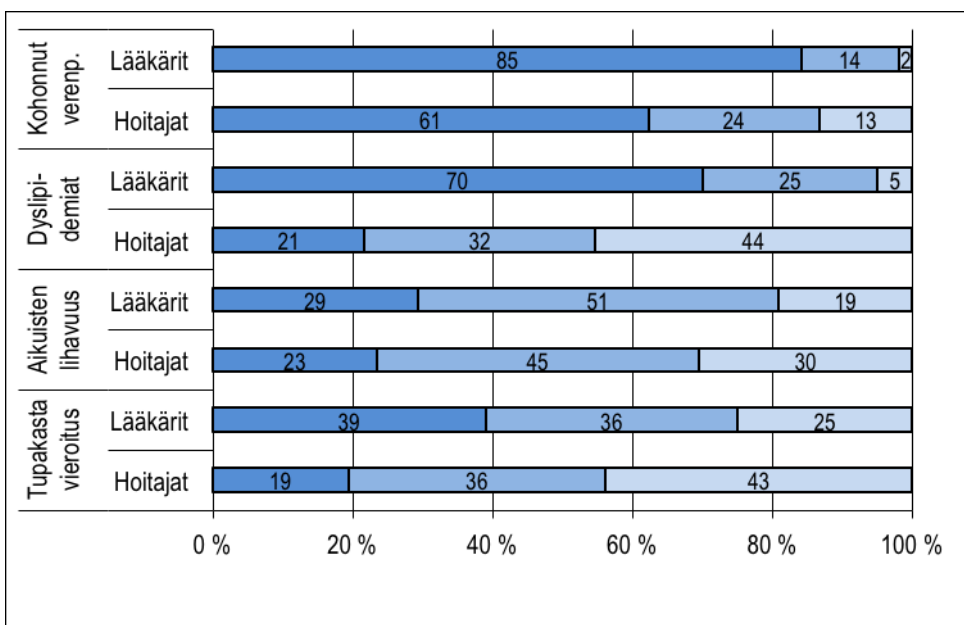
Tutkituista valtimotautiriskiä liittyvistä hoitosuosituksista sekä lääkärit että hoitajat olivat osallistuneet eniten Kohonnut verenpaine -suositukseen liittyvään koulutukseen (kuvio 1). Muihin suosituksiin liittyvään koulutukseen oli osallistuttu varsinkin hoitajien osalta selvästi vähemmän. Aikuisten lihavuus- ja Tupakasta vieroitus -suositukseen liittyviin koulutuksiin osallistuminen oli molempien ammattiryhmien osalta vähäistä.



Kuvio 1. Prosenttiosuudet vastanneista pth:n lääkäreistä (■ n=59) ja hoitajista (■ n=161), jotka ilmoittivat osallistuneensa kyseessä oleviin hoitosuositukseen liittyviin koulutuksiin vähintään kerran kuluneen vuoden aikana sekä yksittäiseen hoitosuositukseen liittyvään koulutukseen (ajankohtaa ei tarkennettu).

5.3 Valtimotautiriskiin liittyviin hoitosuosituksiin tutustuminen ja suositusten käyttö

Tutkituista suosituksista lääkärit olivat lukeneet useimmin Kohonnut verenpaine- ja Dyslipidemia-suosituksen (kuvio 2). Tupakasta vieroitus -suosituksen ilmoitti lukeneensa huolella tai pääpiirteissään alle puolet lääkäreistä, Aikuisten lihavuus -suosituksen joka kolmas lääkäri. Joka viides lääkäri ei tuntenut Aikuisten lihavuus -suositusta lainkaan ja joka neljäs ei tuntenut Tupakasta vieroitus -suositusta. Myös hoitajat olivat tutustuneet useimmin Kohonnut verenpaine -suositukseen; sen oli lukenut tai siihen oli pääpiirteissään perehtynyt kaksi kolmasosaa hoitajista. Muita hoitosuosituksia ilmoitti lukeneensa joka viides hoitajista. Lähes puolet hoitajista ilmoitti, ettei tuntenut Tupakasta vieroitus -suositusta. Dyslipidemia-suosituksen kohdalla tunnettuus oli yhtä alhainen.

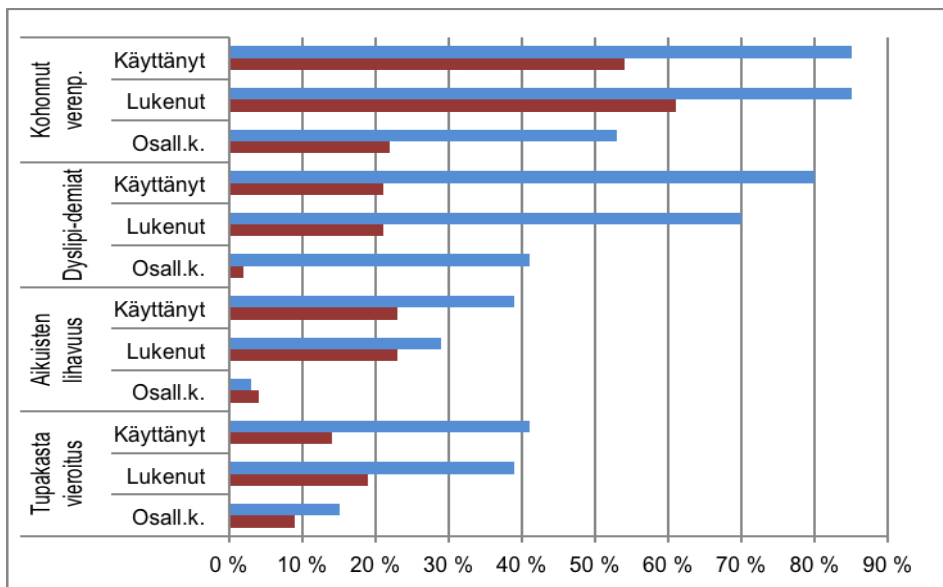


Kuvio 2. Eri hoitosuosituksiin tutustuneiden prosenttiosuudet vastanneista perusterveydenhuollon lääkäreistä (n=59) ja hoitajista (n=161). Lukenut ■ Selailut/kuullut ■ Ei tunne ■

Lääkäreistä neljä viidestä ilmoitti käyttäneensä Kohonnut verenpaine -suositusta ja Dyslipidemia-suositusta (kuvio 3). Selvästi alle puolet lääkäreistä ilmoitti käyttäneensä Aikuisten lihavuus -suositusta. Tupakasta vieroitus -suosituksen

käyttäjiä oli lääkäreiden keskuudessa alle puolet. Hoitajista yli puolet ilmoitti käyttäneensä Kohonnut verenpaine -suositusta. Muiden suositusten käyttö oli selvästi vähäisempää.

Kunkin tässä tutkitun hoitosuosituksen kohdalla sekä lääkäreistä että hoitajista selvästi useampi oli käyttänyt suositusta tai lukenut suosituksen kuin osallistunut suositusta koskevaan koulutukseen (kuvio 3). Käyttäneiden ja lukeneiden osuudet olivat varsin samansuuruisia, vaikkakin lääkäreiden keskuudessa näyttää olevan pieni joukko vastaajia, jotka ovat käyttäneet Dyslipidemia- ja Aikuisten lihavuus -suositusta, vaikka eivät kyseisiä suosituksia ole lukeneet.



Kuvio 3. Prosenttiosuudet vastanneista pth:n lääkäreistä (■ n=59) ja hoitajista (■ n=161), jotka ilmoittivat käyttäneensä yksittäistä hoitosuositusta, lukeneensa sen tai osallistuneensa siihen liittyvään koulutukseen.

5.4 Lääkäreiden ja hoitajien näkemykset elintapasairauksien eri hoitomuodoista

Terveydenhuollon ammattilaisten asenteita elintapasairauksien eri hoitomuotoja kohtaan kysyttiin vuoden 2004 kyselyssä tupakointiin, aikuisten lihavuuteen, dyslipidemiaan, kohonneeseen verenpaineeseen ja T2D:een liittyen

(kyselylomakkeessa aikuistyyppin diabetes). Väittämät olivat ”Lääkehoito on keskeinen osa hoitoa” (tupakoinnin kohdalla ”Lopettaja tarvitsee nikotiinikorvaushoitoa lopettamisen tueksi”) ja ”Potilaan elintapojen muutos on keskeinen osa hoitoa”. Aikuisten lihavuuden kohdalla ei esitetty lääkehoito- ja elintapamuutosväittämiä eikä tupakoinnin kohdalla elintapamuutosväittämää. Vastausvaihtoehdot väittämiin olivat ”Aina”, ”Lähes aina”, ”Harvoin” ja ”Ei koskaan”. Aineisto tässä analyysissä muodostui sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon lääkäreistä (n=69) ja hoitajista (n=232).

Sekä lääkäreiden että hoitajien enemmistö oli sitä mieltä, että lääkehoito on keskeinen osa dyslipidemian, kohonneen verenpaineen ja T2D:n hoitoa (taulukko 4). Samanlainen jakauma oli todettavissa nikotiinikorvaushoidon tarpeessa tupakoinnin lopettamiseen. Kuitenkin hoitajien kohdalla sellaisten vastaajien osuus, jotka kokivat lääkehoidon vain harvoin keskeiseksi osaksi hoitoa, oli suurempi kuin lääkäreillä. Lähes puolet vastaajista oli sitä mieltä, että elintapojen muutos on keskeinen osa dyslipidemian hoitoa, ja yli puolet arvioi näin T2D:n kohdalla. Kohonneen verenpaineen osalta näin vastanneiden osuus oli pienempi, mutta kuitenkin suurin osa molemmista ammattiryhmistä arvioi elintapamuutosten olevan aina tai lähes aina keskeinen osa hoitoa.

Taulukko 4. Terveysthuollon ammattilaisten suhtautuminen lääkehoitoon ja elintapojen muutokseen tupakoinnin, aikuisten lihavuuden, dyslipidemian, kohonneen verenpaineen ja T2D:n hoidossa, (n=301).

	Lääkehoito on keskeinen osa hoitoa.		Potilaan elintapojen muutos on keskeinen osa hoitoa.	
	lääkärit (%)	hoitajat (%)	lääkärit (%)	hoitajat (%)
Tupakointi¹				
Aina	3	5	ei kysytty	ei kysytty
Lähes aina	78	62	-	-
Harvoin	19	31	-	-
Ei koskaan	0	3	-	-
		ns.		
Dyslipidemia				
Aina	2	6	41	46
Lähes aina	92	65	56	54
Harvoin	6	29	3	0
Ei koskaan	0	0	0	0
		p<0.001		p<0.05
Kohonnut verenpaine				
Aina	13	7	26	34
Lähes aina	85	77	63	63
Harvoin	2	16	11	3
Ei koskaan	0	0	0	0
		p<0.01		ns.
T2D				
Aina	8	7	68	58
Lähes aina	87	71	32	40
Harvoin	5	22	0	2
Ei koskaan	0	0	0	0
		p<0.05		ns.

¹ Väite tupakoinnin kohdalla: ”Lopettaja tarvitsee nikotiinikorvaushoitoa lopettamisen tueksi”

5.5 Koulutusintervention yhteys perusterveydenhuollon lääkäreiden ja hoitajien asenteisiin suosituksia kohtaan sekä suosituksiin tutustumiseen ja käyttöön

VALTTI-koulutusintervention arvioimiseksi vuosien 2004 ja 2006 kyselyaineistoista tutkittiin muutosta valtimotautiriskiin liittyviin KH-suosituksiin tutustumisessa ja niiden käytössä. Vastausvaihtoehdot ”Olen lukenut suosituksen huolellisesti”, ”Olen perehtynyt suositukseen pääpiirteissään” ja ”Olen selaillut suositusta” yhdistettiin muuttujaksi ”Olen lukenut hoitosuosituksen tai selaillut sitä”. Hoitosuositusten käyttöä tutkittiin vastausvaihtoehdolla ”Olen käyttänyt suositusta viimeisen 6 kuukauden aikana”. Vuoden 2006 kysely sisälsi myös

VALTTT-hankkeessa järjestettyyn koulutukseen liittyen kysymykset ”Kuinka moneen alueelliseen VALTTT-koulutukseen” ja ”kuinka moneen paikallisen VALTTT-työpajaan olette osallistuneet viimeisen 12 kuukauden aikana?”. Organisaatiossa mahdollisesti tapahtunutta muutosta tutkittiin vastausvaihtoehdolla ”Työpaikallani on kehotettu käyttämään suositusta”. Yleisiä asenteita hoitosuosituksia kohtaan ja valmiutta ottaa hoitosuosituksia käyttöön tutkittiin AGS:n väittämällä ”Ammatillinen pätevyuteni on riittämätön, jotta voisin ottaa käyttööni viimeisimmät hoitosuositukset” sekä ”Hoitosuosituksia on vaikea löytää tarvittaessa”. Vuoden 2006 kysely sisälsi myös väittämän ”Hoitosuositukset ovat liian monimutkaisia”. Vastausvaihtoehtoina asenneväittämiin oli viisiportainen Likert-asteikko (1=täysin samaa mieltä, 2=jossain määrin samaa mieltä, 3=siltä väliltä, 4= jossain määrin eri mieltä, 5=täysin eri mieltä), jossa yhdistimme luokat 1 ja 2 luokaksi ”samaa mieltä”.

Tähän analyysiin sisällytettiin vain perusterveydenhuollon lääkärit ja hoitajat, koska valtimotautien systemaattinen ennaltaehkäisy kuuluu ensisijaisesti perusterveydenhuoltoon. Aineistoksi muodostui vuoden 2004 osalta 59 lääkäriä ja 136 hoitajaa ja vuoden 2006 osalta 58 lääkäriä ja 127 hoitajaa.

Vuonna 2004 lähes kaikki lääkärit ilmoittivat lukeneensa Kohonnut verenpaine - ja Dyslipidemia-suositukset tai selailleensa niitä (taulukko 5). Neljä viidestä hoitajasta ilmoitti lukeneensa Kohonnut verenpaine -suosituksen tai selailleensa sitä vuonna 2004. Hoitajien kohdalla niiden osuus, jotka ilmoittivat lukeneensa suosituksen tai selailleensa sitä lisääntyi tilastollisesti merkitsevästi tutkimusaikana kaikkien suositusten osalta. Lääkäreiden kohdalla vastaavanlaista muutosta, mutta ei tilastollisesti merkitsevästi, oli myös havaittavissa. Ennen VALTTT-hanketta yli puolet lääkäreistä ja kolmannes hoitajista ilmoitti käyttäneensä Kohonnut verenpaine -suositusta. Lääkäreiden kohdalla myös Dyslipidemia-suosituksen ilmoitettu käyttö oli yhtä suurta (taulukko 5). Lääkäreiden ilmoittama Aikuisten lihavuus -suosituksen käyttö ja hoitajien ilmoittama Dyslipidemia-suosituksen käyttö lisääntyi tilastollisesti merkitsevästi VALTTT-hankkeen aikana. Niiden lääkäreiden ja hoitajien osuudet, jotka ilmoittivat, että heitä on työpaikallaan kehotettu käyttämään yksittäistä suositusta, lisääntyivät.

Taulukko 5. Prosenttiosuudet pth:n hoitajista ja lääkäreistä, jotka ilmoittivat lukeneensa hoitosuosituksen tai selanneensa sitä, käyttäneensä hoitosuositusta edeltävän kuuden kuukauden aikana ja jotka ilmoittivat, että heitä on työpaikallaan kehoitettu käyttämään hoitosuositusta

	Hoitajat %			Lääkärit %		
	Olen lukenut hoitosuosituksen tai selaillut sitä.			Olen lukenut hoitosuosituksen tai selaillut sitä.		
	2004 n=136	2006 n=127	p-arvo	2004 n=59	2006 n=58	p-arvo
Kohonnut verenpaine	81	93	0.002	97	100	0.157
Dyslipidemia	43	68	0.001	90	93	0.509
Aikuisten lihavuus	49	65	0.007	60	76	0.064
Tupakointi	33	49	0.007	63	67	0.608
	Olen käyttänyt hoitosuositusta.			Olen käyttänyt hoitosuositusta.		
Kohonnut verenpaine	34	46	0.052	58	68	0.226
Dyslipidemia	13	22	0.034	54	63	0.313
Aikuisten lihavuus	19	24	0.337	19	38	0.017
Tupakointi	9	10	0.828	31	23	0.377
	Työpaikallani on kehoitettu käyttämään hoitosuositusta.			Työpaikallani on kehoitettu käyttämään hoitosuositusta.		
Kohonnut verenpaine	35	44	0.151	25	43	0.040
Dyslipidemia	9	18	0.035	12	28	0.025
Aikuisten lihavuus	10	19	0.026	5	13	0.120
Tupakointi	7	10	0.272	3	10	0.150

Hoitajista 39 % ilmoitti osallistuneensa vähintään yhteen VALTTI-hankkeen koulutustilaisuuteen (keskitetty koulutus tai paikallinen työpaja). Lääkäreiden kohdalla osuus oli 36 %. Ilmoitettua hoitosuositusten käyttöä verrattiin niiden

hoitajien kohdalla, jotka olivat osallistuneet vähintään yhteen VALTTT-koulutukseen ja niiden, jotka eivät olleet osallistuneet yhtenkään koulutukseen. Tässä voitiin todeta yhteys koulutukseen osallistumisen ja hoitosuosituksen käytön välillä. Dyslipidemia-koulutukseen osallistuneista 39 % ja ei-osallistuneista 12 % ilmoitti käyttäneensä suositusta ($p < 0,05$). Vastaavat luvut olivat Aikuisten lihavuus-suosituksen osalta 39 % vs. 15 % ($p < 0,05$) ja Tupakoinnista vieroitus-suosituksen osalta 16 % vs. 5 % ($p = 0,04$). Edellä mainittua analyysii ei lääkäreiden osalta voitu suorittaa vastanneiden lääkäreiden pienen lukumäärän vuoksi.

Niiden hoitajien osuus, jotka olivat samaa mieltä väittämän ”Ammatillinen pätevyuteni on riittämätön, jotta voisin ottaa käyttöön viimeisimmät hoitosuositukset” kanssa, pieneni tutkimusaikana yhdestätoista kahteen prosenttiin ($p = 0,016$). Lääkäreiden kohdalla vastaavanlaista muutosta ei voitu todeta (5 % vs. 9 %, $p = 0,470$). Väittämän ”Hoitosuosituksia on vaikea löytää tarvittaessa” kohdalla muutosta ei voitu todeta kummankaan ammattiryhmän kohdalla (hoitajat 29 % vs. 24 %, $p = 0,470$, lääkärit 32 % vs. 16 %, $p = 0,132$).

5.6 Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitajien asenteet hoitosuosituksia ja Kohonnut verenpaine -suositusta kohtaan ja suositusten käyttö

Vertailtaessa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hoitajien vastauksia ennen ja jälkeen VALTTT-hankkeen aineistoksi muodostui vuonna 2004 136 perusterveydenhuollon ja 70 erikoissairaanhoidon hoitajaa ja vuonna 2006 vastaavasti 127 ja 127 hoitajaa.

Vaikka VALTTT-hankkeen koulutus oli suunnattu myös erikoissairaanhoidon hoitajille (sisätaudit, neurologia ja verisuonikirurgia), vain 8 % heistä ilmoitti osallistuneensa vähintään yhteen hankkeen järjestämään koulutukseen. Perusterveydenhuollon kohdalla koulutukseen osallistuneiden osuus oli 39 %.

VALTTT-hankkeen alkaessa suurin osa hoitajista (pth 79 %, esh 67 %, $p = 0,137$) ilmoitti käyttäneensä hoitosuosituksia vähintään silloin tällöin (vastausvaihtoehdot ”Jatkuvasti”, ”Silloin tällöin”, ”Erittäin harvoin”, ”En koskaan”). Perusterveydenhuollon hoitajat käyttivät kansallisia (pth 57 %, esh 43 %, $p = 0,048$) ja alueellisia (pth 32 %, esh 9 %, $p < 0,001$) hoitosuosituksia useammin kuin erikoissairaanhoidon hoitajat. Hankkeen aikana molempien hoitajaryhmien kohdalla valtakunnallisten, alueellisten ja toimipaikkakohtaisten suositusten käyttö lisääntyi. Vuonna 2006 perusterveydenhuollon hoitajat ilmoittivat

erikoissairaanhoidon hoitajia useammin (58 % vs. 30 %, $p < 0,001$) käyttävänsä jatkuvasti hoitosuosituksia työssään.

Ennen VALTIT-hankkeen alkua perusterveydenhuollon hoitajat olivat tutustuneet Kohonnut verenpaine -suositukseen paremmin kuin erikoissairaanhoidon hoitajat ja ilmoittivat useammin, että heidän työpaikallaan oli kehoitettu käyttämään suositusta (taulukko 6). Suosituksen käytössä ja suositukseen liittyvään koulutukseen osallistumisessa ei havaittu eroa hoitajaryhmien välillä vuoden 2004 kyselyssä. Hankkeen aikana tapahtui perusterveydenhuollon hoitajien keskuudessa muutoksia, jotka eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä, mutta voivat olla kliinisesti merkitseviä, suositukseen tutustumisessa ($p = 0,053$) ja suosituksen käytössä ($p = 0,052$) sekä tilastollisesti merkityksellinen muutos ($p = 0,002$) suositukseen liittyvään koulutukseen osallistumisessa. Erikoissairaanhoidon hoitajien osalta ei voitu todeta hankkeen aikaisia muutoksia missään Kohonnut verenpaine -suositukseen liittyvissä väittämässä.

Tutkittaessa yleisiä asenteita hoitosuosituksia kohtaan ja luokiteltaessa AGS:n väittämät seitsemään keskeiseen teemaan voitiin todeta, että jo alun perin hoitajien asenteet hoitosuosituksia kohtaan olivat myönteisiä ja hoitosuosituksia pidettiin käyttökelpoisina, luotettavina ja käytännöllisinä (taulukko 7). Myös teemoissa, joissa kysyttiin henkilökohtaista sekä työyhteisön ja organisaation pätevyyttä ottaa hoitosuositukset käyttöön, asenteet olivat myönteisiä. Perusterveydenhuollon hoitajien asenteet olivat myönteisemmät kuin erikoissairaanhoidon hoitajien. Myös hoitosuositusten saatavuus -teemassa perusterveydenhuollon hoitajien asenteet olivat myönteisemmät, ja tässä teemassa havaittiin ainoa muutos hankkeen aikana. Muutos oli myönteinen molemmissa hoitajaryhmissä.

Taulukko 6. Prosenttiosuudet niistä pth:n ja esh:n hoitajista, jotka olivat samaa mieltä Kohonnut verenpaine –suositukseen liittyvien väittämien kanssa vuosina 2004 ja 2006

	2004			2006			muutos pth:ssa	muutos esh:ssa
	Pth n=136	Esh n=70	p-arvo	Pth n=127	Esh n=127	p-arvo	p-arvo	p-arvo
Tutustuminen suosituksiin			0,001			<0.001	0.053	0.809
Olen lukenut suosituksen huolellisesti	34 %	19 %		39 %	19 %			
Olen perehtynyt suosituksen pääpiirteissään	35 %	19 %		40 %	23 %			
Olen selaillut suositusta	11 %	21 %		14 %	25 %			
Olen kuullut suosituksesta	11 %	21 %		4 %	19 %			
En tunne suositusta	9 %	20 %		3 %	14 %			
Olen käyttänyt suositusta viimeisen kuuden kk:n aikana	34 %	27 %	0.347	46 %	25 %	0.001	0.052	0.865
Olen osallistunut suositukseen liittyvään koulutukseen	26 %	16 %	0.114	44 %	16 %	<0.001	0.002	1.000
Työpaikallani on kehoitettu käyttämään suositusta	35 %	17 %	0.009	44 %	15 %	<0.001	0.151	0.683

Taulukko 7. Attitudes towards Guidelines Scale'n (AGS) summamuuttujien keskiarvot perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitajien keskuudessa vuosina 2004 ja 2006 (asteikko 1-5: "täysin samaa mieltä" (1), "jossain määrin samaa mieltä" (2), "siltä väliltä" (3), "jossain määrin eri mieltä" (4) ja "täysin eri mieltä" (5)).

	2004			2006			muutos	muutos
	Pth	Esh	p-arvo	Pth	Esh	p-arvo	pth:ssa	esh:ssa
Yleiset asenteet - ovat hyödyllisiä opetusvälineitä - niistä saa kätevästi neuvoja	1.61	1.71	0.468	1.74	1.75	0.889	0.319	0.761
Käyttökelpoisuus - voivat helpottaa vuorovaikutusta potilaiden ja omaisten kanssa - voivat parantaa terveydenhoidon laatua	1.68	1.77	0.476	1.85	1.78	0.508	0.136	0.942
Luotettavuus - perustuvat tieteellisesti todistettuun aineistoon - ovat asiantuntijoiden tekemiä	1.58	1.6	0.895	1.62	1.66	0.802	0.709	0.646
Henkilökohtainen tai työyhteisön pätevyyden puute ottaa hoitosuosituksia käyttöön - ammatillinen pätevyteni on riittämätön, jotta voisin ottaa käyttöni viimeisimmät hoitosuositukset. - useimmilla ryhmämme jäsenillä on kielteinen asenne hoitosuosituksiin	4.20	3.77	0.001	4.33	3.85	<0.001	0.125	0.562
Organisaation pätevyyden puute ottaa hoitosuosituksia käyttöön - organisaatiossamme ei arvosteta hoitosuosituksia - hoitosuositusten toteuttaminen on liian kallista meille	3.98	3.67	0.017	4.08	3.91	0.102	0.321	0.055
Epäkäytännöllisyys - rajoittavat hoitotyöntekijöiden itsenäisyyttä - antavat liian yksinkertaisen kuvan käytännön lääketieteestä	4.00	3.76	0.074	4.00	3.77	0.037	0.970	0.955
Saatavuus - on vaikea löytää tarvittaessa - en ole nähnyt hoitosuosituksia terveydenhoitoyksikössämme	3.42	3.05	0.029	3.78	3.50	0.007	0.001	0.007

5.7 Yhteenveto tuloksista

Päijätämäläiset terveydenhuollon ammattilaiset luottavat hoitosuosittelun laatuun ja hyödyllisyyteen. Silti varsinkin lääkärit kokevat myös hoitosuosittelun käyttöön liittyviä haasteita: hoitosuosittelut voivat rajoittaa hoitotyöntekijöiden itsenäisyyttä, antaa liian yksinkertaisen kuvan käytännön lääketieteestä ja hoitosuosittelun suuri määrä hankaloittaa niiden käyttöä.

Valtimotautiriskiin liittyvät ”lääkekeskeiset” KH-suositukset olivat lääkäreille tuttuja ja he käyttivät niitä sekä osallistuivat niihin liittyviin koulutuksiin. Lääkärit ilmoittivat osallistuvansa eniten lääketieteellisuuden järjestämään hoitosuosittelukoulutukseen. Hoitajien osalta suosittelun tunnettuus, käyttö ja koulutukseen osallistuminen olivat selvästi vähäisempiä. Merkittävän iso osa hoitajistakaan ei tuntenut Dyslipidemia- ja Tupakasta vieroitus -suosituksia.

Sekä lääkärit että hoitajat näkevät elintapamuutoksen keskeiseksi valtimotautiriskitekijöiden hoidossa. Tulos oli tämä myös dyslipidemian ja kohonneen verenpaineen hoidon kohdalla.

Tutkimushankkeen aikana perusterveydenhuollon hoitajien tutustuminen kaikkiin tutkittaviin oleviin hoitosuositteluihin lisääntyi niin kuin myös Dyslipidemia-suositusten käyttö. Perusterveydenhuollon lääkäreiden kohdalla Aikuisten lihavuus -suositusten käyttö lisääntyi. Niiden hoitajien ja lääkäreiden määrä, jotka ilmoittivat, että heitä on työpaikallaan kehoitettu käyttämään hoitosuositteluita, lisääntyi tutkimushankkeen aikana.

Hankkeeseen liittyvään koulutukseen osallistumisen ja hoitosuosittelun käytön välillä voitiin todeta yhteys perusterveydenhuollon hoitajien kohdalla kaikkien tutkittavien hoitosuosittelun osalta.

Hankkeen aikana sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon hoitajien yleinen hoitosuosittelun käyttö lisääntyi. Hankkeen loppuvaiheessa perusterveydenhuollon hoitajat ilmoittivat erikoissairaanhoidon hoitajia useammin käyttävänsä jatkuvasti hoitosuositteluita työssään.

Perusterveydenhuollon hoitajien henkilökohtainen sekä työyhteisön valmius ottaa hoitosuositteluita käyttöön todettiin paremmaksi kuin erikoissairaanhoidon hoitajien. Perusterveydenhuollon hoitajat olivat tutustuneet Kohonnut verenpaine -suositukseen paremmin kuin erikoissairaanhoidon hoitajat. Tutkimushankkeen jälkeen he myös käyttivät suositteluita enemmän kuin erikoissairaanhoidon hoitajat. Hoitosuosittelun ilmoitettu saatavuus parani molemmissa hoitajaryhmässä tutkimushankkeen aikana.

6 Pohdinta

6.1 Tutkimuksen päätulokset

Tutkimushankkeen alkuvaiheessa terveydenhuollon ammattilaisten asenteet KH-suosituksia kohtaan todettiin myönteisiksi ja ammattilaiset olivat sitä mieltä, että suositusten käyttöönotolla voidaan parantaa terveydenhuollon laatua. KH-suositukset olivat kuitenkin selvästi enemmän lääkäreiden työkaluja, ja lääkärit osallistuivat enemmän hoitosuosituuskoulutukseen kuin hoitajat. Merkittävä osa koulutuksesta oli lääketeollisuuden järjestämää. Lääkärit kokivat myös enemmän haasteita suositusten käyttöön liittyen.

Elintapamuutos nähtiin perusterveydenhuollon ammattilaisten mielestä keskeisenä valtimotautiriskin hoidossa myös ”lääkekeskeisten” riskitekijöiden hoidossa.

Tutkimushankkeen aikana voitiin todeta myönteisiä muutoksia perusterveydenhuollon hoitajien kohdalla hoitosuosituksiin liittyen. Hoitajien tutustuminen kaikkiin tutkittavina oleviin hoitosuosituksiin lisääntyi.

Yhteys tutkimushankkeeseen liittyvään koulutukseen osallistumisen ja valtimotautiriskiin liittyvien KH-suositusten käytön välillä oli nähtävissä. Tutkimushankkeen aikana niiden hoitajien osuus, jotka katsoivat ammatillisen pätevyytensä riittävän viimeisimpien hoitosuosituksien käyttöönottoon, lisääntyi. Perusterveydenhuollon hoitajien sekä lääkäreiden kokema kannustus KH-suositusten käyttöönottoon työpaikalla lisääntyi tutkimushankkeen aikana.

Vertailtaessa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitajia voitiin todeta, että molemmissa ryhmissä yleinen hoitosuositusten käyttö lisääntyi tutkimushankkeen aikana. Hankkeen lopussa perusterveydenhuollon hoitajat ilmoittivat käyttävänsä Kohonnut verenpaine -suositusta useammin kuin erikoissairaanhoidon hoitajat. Asteet hoitosuosituksia kohtaan olivat molemmissa hoitajaryhmissä myönteiset. Perusterveydenhuollon hoitajat ilmoittivat kuitenkin erikoissairaanhoidon hoitajia harvemmin henkilökohtaisen tai työyhteisön pätevyyden puutteen syyksi, joka estäisi hoitosuositusten käyttöönottoa.

6.2 Metodologinen pohdinta

Tutkimuksemme oli ”elävässä elämässä” tapahtunut monimuotoinen jalkautusinterventio, jonka tuloksia arvioitiin kyselytutkimuksella ennen ja jälkeen intervention. Asetelma ei ollut kontrolloitu, joten johtopäätöksiä koulutusintervention vaikuttavuudesta ei voida suoraan tehdä. Toisaalta samaan aikaan alueella ei ollut käynnissä muita KH-suositusten jalkautusinterventioita tai hankkeita. Kyselytutkimukseen ennen ja jälkeen koulutusintervention vastanneet eivät välttämättä olleet samoja ammattilaisia, joten tulokset kuvaavat enemmänkin työpisteessä tai organisaatiossa tapahtunutta muutosta. Pystyimme kuitenkin hoitajien osalta vertailemaan koulutukseen osallistuneita ja ei-osallistuneita sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon hoitajia.

Kyselytutkimukseen ja koulutukseen kutsuttiin alkuperäisen tutkimussuunnitelman mukaan kaikki ne ammattilaiset, joiden tehtäviin kuului metabolisen oireyhtymän hoito. Koulutukseen osallistuneiden kohdalla on voinut tapahtua valikoitumista; osallistuneet voivat olla niitä ammattilaisia, jotka ovat perehtyneet valtimotautiriskitekijöiden hoitoon enemmän ja jo lähtökohtaisesti kiinnostuneita aiheesta. Lääkäreiden vähäistä osallistumista koulutukseen voi selittää myös se, että koulutus keskittyi elintapaohjaukseen (Mazza & Russell, 2001). Lääkäreiden vastausprosentit olivat myös matalia. Tämä voi aiheuttaa harhan ja tutkimusjoukon valikoitumisen. Mitä suurempi on vastaamattomien osuus, sitä suurempi on vastaajajoukon valikoitumisen vaara (Barclay, Todd, Finlay, Grande & Wyatt, 2002). Asian henkilökohtainen tärkeys korreloi voimakkaasti vastausprosenttiin (Edwards et al., 2007). On osoitettu, että ne yleislääkärit, jotka eivät vastaa kyselytutkimuksiin, ovat keskimäärin vanhempia, kokeneempia, vähemmän pätevyityneitä ja stressaantuneempia (Cartwright, 1978; McAvoy & Kaner, 1996).

Lääketieteen ”kultainen standardi”, randomoitu kliininen tutkimus on useimmiten tehokkuustutkimus, jossa tutkimusaineisto on tarkkaan määritelty ja valikoitunut. Kun halutaan tutkia ja kehittää terveydenhuollon laatua, on toimittava todellisessa ympäristössä, jolloin validiteetista voidaan joutua tinkimään, mutta yleistettävyyks on parempi (Ware & Hamel, 2011)). Lähtökohta on enemmänkin ”sopivuus” kuin ”todennäköisyys” tai ”vakuuttavuus” (Victora, Habicht & Bryce, 2004). Pragmaattiset tutkimukset voivat paremmin vastata potilaita, terveydenhuollon ammattilaisia ja päätöksentekijöitä koskeviin tärkeisiin kysymyksiin. Tulosuuttajien analysoinnin lisäksi on tärkeää kuvailla ja arvioida prosesseja, jotka vaikuttivat tulosten syntyymiseen (Salter & Kothari, 2014).

Monitahoisten interventoiden arviointi on haastavaa, mutta pelkästään vaikuttavuuden analysoinnissa voi jäädä käsittelemättä itse interventio ja ympäristö, jossa toimittiin. Ymmärryksemme siitä, mikä toimi kenelle ja missä olosuhteissa, voi jäädä vajavaiseksi.

Asennemittarina KH-suosituksia kohtaan käytimme Elovainion ja kumppaneiden kehittämää Attitudes Towards Guidelines Scale (ATGS) -työkalua (Elovainio et al., 1999). ATGS:n sisältämät väittämät liittyvät yleisiin asenteisiin hoitosuosituksia kohtaan, hoitosuositusten käyttökelpoisuuteen, luotettavuuteen, henkilökohtaiseen tai työyhteisön pätevyyteen ottaa hoitosuosituksia käyttöön, organisaation pätevyyteen ottaa hoitosuosituksia käyttöön sekä hoitosuositusten käytännöllisyyteen ja saatavuuteen. Työkalu on validoitu suomalaisessa aineistossa, ja on todettu vahva yhteys sen väittämien ja itse ilmoitetun hoitosuunnitelman käytön välillä. Suomalaisessa aineistossa todettiin erityisesti yhteys hoitosuunnitelmien saatavuuden, henkilökohtaisen tai työyhteisön pätevyyden hoitosuositusten käyttöönottoon sekä itse ilmoitetun hoitosuunnitelmien käytön välillä. Ei ole tietoa toimiiko instrumentti hoitosuosituksiin liittyvien asenteiden mittauksessa muissa ympäristöissä. ATGS:n englanninkielisen version kääntäminen ranskaksi ei tuottanut tutkijoiden mielestä toimivaa työkalua (Touze et al., 2006).

Kyselytutkimuksen tutkimussuunnitelman hyväksyi silloisen Kansanterveyslaitoksen (nykyisin THL) tutkimuseettinen työryhmä. Lomakkeen kysymykset eivät sisältäneet arkaluontoisia tietoja vastaajien elämästä eivätkä myöskään sellaista tietoa, joka voitaisiin katsoa esimerkiksi työnantajan kritisoinniksi. Vakiintunut käytäntö lomaketutkimuksessa oli lomakkeen lähettämisen aikaan, että lomakkeen täyttäminen katsottiin samalla suostumukseksi osallistua tutkimukseen. Täyttämättä jättämisestä ei myöskään ollut seurauksia tutkittaville eikä mitään tietoja välitetty vastaajien tai vastaamattomien työnantajille.

6.3 Tulosten pohdinta

Tutkimushankkeen yhtenä tavoitteena oli kehittää valtimotautiriskitekijöiden hoitoa alueellisesti tukemalla kyseessä olevana ajankohtana käytössä olleiden valtimotautiriskin hoitoon liittyvien KH-suositusten käyttöönottoa. Keskeistä ja yhteistä näissä kaikissa suosituksissa on elintapamuutos ja sen tukeminen.

Tutkimuksemme perusteella voidaan todeta suomalaisten terveydenhuollon ammattilaisten asenteet hoitosuosituksia kohtaan myönteisiksi. Näin on todettu muuallakin tehdyissä kyselyissä. Suomessa hoitosuositusten luotettavuutta ja

näyttöön perustumista ei todennäköisesti aseteta kyseenalaiseksi myöskään sen vuoksi, että niitä tuottaa keskitetysti Lääkäriseura Duodecim. Euroopassa vain kahdessa muussa maassa, Englannissa (NICE) ja Luxemburgissa (Scientific Council), tilanne on sama, eli hoitosuositukset tuotetaan keskitetysti yhden toimijan tuottamana (Legido-Quigley et al., 2012). Esimerkiksi Kanadassa vuonna 2009 tehdyn selvityksen mukaan vuosina 1994–2005 hoitosuosituksia oli tuottanut 96 eri toimijaa (Kryworuchko, Stacey, Bai & Graham, 2009).

Vaikka terveydenhuollon ammattilaisten asenteet hoitosuosituksia kohtaan ovat myönteiset, suositusten jalkautuminen on haasteellista. Tutkimuksessamme ilmeni, että hoitajien keskuudessa valtimotautiriskiin liittyvien KH-suositusten tunnettuus, käyttö sekä niihin liittyvään koulutukseen osallistuminen oli vähäistä. Hoitosuositusten ensisijaisena kohderyhmänä Päijät-Hämeessäkin ovat olleet lääkärit ja koulutusta on tarjonnut eniten lääketeollisuus. Lääkärit ovat kansainvälisestäkin olleet tähän asti hoitosuositusten pääasiallinen kohderyhmä (Buchan & Calman, 2004; Grimshaw et al., 2004). Muuallakin tehdyissä tutkimuksissa perusterveydenhuollon lääkärit ovat kokeneet haasteellisena hoitosuositusten suuren määrän ja epäilleet, että ne antavat liian yksinkertaisen kuvan käytännön lääketieteestä. Tämän voidaan katsoa viittaavan haasteeseen ottaa käyttöön ja toteuttaa yksittäisten tautien tai riskien hoitosuosituksia monisairaana potilaan kohdalla (Steinman, Sudore, Peterson, Harlow & Fried, 2012). Aikuisten lihavuus - ja Tupakasta vieroitus -suositusten käyttö oli vähäistä, ja suuri osa ammattilaisista ilmoitti, ettei tunne kyseessä olevia suosituksia. Näissä suosituksissa elintapamuutos on ensisijainen hoito, jota lääkehoito tukee tarvittaessa. Suositusten käyttöönotto on siten haastavampaa ja edellyttäisi muun muassa hoidon järjestämiseen ja työnjakoon liittyvien asioiden määrittämistä, joihin näissä suosituksissa onkin tehty ehdotuksia. Suomalaisetkin hoitajat kokevat johdon roolin keskeisenä KH-suositusten käyttöönotossa (Alanen, Välimäki, Kaila & for the ECCE Study Group*, 2009). Näin ollen KH-suositusten kohderyhmä tulisi olla myös terveydenhuollon johto ja suositukset tulisivat olla tunnettuja heille.

Tutkimuksessamme suurin osa lääkäreistä ja hoitajista oli sitä mieltä, että potilaan elintapojen muutos on keskeinen osa hoitoa myös kohonneen verenpaineen ja dyslipidemian kohdalla. Suomalaisissa valtimotautiriskiin liittyvissä KH-suosituksissa elintapaohjauksen ja käyttäytymisen muutoksen tukemisen osuus on laadullisesti ja määrällisesti hyvin vaihteleva. Henkilökohtaiset asenteet primääriprevenioon ja elintapaohjaukseen voivat määrittellä terveydenhuollon ammattilaisten elintapaohjauksen toteutuksen määrän ja laadun (Geense et al., 2013; Silwer, Wahlstrom & Lundborg, 2010). Ohjaus voi näin ollen toteutua omista

henkilökohtaisista lähtökohdista eikä niinkään organisaatiossa yhdessä sovitulla, vaikuttaviksi todetuilla toimintamalleilla ja -tavoilla. Elintapaohjauksessa ja omahoidossa on laajemmin kyse potilaan arjessa tapahtuvien käyttäytymismuutosten tukemisesta. Vaikuttavuuden kannalta keskeistä on pystyvyyden tunteen lisääntyminen (Hankonen, 2011). Tukeeko ammattilaisen henkilökohtaisista asenteista lähtevä ohjaus aina potilaiden pystyvyyden tunnetta? Voitaisiinko elintapaohjauksen toteutuksessa sopia yhteisistä, näyttöön perustuvista toimintatavoista ja saada näin vaikuttavuutta lisää? Suomalaiset terveydenhuollon ammattilaiset kaipaavatkin lisää taitoja ja osaamista elintapaohjauksen toteutukseen (Jallinoja et al., 2007).

Tutkimushankkeemme koulutusinterventio toteutettiin keskitettyinä koulutustilaisuuksina ja toimipaikkakohtaisina työpajoina. Lääkäreiden osallistuminen sekä keskitettyihin koulutuksiin että työpajoihin oli vähäistä. Yksi selittävä tekijä lääkäreiden vähäiseen osallistumiseen voi olla KH-suosituskoulutuksen keskittyminen elintapamuutoksen tukemiseen. Muuallakin tehdyissä tutkimuksissa on todettu, että lääkäreiden prioriteetteja hoitosuosituksissa ovat lääkehoitoon liittyvät asiat, ei niinkään preventiotoimintamallit (Mazza & Russell, 2001).

Monitahoinen, eri jalkautustoimintamalleja paikallisiin olosuhteisiin räätälöivä jalkautus on tutkimusten mukaan tehokkainta (Grimshaw et al., 2004). Toisaalta myös erilaisten koulutustilaisuuksien ja työpajojen järjestäminen ja niiden yhdistäminen muihin toimeenpanon menetelmiin voivat kehittää ammattilaisen toimintatapoja ja jonkin verran myös hoitotuloksia (Forsetlund et al., 2009). Tutkimushankkeessamme toteutettu jalkautusinterventio voidaan luokitella monitahoiseksi, vaikkei kuitenkaan kovin vahvaksi sellaiseksi. Työryhmätyöskentelyssä viriteltiin alueellista yhteistyötä, ja joukossa oli useiden organisaatioiden ”mielipidevaikuttajia” viemässä asiaa eteenpäin. Kuntakierroksella tuettiin toimijoiden ja organisaatioiden johdon sitoutumista valtimotautiriskiin liittyvien KH-suositusten käyttöönottoon. Keskitetty koulutus toteutettiin suurimmaksi osaksi jakamalla tietoa perinteisillä luennoilla, joiden teho toimintojen muuttamisessa on rajallinen (Thompson, Estabrooks, Scott-Findlay, Moore & Wallin, 2007). Työpaikkakohtaisissa moniammatillisissa työpajoissa päästiin pidemmälle organisaation toimintatavan muutokseen luomalla yksittäisten riskien hoidon toimintamalleja ja hoitopolkuja ja sopimalla niiden käyttöönotosta.

Tutkimushankkeen aikana voitiin todeta perusterveydenhuollossa positiivisia muutoksia valtimotautiriskiin liittyvien KH-suositusten osalta lähinnä hoitajien kohdalla. Tutkimusasetelmasta johtuen suoraa yhteyttä intervention ja

kyselytutkimuksen tulosten välille ei voida asettaa. Voidaan kuitenkin olettaa, että ainakin osa muutoksista tapahtui hankkeen vaikutuksesta, koska muita hoitosuosituksiin liittyviä jalkautusinterventioita ei alueella hankkeen aikana toteutettu ja hankkeen koulutuksen kohderyhmä oli pääasiassa hoitajat.

Hoitajien valmius KH-suositusten käyttöönottoon lisääntyi. Perusterveydenhuollon hoitajien tutustuminen Kohonnut verenpaine -suositukseen ja suosituksen käyttö olivat suurempaa ja lisääntyivät enemmän kuin erikoissairaanhoidon hoitajilla. Tämä kertonee, että perusterveydenhuollon hoitajat kokevat tämän riskin hoidon ja roolinsa siinä tärkeäksi. Huolimatta siitä, että hoitajien rooli korostuu koko ajan eri sairauksien hoidossa, kirjallisuudesta ei löydy aikaisempaa hoitosuositus tutkimusta, jossa olisi verrattu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitajia keskenään. Kun KH-suosituskoulutusta tarjottiin, oltiin perusterveydenhuollossa valmiita ottamaan se vastaan. Hoitajien kohdalla organisaation tuki Kohonnut verenpaine -suosituksen käyttöönottoon oli suurempi perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa. Kaiken kaikkiaan henkilökohtainen, työyhteisön tai organisaation pätevyyden puute koettiin perusterveydenhuollon hoitajien kohdalla vähäisemmäksi esteeksi ottaa KH-suosituksia käyttöön kuin erikoissairaanhoidon hoitajilla. Tämä kuvastanee hoitajien roolin erilaisuutta näissä organisaatioissa ja perusterveydenhuollon hoitajien itsenäisempää roolia. Perusterveydenhuollon organisaatioissa nähtäneen laajemminkin työjaon muuttuminen tulevaisuudessa ja jo tällä hetkellä tuetaan hoitajia KH-suositusten käyttöönottoon enemmän kuin erikoissairaanhoidossa.

Tutkimuksessamme totesimme, että ns. ”ei-lääkekeskeisten” valtimotautiriskiin liittyvien KH-suositusten tunnettuus ja käyttö oli vähäistä. Jos hoitosuosituksen käyttöönotossa ammattilaisen henkilökohtaisen osaamisen lisäksi keskeistä on organisaation sisäisten toimintamallien luominen, jalkautus on haasteellisempaa. Pitkäaikaisten tilojen ja tautien ja täten myös valtimotautiriskitekijöiden hoito tulee enenevässä määrin olemaan tiimityötä, jossa hoitajan rooli on keskeinen (Bodenheimer et al., 2002; Coleman, Austin, Brach & Wagner, 2009; Wagner et al., 2001). Potilaan elintapamuutosprosessin tukeminen osana omahoitoa on tiimityötä, jossa on määriteltä terveydenhuollon ammattilaisten ja eri toimijoiden roolit ja toimintatavat ja mahdollistettu toimiminen niiden mukaisesti. Näin tieto ja taito muuttuvat toiminnaksi, joka tuottaa valtimotautiriskipotilaille lisää terveyshyötyä. Organisaation valmius tutkimustiedon käyttöönottoon eli muutokseen (organizational readiness for change) määritellään ”jaetuksi psykologiseksi tilaksi, jossa organisaation jäsenet kokevat sitoutuvansa muutokseen ja ovat luottavaisia kollektiiviseen kykyynsä tehdä se” (Weiner, 2009). Yksittäisten ammattilaisten

asenteet, uskomukset ja aikomukset sekä rakenteet eli organisaation kyky ja resurssit ovat keskeisessä roolissa (Gagnon et al., 2011; Weiner, Amick & Lee, 2008; Weiner, 2009). Varsinkin hoitajien kohdalla tutkimustiedon ja hoitosuosituksen käyttöönotossa organisaation sitoutumisella ja siihen liittyvillä tekijöillä on keskeinen merkitys (Cummings et al., 2007; Meijers et al., 2006). Hoitajat kokevat tärkeäksi moniammatillisuuden ja johdon sekä lääkäreiden tuen (Alanen et al., 2009; Lehtomäki, 2009; Thompson et al., 2007). Uusien toimintamallien käyttöönotossa tulee ottaa huomioon molemmat näkökulmat. Jos on päätetty, että kyseessä oleva toiminta kuuluu organisaation tehtäviin ja se halutaan tehdä vaikuttavalla tavalla, otetaan käyttöön ja työkaluksi teemaan liittyvä KH-suositus. Johto osoittaa sitoutumisensa ja yhdessä henkilöstön kanssa KH-suosituksen avulla suunnittelee ja kehittää oman organisaation toimintamallin. Tutkimushankkeemme aikana perusterveydenhuollon hoitajien kohdalla tapahtui hoitosuunnitelmien käyttöönottoon liittyen positiivisia muutoksia sekä yksilö- että organisaatiotasolla.

6.4 Pohdintaa KH-suositusten jalkauttamisesta tulevaisuudessa

Suurin osa hoitosuosituksista koskee perusterveydenhuollon työtä, mikä tuo hoitosuositusten tekemiseen ja jalkauttamiseen oman haasteensa (Fortin et al., 2011; Lugtenberg et al., 2009; Mutasingwa, Ge & Upshur, 2011; Nummenmaa, 2007). Perusterveydenhuollon potilas on usein moniriskinen ja /tai monisairas (Barnett et al., 2012). Yksittäisiin tauteihin tai riskeihin liittyvien suositusten käyttöönotto tässä tilanteessa on haastavaa ja voi olla jopa potilaalle haitaksi (Boyd et al., 2005; Tinetti, Bogardus & Agostini, 2004; van Weel & Schellevis, 2006; Woolf et al., 1999). Varsinkin Kohonnut verenpaine- ja Dyslipidemia-suosituksissa korostetaan kokonaisriskin arvion merkitystä: yksittäinen koholla oleva riskitekijä ei välttämättä merkitse kohonnutta valtimotautiriskiä, ja yksittäinen normaali riskitekijä ei poissulje sitä. Kohdentamalla terveydenhuollon interventiot ja muun muassa lääkehoito korkean riskin henkilöihin saataisiin lisää vaikuttavuutta (Eddy et al., 2011). Elintapamuutoksilla eli ravintoon ja liikkumiseen kohdistuvilla käyttäytymisen muutoksilla voidaan vaikuttaa useampaan valtimotaudin riskitekijään samalla kertaa, ja vaikka muutokset yksittäisissä riskimittareissa ovat pieniä, kokonaisriskin alenema voi olla merkittävä. On itse asiassa viitettä siitä, että elintapamuutokset voivat vaikuttaa valtimotautisairastuvuuteen riippumatta niiden

vaikutuksista esimerkiksi verenpaineeseen, lipideihin tai painoon (Myint, Luben, Wareham, Bingham & Khaw, 2009).

Valtimotautiriskitekijöiden hoidossa keskeistä on potilaiden sitoutuminen hoitoon niin elintapamuutosten kuin lääkehoidon osalta. Pitkäaikaisten tilojen ja tautien hoito on suurimmaksi osaksi potilaan arjessaan toteuttamaa omahoitoa eli ”ammattihenkilön kanssa yhdessä räätälöityä, potilaan tilanteeseen parhaiten sopivaa, näyttöön perustuva hoitoa” (Anderson & Funnell, 2010; Jarvis, Skinner, Carey & Davies, 2010; Routasalo & Pitkälä, 2009). Potilaan voimaantuminen ja osallistuminen päätöksentekoon lisäävät hoidon vaikuttavuutta Tähän liittyy toinen (EBM:n lisäksi) lääketieteen ajankohtainen paradigma, potilaslähtöisyys (Bensing, 2000). Haaste on näiden kahden ”maailman” yhteensovittaminen potilaiden hoidon laadun kehittämisessä. Yhdessä potilaan kanssa tehty hoitopäätös perustuu tieteelliseen näyttöön ja potilaan lähtökohtiin ja näkökulmiin. Täten potilaiden osallistumista pitkäaikaisten tilojen ja tautien eri hoitojen kehittämiseen, mukaan lukien hoitosuosittelun laadintaan, tulisi tukea (Wagner et al., 2001). Hoitosuosittelun, joissa omahoidon tukeminen on keskeistä, tekoprosessiin tulisi tuoda enemmän potilas- ja hoitajanäkökulmaa, joka tukisi myös suositusten jalkauttamista. Suomalaisia KH-suosituksia arvioidaan AGREE-instrumentillä, jossa yksi teema on ”Asianosaisten mukaan ottaminen”. AGREE-tuloksia ei ole julkaistu. Hoitosuositteluryhmien käsikirjassa ohjeistetaan ottamaan potilaita mukaan KH-suositusten laadintaan. Suomessa ollaan menossa kohti tätä käsikirjan toimintatapaohjeistusta, mutta toistaiseksi ohjeistuksen käyttöönotto on sitä, että KH-suosituksen päivityksen käynnistyessä on otettu yhteyttä potilasjärjestöön (Raija Sipilä, suullinen tiedonanto). Muun muassa NICE on luonut systemaattisen tavan osallistaa potilasryhmät hoitosuosittelun tekoon. Suositukset myös pilotoidaan käyttäjärhyillä (www.nice.org.uk/getinvolved/patientsandpublic/patientandpublichome.jsp).

Valtimotautiriskiin liittyvien hoitosuosittelun jalkautumisen keskiössä on käyttäytymisen muutos. Omahoidon vaikuttava tukeminen voi vaatia ammattilaisen käyttäytymisen muutosta. Suunniteltaessa strategioita hoitosuosittelun jalkautukseen voitaisiin käyttää käyttäytymistieteisiin perustuvia toimintamalleja ja työkaluja. Yksi näistä on Michien ja kumppaneiden käyttäytymistieteisiin perustuvat teemat (TDF) (Michie et al., 2005). Näiden teemojen käyttö onkin lisääntynyt viime vuosina hoitosuosittelun jalkautusinterventiotutkimuksissa (Amemori et al., 2013; French et al., 2013; Fuller et al., 2014; Huijg et al., 2014; Mazza et al., 2013; Murphy et al., 2014; Porcheret et al., 2014) Apukysymysten (liite 1) avulla voidaan selvittää lähtötilanne sekä jalkautuksen haasteet ja edistäjät eri tasoilla (yksittäinen

ammattilainen/ johto/ organisaatio). Tältä pohjalta voidaan suunnitella räätälöity jalkautusinterventio ja valita toimintamallit sen mukaan. KH-suositusten käyttöönotto olisi näin osa organisaation moniammatillista kehittämisen kulttuuria ja rakenteita (Lehtomäki, 2009).

Tutkimushankkeemme, VALTTT-hanke, voidaan jälkikäteen nähdä tärkeänä osana Päijät-Hämeen alueen ennaltaehkäisevän työn kehittämisprosessia. Hanke oli osa hankejatkumoa, joka johti alueellisen kehittämissyhteistyön lisääntymiseen sekä siihen, että Päijät-Häme on tällä hetkellä kansallisesti tärkeässä roolissa T2D:n prevention toteutuksessa ja omahoidon tukemisen ideologian levittämisessä. Hanketta oli jo vuonna 2002 edeltänyt Ikihyvä-elintaparyhmäohjausmallin kehittäminen ja tutkimus, joka totesi ohjausmallin vaikuttavaksi T2D:n ennaltaehkäisyssä. Ikihyvä-elintaparyhmäohjausmalli perustuu käyttäytymistieteen teorioihin. Se on osa elintaparyhmäohjausprosessia ja sen toimivuutta ja vaikuttavuutta arvioidaan koko ajan. VALTTT-hankkeen jälkeen, osin samojen toimijoiden toimesta, aloitettiin kahden eri hankekauden aikana tämän ryhmäohjausmallin systemaattinen jalkautus T2D:n preventioprosessissa. Tänä aikana toimijoiden osaaminen ja ajattelu elintapaohjauksen ja laajemminkin omahoidon tukemisen alueilla kehittyivät. Noin kahdeksan hankevuoden jälkeen syksyllä 2012 alueellinen ennaltaehkäisevän toiminnan kehittämisen ja käyttöönoton resurssi vakinaistettiin Päijät-Hämeen perusterveydenhuollon yksikköön. Vuonna 2010 alkoi Väli-Suomen alueen Kaste-hanke Potku (Potilas Kuljettajan Paikalle), jonka tavoitteena on pitkäaikaissairauksien hoidon kehittäminen Terveysyötyymalli (Chronic Care Model, www.improvingchroniccare.org) viitekehyksenä. Tässä kehittämisessä keskeistä ovat potilaslähtöisyys ja omahoidon tukeminen, joihin päijäthämäläiset terveydenhuollon ammattilaiset ovat tuoneet sekä ideologista että käytännön sisältöä.

7 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Päijätämäläiset terveydenhuollon ammattilaiset ja organisaatiot suhtautuvat myönteisesti KH-suosituksiin työnsä kehittämisen työvälineinä. Erityisesti tämä todettiin valtimotautiriskien hoitoon liittyvien KH-suositusten jalkautusinterventiossa perusterveydenhuollon hoitajien kohdalla. Tämä on hyvä lähtökohta valtimotautiriskitekijöiden hoidon kehittämiseksi jatkossa. Valtimotautiriskitekijöiden hoidossa ammattilaiset näkevät tehtäväkseen potilaidensa elintapamuutosten tukemisen ja kaipaavat siihen lisää taitoja. Jotta elintapaohjauksesta tulisi realistinen vaihtoehto lääkeshoidolle ja se toteutuisi näyttöön perustuvilla ja vaikuttavilla menetelmillä, tarvitaan kehittämistä ja muutoksia terveydenhuollon toimintatavoissa ja -malleissa. Tätä voivat KH-suositukset tukea.

KH-suositukset ovat yksittäisen ammattilaisen ammatillisen kehittämisen työväline ja myös organisaation kehittämisen työväline. Suositukset tukevat näyttöön perustuvien toimintamallien käyttöönottoa. Elintapamuutoksen ja omahoidon tukemiseen tarvittaisiin KH-suositus. Tähän koottaisiin valtimotautiriskiä liittyvissä KH-suosituksissa yhteiset elintapaohjauksen suositukset, ja laatisemassa otettaisiin huomioon moniammatillinen, -tieteellinen sekä potilasnäkökulma. Voimaantumisen ja pystyvyyden tunteen lisääntymiseen vaikuttavilla toimintamallien käyttöönotolla voitaisiin tukea omahoitoa laajasti sen kaikilla osa-alueilla. Näin saataisiin pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoitoon merkittävästi lisää vaikuttavuutta.

Suunniteltaessa interventioita, joissa tavoite on KH-suosituksissa olevan tiedon ja suositusten jalkautuminen moniammatilliseksi osaamiseksi, voitaisiin käyttää käyttäytymistieteiden teorioista tehtyjä yhdistelmiä. Viime vuosien tutkimus on tuottanut yhä parempaa tietoa menetelmien soveltuvuudesta ja vaikuttavuudesta (French et al., 2012; Huijg, Gebhardt, Crone, Dusseldorp & Pesseau, 2014; Huijg et al., 2014). Näin tehdyn jalkautussuunnitelman perusteella voidaan kohdennetusti ottaa käyttöön vaikuttavaksi todettuja jalkautuksen menetelmiä.

Uusien valtimotautiriskitekijöiden hoidon ja elintapamuutosten tukemisen toimintamallien käyttöönotossa suomalaisessa perusterveydenhuollossa tarvitaan hyvin suunniteltuja monitahoisia interventioita, joiden toteutumista arvioidaan

laajasti. Elintapamuutoksen ja omahoidon potilaslähtöinen tukeminen on moniammatillista tiimityötä. Täten tulevaisuudessa KH-suositusten jalkauttamisen ja sen tutkimuksen tulisi olla moniammatillista ja myös potilaita osallistavaa.

Kiitokset

Tehtyäni pitkän uran yleislääkärinä sain vuonna 2004 mahdollisuuden väitöskirjan tekoon, kun lähdin mukaan terveydenhuollon kehittämistoimintaan. Väitöskirjan tekoprosessi on ollut pitkä, enkä välttämättä joka hetki ole ollut varma siitä, että pääsen maaliin. Näin kuitenkin nyt on tapahtunut ja olen siitä onnellinen ja kiitollinen monelle. Olen matkalla tavannut paljon hienoja ihmisiä, verkostoitunut, saanut uusia työtovereita ja ystäviä.

Kiitän erityisesti toista ohjaajaani, dosentti Kristiina Patjaa. Ilman Kristiinaa en olisi väitöskirjan tekoa aloittanut eikä sitä olisi syntynyt. Kristiina osoitti heti alussa luottamuksensa ”maalaislääkärinä” kohtaan ja vuosien mittaan on viisaasti jaksanut tukea ja potkia eteenpäin. Kiitokseni esitän myös toiselle ohjaajalleni, professori Kari Mattilalle, jonka rooli on ollut työssäni keskeinen. Karilla on riittänyt kärsivällisyyttä ja hän on ystävällisesti vielä eläkkeelle siirtymisensä jälkeen ollut saattamassa väitöskirjatyötäni loppuun.

Professori Martti Taljaa kiitän siitä, että VALTTT-hankkeen alkuvaiheessa minut siihen rekrytoi. Martilla on ollut keskeinen rooli sekä VALTTT- että Ikihyvä-hankkeiden syntymisessä. Martti on ollut koko ajan kiinnostunut siitä missä työssäni menen, ja positiivisesti kannustanut eteenpäin.

Työskennellessäni Asikkalan terveyskeskuksessa sain mahdollisuuden lähteä VALTTT-hankkeeseen ja minua siihen myös kannustettiin. Kiitokset siitä silloiselle esimiehelleni, ylilääkäri Eino Luostariselle.

Dosentti Pilvikki Absetzilla on ollut keskeinen merkitys kehittämistyössä kehitty miseeni. Yhteistyö Pilvikin kanssa monessa eri projektissa on johtanut oivalluksin ja ajattelutapani muutoksiin.

Kiitän osajulkaisuissani mukana olleita kirjoittajia, ylilääkäri Vesa Ilvesmäkeä, lehtori Riitta Airotaa ja erityisesti dosentti Piia Jallinojaa, jolta opin paljon tieteelliseen kirjoittamiseen liittyen.

Viime vuosina työskennellessäni Päijät-Hämeen perusterveydenhuollon yksikössä olen saanut merkittävää tukea esimieheltäni, ylilääkäri Risto Raivioilta, josta lämpimät kiitokset. Kiitän myös työtovereitani Sari Hokkasta, Anna Päätaloa ja Erja Oksmania vierellä kulkemisesta ja tuesta vuosien mittaan.

Väitöskirjani esitarkastajia, professori Marita Poskipartaa ja dosentti Päivi Korhosta kiitän rakentavista kommenteista, jotka auttoivat kirjan saattamisessa lopulliseen muotoonsa.

Monella muullakin ihmisellä on ollut vaikutusta väitöskirjani syntyyn. Teitä kaikkia en voi tässä nimetä, osoitan kuitenkin kaikille lämpimät kiitokseni.

Kesällä 2004 hyppy kliinisestä työstä väitöskirjan tekijäksi arvelutti kovasti ja mökkisaunan terassilla tästä vaimoni Päivin kanssa keskustelimme. Päivi rohkaisi minua lähtemään tälle matkalle. Rakkaat kiitokset siitä ja kannustuksesta vuosien mittaan! Perhe on kaiken takana, kiitokset siis Mikael, Henriikka, Sofina sekä Joonas ja Kaisu! Kielentarkastaja Henriikalle erityiskiitos!

Väitöskirjatyöhöni olen saanut taloudellista tukea apurahojen muodossa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymältä sekä Suomen Kulttuurirahaston Päijät-Hämeen rahastolta.

Asikkalan Rutalahdessa sateisena heinäkuun päivänä vuonna 2015

Kirjallisuus

- Abildsnes, E., Walseth, L. T., Flottorp, S. A., & Stensland, P. S. (2011). Lifestyle consultation in general practice--the doctor's toolbox: A qualitative focus group study. *Family Practice, 28*(2), 220-225.
- Absetz, P. (2010). Miten ohjaan ja motivoin elintapamuutokseen? *Terveydenhoitaja-Hälsövärdaren, (1)*, 8-12.
- Absetz, P. (2009). Elämäntapaohjausta voi tehostaa tavoitteellisella toimintamallilla. *Tessa-Sosiaali- Ja Terveyspoliittinen Aikakauslehti, (2)*, 16-17.
- Absetz, P., & Hankonen, N. (2011). Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. *Duodecim; Lääketieteellinen Aikakauskirja, 127*(21), 2265-2272.
- Absetz, P., Oldenburg, B., Hankonen, N., Valve, R., Heinonen, H., Nissinen, A., . . . Uutela, A. (2009). Type 2 diabetes prevention in the real world: Three-year results of the GOAL lifestyle implementation trial. *Diabetes Care, 32*(8), 1418-1420.
- Absetz, P., & Patja, K. (2008). Ennaltaehkäisyn kehittäminen Päijät-Hämeen terveydenhuollossa: Interventiot osana Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimus- ja kehittämishanketta. *Päijät-Hämeen Sosiaali- Ja Terveystyhtymän Julkaisuja, 68*
- Absetz, P., Valve, R., Oldenburg, B., Heinonen, H., Nissinen, A., Fogelholm, M., . . . Uutela, A. (2007). Type 2 diabetes prevention in the "real world": One-year results of the GOAL implementation trial. *Diabetes Care, 30*(10), 2465-2470.
- Alanen, S. (2009). *Implementing an evidence-based hypertension guideline into finnish primary care nursing*
- Alanen, S., Kaila, M., Valimäki, M., & ECCE Study Group. (2009). Attitudes toward guidelines in Finnish primary care nursing: A questionnaire survey. *Worldviews on Evidence-Based Nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing, 6*(4), 229-236.

- Alanen, S., Valimaki, M., Kaila, M., & for the ECCE Study Group*. (2009). Nurses' experiences of guideline implementation: A focus group study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(18), 2613-2621
- Amemori, M., Korhonen, T., Michie, S., Murtooma, H., & Kinnunen, T. H. (2013). Implementation of tobacco use cessation counseling among oral health professionals in Finland. *Journal of Public Health Dentistry*, 73(3), 230-236.
- Anderson, R. M., & Funnell, M. M. (2010). Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*, 79(3), 277-282.
- Baker, R., Reddish, S., Robertson, N., Hearnshaw, H., & Jones, B. (2001). Randomised controlled trial of tailored strategies to implement guidelines for the management of patients with depression in general practice. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 51(470), 737-741.
- Barclay, S., Todd, C., Finlay, I., Grande, G., & Wyatt, P. (2002). Not another questionnaire! maximizing the response rate, predicting non-response and assessing non-response bias in postal questionnaire studies of GPs. *Family Practice*, 19(1), 105-111.
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *Lancet*, 380(9836), 37-43.
- Beaulieu, M. D., Talbot, Y., Jadad, A. R., & Xhignesse, M. (2000). Enhancing prevention in primary care: Are interventions targeted towards consumers' and providers' perceived needs? *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 3(4), 253-262.
- Bensing, J. (2000). Bridging the gap. the separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 17-25.
- Berra, K. (2011). Does nurse case management improve implementation of guidelines for cardiovascular disease risk reduction? *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(2), 145-167.
- Birken, S. A., Presseau, J., Ellis, S. D., Gerstel, A. A., & Mayer, D. K. (2014). Potential determinants of health-care professionals inverted question mark use of survivorship care plans: A qualitative study using the theoretical domains framework. *Implementation Science : IS*, 9(1), 167.

- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 288(14), 1775-1779.
- Bostrom, A., Kajermo, K. N., Nordstrom, G., & Wallin, L. (2008). Barriers to research utilization and research use among registered nurses in the care of older people: Does the BARRIERS scale discriminate between research users and non-research users on perceptions of barriers? *Implementation Science*, 3(24)
- Bostrom, J., & Wise, L. (1994). Closing the gap between research and practice. *The Journal of Nursing Administration*, 24(5), 22-27.
- Boutayeb, A., & Boutayeb, S. (2005). The burden of non communicable diseases in developing countries. *International Journal for Equity in Health*, 4(1), 2.
- Boyd, C. M., Darer, J., Boulton, C., Fried, L. P., Boulton, L., & Wu, A. W. (2005). Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: Implications for pay for performance. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 294(6), 716-724.
- Brotans, C., Björkelund, C., Bulc, M., Ciurana, R., Godycki-Cwirko, M., Jurgova, E., . . . Vuchak, J. (2005). Prevention and health promotion in clinical practice: The views of general practitioners in europe. *Preventive Medicine*, 40(5), 595-601.
- Brusamento, S., Legido-Quigley, H., Panteli, D., Turk, E., Knai, C., Saliba, V., . . . Busse, R. (2012). Assessing the effectiveness of strategies to implement clinical guidelines for the management of chronic diseases at primary care level in EU member states: A systematic review. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 107(2-3), 168-183.
- Buchan, J., & Calman, L. (2004). Skill-mix and policy change in the health workforce:Nurses in advanced roles. *OECD Health Working Papers, DELSA/ELSA/WD/HEA*, 8
- Bunimov, N., & Laneuville, O. (2013). Antiplatelet therapies: Aspirin at the heart of new directions. *Cardiovascular & Hematological Disorders Drug Targets*, 13(3), 173-184.
- Burgers, J. S., Grol, R., Klazinga, N. S., Makela, M., Zaat, J., & AGREE Collaboration. (2003). Towards evidence-based clinical practice: An international survey of 18 clinical guideline programs. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 15(1), 31-45.

- Burgers, J. S., & van Everdingen, J. J. (2004). Evidence-based guideline development in the Netherlands: The EBRO platform. [Evidence-based richtlijnontwikkeling in Nederland: het EBRO-platform] *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 148(42), 2057-2059.
- Cabezas, C., Advani, M., Puente, D., Rodriguez-Blanco, T., Martin, C., & ISTAPS Study Group. (2011). Effectiveness of a stepped primary care smoking cessation intervention: Cluster randomized clinical trial (ISTAPS study). *Addiction (Abingdon, England)*, 106(9), 1696-1706.
- Carlsen, B., Glenton, C., & Pope, C. (2007). Thou shalt versus thou shalt not: A meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 57(545), 971-978.
- Cartwright, A. (1978). Professionals as responders: Variations in and effects of response rates to questionnaires, 1961-77. *British Medical Journal*, 2(6149), 1419-1421.
- Choma, N. N., Huang, R. L., Dittus, R. S., Burnham, K. E., & Roumie, C. L. (2009). Quality improvement initiatives improve hypertension care among veterans. *Circulation. Cardiovascular Quality and Outcomes*, 2(4), 392-398.
- Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C., & Wagner, E. H. (2009). Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Affairs (Project Hope)*, 28(1), 75-85.
- Cornuz, J., Ghali, W. A., Di Carlantonio, D., Pecoud, A., & Paccaud, F. (2000). Physicians' attitudes towards prevention: Importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. *Family Practice*, 17(6), 535-540.
- Cox, M. E., Yancy, W. S., Jr, Coffman, C. J., Ostbye, T., Tulsy, J. A., Alexander, S. C., . . . Pollak, K. I. (2011). Effects of counseling techniques on patients' weight-related attitudes and behaviors in a primary care clinic. *Patient Education and Counseling*, 85(3), 363-368.
- Cummings, G. G., Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., Wallin, L., & Hayduk, L. (2007). Influence of organizational characteristics and context on research utilization. *Nursing Research*, 56(4 Suppl), S24-39.
- Davies, B., Edwards, N., Ploeg, J., & Virani, T. (2008). Insights about the process and impact of implementing nursing guidelines on delivery of care in hospitals and community settings. *BMC Health Services Research*, 8, 29.

- Davies, P., Walker, A. E., & Grimshaw, J. M. (2010). A systematic review of the use of theory in the design of guideline dissemination and implementation strategies and interpretation of the results of rigorous evaluations. *Implementation Science : IS*, 5(14).
- Davis, D., Evans, M., Jadad, A., Perrier, L., Rath, D., Ryan, D., . . . Zwarenstein, M. (2003). The case for knowledge translation: Shortening the journey from evidence to effect. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 327(7405), 33-35.
- De Smedt, A., Buyl, R., & Nyssen, M. (2006). Evidence-based practice in primary health care. *Studies in Health Technology and Informatics*, 124, 651-656.
- Eddy, D. M., Adler, J., Patterson, B., Lucas, D., Smith, K. A., & Morris, M. (2011). Individualized guidelines: The potential for increasing quality and reducing costs. *Annals of Internal Medicine*, 154(9), 627-634.
- Edwards, P., Roberts, I., Clarke, M., DiGuseppi, C., Pratap, S., Wentz, R., . . . Cooper, R. (2007). Methods to increase response rates to postal questionnaires. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2)(2).
- Elovainio, M., Eccles, M., & Mäkelä, M. (1999). Attitudes towards guidelines and a scale for measuring them. In T. Thorsen, & M. Mäkelä (Eds.), *Changing professional practice. theory and practice of clinical guidelines implementation* (pp. 153-167). Copenhagen: DSI.
- Elovainio, M., Makela, M., Sinervo, T., Kivimaki, M., Eccles, M., & Kahan, J. (2000). Effects of job characteristics, team climate, and attitudes towards clinical guidelines. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28(2), 117-122.
- Estabrooks, C. A. (1999). The conceptual structure of research utilization. *Research in Nursing & Health*, 22(3), 203-216.
- Estabrooks, C. A., Floyd, J. A., Scott-Findlay, S., O'Leary, K. A., & Gushta, M. (2003). Individual determinants of research utilization: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 43(5), 506-520.
- Farmer, A. P., Legare, F., Turcot, L., Grimshaw, J., Harvey, E., McGowan, J. L., & Wolf, F. (2008). Printed educational materials: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (3)(3).
- Field, M. J., & Lohr, K. N. (Eds.). (1990). *Clinical practice guidelines: Directions for a new program*. Washington DC: Institute of Medicine, Washington, DC: National Academy Press.

- Fleming, P., & Godwin, M. (2008). Lifestyle interventions in primary care: Systematic review of randomized controlled trials. *Canadian Family Physician / Medecin De Famille Canadien*, 54(12), 1706-1713.
- Flottorp, S., Håvelsrud, K., & Oxman, A. D. (2003). Process evaluation of a cluster randomized trial of tailored interventions to implement guidelines in primary care--why is it so hard to change practice? *Family Practice*, 20(3), 333-9.
- Fogelholm, M., Valve, R., Absetz, P., Heinonen, H., Uutela, A., Patja, K., . . . Talja, M. (2006). Rural-urban differences in health and health behaviour: A baseline description of a community health-promotion programme for the elderly. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(6), 632-640.
- Forsetlund, L., Bjordal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brien, M. A., Wolf, F., . . . Oxman, A. D. (2009). Continuing education meetings and workshops: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (2)(2).
- Fortin, M., Contant, E., Savard, C., Hudon, C., Poitras, M. E., & Almirall, J. (2011). Canadian guidelines for clinical practice: An analysis of their quality and relevance to the care of adults with comorbidity. *BMC Family Practice*, 12, 74.
- Francke, A. L., Smit, M. C., de Veer, A. J., & 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.
- French, S. D., Green, S. E., O'Connor, D. A., McKenzie, J. E., Francis, J. J., Michie, S., . . . Grimshaw, J. M. (2012). Developing theory-informed behaviour change interventions to implement evidence into practice: A systematic approach using the theoretical domains framework. *Implementation Science : IS*, 7, 38.
- French, S. D., McKenzie, J. E., O'Connor, D. A., Grimshaw, J. M., Mortimer, D., Francis, J. J., . . . Green, S. E. (2013). Evaluation of a theory-informed implementation intervention for the management of acute low back pain in general medical practice: The IMPLEMENT cluster randomised trial. *PloS One*, 8(6).
- Fretheim, A., Oxman, A. D., Havelrud, K., Treweek, S., Kristoffersen, D. T., & Bjordal, A. (2006). Rational prescribing in primary care (RaPP): A cluster randomized trial of a tailored intervention. *PLoS Medicine*, 3(6).

- Fuller, C., Besser, S., Savage, J., McAteer, J., Stone, S., & Michie, S. (2014). Application of a theoretical framework for behavior change to hospital workers' real-time explanations for noncompliance with hand hygiene guidelines. *American Journal of Infection Control*, 42(2), 106-110.
- Gagnon, M. P., Labarthe, J., Legare, F., Ouimet, M., Estabrooks, C. A., Roch, G., . . . Grimshaw, J. (2011). Measuring organizational readiness for knowledge translation in chronic care. *Implementation Science : IS*, 6, 72.
- Geense, W. W., van de Glind, I. M., Visscher, T. L., & van Achterberg, T. (2013). Barriers, facilitators and attitudes influencing health promotion activities in general practice: An explorative pilot study. *BMC Family Practice*, 14, 20
- Gerhardt, W. E., Schoettker, P. J., Donovan, E. F., Kotagal, U. R., & Muething, S. E. (2007). Putting evidence-based clinical practice guidelines into practice: An academic pediatric center's experience. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety / Joint Commission Resources*, 33(4), 226-235.
- Gifford, W., Davies, B., Edwards, N., & Graham, I. (2006). Leadership strategies to influence the use of clinical practice guidelines. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*, 19(4), 72-88.
- Godin, G., Belanger-Gravel, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (2008). Healthcare professionals' intentions and behaviours: A systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implementation Science : IS*, 3, 36.
- Goldstein, M. G., Whitlock, E. P., DePue, J., & Planning Committee of the Addressing Multiple Behavioral Risk Factors in Primary Care Project. (2004). Multiple behavioral risk factor interventions in primary care. summary of research evidence. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(2 Suppl), 61-79.
- Goldstein, M. K., Lavori, P., Coleman, R., Advani, A., & Hoffman, B. B. (2005). Improving adherence to guidelines for hypertension drug prescribing: Cluster-randomized controlled trial of general versus patient-specific recommendations. *The American Journal of Managed Care*, 11(11), 677-685.
- Goossens, A., Bossuyt, P. M., & Haan, R. J. d. (2008). Physicians and nurses focus on different aspects of guidelines when deciding whether to adopt them: An application of conjoint analysis. *Med Decis Making*, 28(1), 138-45.
- Graham, I., Atar, D., Borch-Johnsen, K., Boysen, G., Burell, G., Cifkova, R., . . . European Atherosclerosis Society (EAS). (2007). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: fourth joint task force of

the European society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation : Official Journal of the European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology & Prevention and Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology*, 14 (Suppl 2), S1-113.

- Grant, A. M., Niyonsenga, T., Dion, I., Delisle, E., Xhignesse, M., & Bernier, R. (1998). Cardiovascular disease. Physician attitudes toward prevention and treatment. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 44, 780-787.
- Grimshaw, J., Thomas, R., MacLennan, G., Fraser, C., & Ramsay, C. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, 8(6), 1-72.
- Grol, R. (1992). Implementing guidelines in general practice care. *Quality in Health Care : QHC*, 1(3), 184-191.
- Grol, R. (1997). Personal paper. beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 315(7105), 418-421.
- Grol, R. (2001). Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Medical Care*, 39(8 Suppl 2), II46-54.
- Grol, R., & Buchan, H. (2006). Clinical guidelines: What can we do to increase their use? *The Medical Journal of Australia*, 185(6), 301-302.
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362(9391), 1225-1230.
- Grol, R., Thomas, S., & Roberts, R. (1995). Development and implementation of guidelines for family practice: Lessons from the Netherlands. *The Journal of Family Practice*, 40(5), 435-439.
- Grol, R., & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Med J Aust.*, 180(6 Suppl), 57-60.
- Gupta, L., Ward, J. E., & Hayward, R. S. (1997). Clinical practice guidelines in general practice: A national survey of recall, attitudes and impact. *The Medical Journal of Australia*, 166(2), 69-72.

- Hankonen, N. (2011). *Psychosocial processes of health behaviour change in a lifestyle intervention. Influences of gender, socioeconomic status and personality*
- Harrison, S., Dowswell, G., & Wright, J. (2002). Practice nurses and clinical guidelines in a changing primary care context: An empirical study. *J Adv Nurs*, 39(3), 299-307.
- Hoare, K. J., Steele, J., Ram, F. S., & Arroll, B. (2008). Evidence-based resource use by practice nurses in the greater Auckland region of New Zealand. *The New Zealand Medical Journal*, 121(1283), 51-58.
- Hoebcke, R. E. (2008). Cardiovascular disease prevention in women: The role of the nurse practitioner in primary care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 20(3), 297-304.
- Huijg, J. M., Gebhardt, W. A., Crone, M. R., Dusseldorp, E., & Pesseu, J. (2014). Discriminant content validity of a theoretical domains framework questionnaire for use in implementation research. *Implementation Science : IS*, 9, 11.
- Huijg, J. M., Gebhardt, W. A., Dusseldorp, E., Verheijden, M. W., van der Zouwe, N., Middelkoop, B. J., & Crone, M. R. (2014). Measuring determinants of implementation behavior: Psychometric properties of a questionnaire based on the theoretical domains framework. *Implementation Science : IS*, 9, 33
- Hukkanen, E., & Vallimies-Patomäki, M. (2005). Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. *Sosiaali- Ja Terveysministeriön Selvityksiä*, (21)
- Humphris, D. (2007). Multiprofessional working, interprofessional learning and primary care: A way forward? *Contemporary Nurse : A Journal for the Australian Nursing Profession*, 26(1), 48-55.
- Jacobsen, E. T., Rasmussen, S. R., Christensen, M., Engberg, M., & Lauritzen, T. (2005). Perspectives on lifestyle intervention: The views of general practitioners who have taken part in a health promotion study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(1), 4-10.
- Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A., & Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(4), 244-249.

- Jallinoja, P., Kuronen, R., Absetz, P., & Patja, K. (2006). Lääkehoidon, elintapahoidon ja ryhmäneuvonnan asema elintapasairauksien hoidossa - tutkimus lääkäreiden ja hoitajien näkemyksistä Päijät-Hämeessä *Suom Laakaril*, 61(37), 3747-3751.
- James, P. A., Cowan, T. M., Graham, R. P., & Majeroni, B. A. (1997). Family physicians' attitudes about and use of clinical practice guidelines. *The Journal of Family Practice*, 45(4), 341-347.
- Jamtvedt, G., Young, J. M., Kristoffersen, D. T., O'Brien, M. A., & Oxman, A. D. (2006). Audit and feedback: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (2)(2).
- Jarvis, J., Skinner, T. C., Carey, M. E., & Davies, M. J. (2010). How can structured self-management patient education improve outcomes in people with type 2 diabetes? *Diabetes, Obesity & Metabolism*, 12(1), 12-19.
- Johansson, H., Stenlund, H., Lundstrom, L., & Weinehall, L. (2010). Reorientation to more health promotion in health services - a study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 3, 213-224.
- Joseph, A. M., Arikian, N. J., An, L. C., Nugent, S. M., Sloan, R. J., Pieper, C. F., & GIFT Research Group. (2004). Results of a randomized controlled trial of intervention to implement smoking guidelines in veterans affairs medical centers: Increased use of medications without cessation benefit. *Medical Care*, 42(11), 1100-1110.
- Kardakis, T., Weinehall, L., Jerden, L., Nystrom, M. E., & Johansson, H. (2013). Lifestyle interventions in primary health care: Professional and organizational challenges. *European Journal of Public Health*.
- Kengne, A. P., Awah, P. K., Fezeu, L. L., Sobngwi, E., & Mbanya, J. C. (2009). Primary health care for hypertension by nurses in rural and urban Sub-Saharan Africa. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich, Conn.)*, 11(10), 564-572.
- Ketola, E., Mäntyranta, T., Mäkinen, R., Voipio-Pulkki, L., Kaila, M., Tulonen-Tapio, J., . . . Komulainen, J. (2006). *HOITOSUOSITUKSESTA hoitoketjuksi- opas hoitoketjujen laadintaan ja toimeenpanoon*. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

- Kiessling, A., & Henriksson, P. (2002). Efficacy of case method learning in general practice for secondary prevention in patients with coronary artery disease: Randomised controlled study. *BMJ*, *325*(7369), 877-80.
- Kiuru, P., Poskiparta, M., Kettunen, T., Saltevo, J., & Liimatainen, L. (2004). Advice-giving styles by Finnish nurses in dietary counseling concerning type 2 diabetes care. *Journal of Health Communication*, *9*(4), 337-354.
- Knai, C., Nolte, E., Brunn, M., Elissen, A., Conklin, A., Pedersen, J. P., . . . Soennichsen, A. (2013). Reported barriers to evaluation in chronic care: Experiences in six European countries. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, *110*(2-3), 220-228.
- Komulainen, J., Honkanen, M., Malmivaara, A., & Sipilä, R. (Eds.). (2012). *Hoitosuosituustyöryhmien käsikirja* Duodecim.
- Kortteisto, T., Kaila, M., Komulainen, J., Mantyranta, T., & Rissanen, P. (2010). Healthcare professionals' intentions to use clinical guidelines: A survey using the theory of planned behaviour. *Implementation Science : IS*, *5*, 51.
- Kotseva, K., Wood, D., De Backer, G., De Bacquer, D., Pyorala, K., Keil, U., & EUROASPIRE Study Group. (2009). Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: A comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *Lancet*, *373*(9667), 929-940.
- Kryworuchko, J., Stacey, D., Bai, N., & Graham, I. D. (2009). Twelve years of clinical practice guideline development, dissemination and evaluation in Canada (1994 to 2005). *Implementation Science : IS*, *4*, 49.
- Lambe, B., & Collins, C. (2010). A qualitative study of lifestyle counselling in general practice in Ireland. *Family Practice*, *27*(2), 219-223.
- Landrum, B. J. (1998). Marketing innovations to nurses, part 2: Marketing's role in the adoption of innovations. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing : Official Publication of the Wound, Ostomy and Continence Nurses Society / WOCN*, *25*(5), 227-232.
- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., & Sibbald, B. (2005). Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, *(2)*(2).

- Legare, F., Boivin, A., van der Weijden, T., Pakenham, C., Tapp, S., & Burgers, J. (2009). A knowledge synthesis of patient and public involvement in clinical practice guidelines: Study protocol. *Implementation Science : IS*, 4, 30.
- Legido-Quigley, H., Panteli, D., Brusamento, S., Knai, C., Saliba, V., Turk, E., . . . Busse, R. (2012). Clinical guidelines in the European union: Mapping the regulatory basis, development, quality control, implementation and evaluation across member states. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 107(2-3), 146-156.
- Lehtomäki, L. (2009). *Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi*
- Lugtenberg, M., Burgers, J. S., Besters, C. F., Han, D., & Westert, G. P. (2011). Perceived barriers to guideline adherence: A survey among general practitioners. *BMC Family Practice*, 12(1), 98.
- Lugtenberg, M., Zegers-van Schaick, J. M., Westert, G. P., & Burgers, J. S. (2009). Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? an analysis of barriers among Dutch general practitioners. *Implementation Science : IS*, 4, 54.
- Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos (2014). *Suomen Lääketilasto 2013*. Helsinki.
- Marchionni, C., & Ritchie, J. (2008). Organizational factors that support the implementation of a nursing best practice guideline. *Nurs Manag*, 16(3), 266-74.
- Mazza, D., Chapman, A., & Michie, S. (2013). Barriers to the implementation of preconception care guidelines as perceived by general practitioners: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13, 36.
- Mazza, D., & Russell, S. J. (2001). Are GPs using clinical practice guidelines? *Australian Family Physician*, 30(8), 817-821.
- McAvoy, B. R., & Kaner, E. F. (1996). General practice postal surveys: A questionnaire too far? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 313(7059), 732-733; discussion 733-734.
- McAvoy, B. R., Kaner, E. F., Lock, C. A., Heather, N., & Gilvarry, E. (1999). Our healthier nation: Are general practitioners willing and able to deliver? A survey of attitudes to and involvement in health promotion and lifestyle counselling. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 49(440), 187-190.

- Meijers, J. M., Janssen, M. A., Cummings, G. G., Wallin, L., Estabrooks, C. A., & Y G Halfens, R. (2006). Assessing the relationships between contextual factors and research utilization in nursing: Systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(5), 622-635.
- Meriranta, P. (2009). *Kohonneen verenpaineen hoito. Hyvää hoitoa etsimässä.*
- Michie, S., Johnston, M., Abraham, C., Lawton, R., Parker, D., & Walker, A. (2005). Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: A consensus approach. *Qual Saf Health Care*, 14(1), 26-33.
- Miilunpalo, S., Laitakari, J., & Vuori, I. (1995a). Strengths and weaknesses in health counseling in finnish primary health care. *Patient Education and Counseling*, 25(3), 317-328.
- Miilunpalo, S., Laitakari, J., & Vuori, I. (1995b). Strengths and weaknesses in health counseling in finnish primary health care. *Patient Education and Counseling*, 25(3), 317-328.
- Miilunpalo, S., Toropainen, E., & Moisio, P. (2001). Implementation of guidelines in primary health care. A challenge for the municipal health centres in Finland. *Scand J Prim Health Care*, 19(4), 227-231.
- Moody-Thomas, S., Celestin, M. D., Jr, Tseng, T. S., & Horswell, R. (2013). Patient tobacco use, quit attempts, and perceptions of healthcare provider practices in a safety-net healthcare system. *The Ochsner Journal*, 13(3), 367-374.
- Murphy, K., O'Connor, D. A., Browning, C. J., French, S. D., Michie, S., Francis, J. J., . . . Green, S. E. (2014). Understanding diagnosis and management of dementia and guideline implementation in general practice: A qualitative study using the theoretical domains framework. *Implementation Science : IS*, 9, 31.
- Mustajoki, P. (2008). Tekniikka-osaaminen 6-0. *Duodecim; Laaketieteellinen Aikakauskirja*, 124(14), 1678-1679.
- Mutasingwa, D. R., Ge, H., & Upshur, R. E. (2011). How applicable are clinical practice guidelines to elderly patients with comorbidities? *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 57(7), 253-262.
- Myint, P. K., Luben, R. N., Wareham, N. J., Bingham, S. A., & Khaw, K. T. (2009). Combined effect of health behaviours and risk of first ever stroke in 20,040 men and women over 11 years' follow-up in Norfolk cohort of European

- prospective investigation of cancer (EPIC Norfolk): Prospective population study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 338, b349.
- Myllymaki, K. (2004). Challenges in Finnish primary health care. *Scand J Prim Health Care*, 22(4), 195.
- Mäkelä, M., & Kaila, M. (2005). Tunnista hyvä hoitosuositus AGREE-lomakkeen avulla. *Suom Lääkäril*, 60(4), 423-5.
- Mäntyranta, T., Kaila, M., Varonen, H., Mäkelä, M., Roine, R. P., & Lappalainen, J. (Eds.). (2003). *Hoitosuositusten toimeenpano* Suomalainen Lääkärisseura Duodecim.
- Nummenmaa, J. (2007). *Näyttöön perustuvat hoitosuositukset ja yleislääkärin työ*
- O'Brien, M. A., Rogers, S., Jamtvedt, G., Oxman, A. D., Odgaard-Jensen, J., Kristoffersen, D. T., . . . Harvey, E. L. (2007). Educational outreach visits: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (4)(4).
- O'Donnell, C. A. (2004). Attitudes and knowledge of primary care professionals towards evidence-based practice: A postal survey. *J Eval Clin Pract.*, 10(2), 197-205.
- Oranta, O., Routasalo, P., & Hupli, M. (2002). Barriers to and facilitators of research utilization among Finnish registered nurses. *J Clin Nurs*, 11(2), 205-213.
- Oxman, A., Thomson, M., Davis, D. A., & Haynes, B. (1995). No magic bullets: A systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Can Med Assoc J*, 153(10), 1423-1431.
- Ploeg, J., Davies, B., Edwards, N., Gifford, W., & Miller, P. (2007). Factors influencing best-practice guideline implementation: Lessons learned from administrators, nursing staff, and project leaders. *Worldviews Evid Based Nurs.*, 4(4), 210-9.
- Porcheret, M., Main, C., Croft, P., McKinley, R., Hassell, A., & Dziedzic, K. (2014). Development of a behaviour change intervention: A case study on the practical application of theory. *Implementation Science : IS*, 9(1), 42.

- Poskiparta, M., Kasila, K., Kettunen, T., & Kiuru, P. (2004). Tyypin 2 diabeetikoiden liikuntaneuvonta perusterveydenhuollon lääkäreiden ja hoitajien vastaanotolla. *Suom Laakaril*, 59(14), 1491-1495.
- Poskiparta, M., Kasila, K., & Kiuru, P. (2006). Dietary and physical activity counselling on type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary healthcare in Finland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24(4), 206-210.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion : AJHP*, 12(1), 38-48.
- Robertson, N., Baker, R., & Hearnshaw, H. (1996). Changing the clinical behavior of doctors: A psychological framework. *Quality in Health Care : QHC*, 5(1), 51-54.
- Rogers, E. M. (Ed.). (1995). *Diffusion of innovations*. New York: The Free Press.
- Rolfe, G., Segrott, J., & Jordan, S. (2008). Tensions and contradictions in nurses' perspectives of evidence-based practice. *Journal of Nursing Management*, 16(4), 440-451.
- Routasalo, P., & Pitkälä, K. (Eds.). (2009). *Omboidon tukeminen, opas terveydenhuollon ammattilaisille*. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 312(7023), 71-72.
- Salter, K. L., & Kothari, A. (2014). Using realist evaluation to open the black box of knowledge translation: A state-of-the-art review. *Implementation Science : IS*, 9(1), 115.
- Sargent, G. M., Forrest, L. E., & Parker, R. M. (2012). Nurse delivered lifestyle interventions in primary health care to treat chronic disease risk factors associated with obesity: A systematic review. *Obesity Reviews : An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 13(12), 1148-1171.
- Schuster, M. A., McGlynn, E. A., & Brook, R. H. (1998). How good is the quality of health care in the United States? *The Milbank Quarterly*, 76(4), 517-563.

- Schuster, R. J., Tasosa, J., & Terwoord, N. A. (2008). Translational research--implementation of NHLBI obesity guidelines in a primary care community setting: The physician obesity awareness project. *The Journal of Nutrition, Health & Aging, 12*(10), 764-769.
- Scott, S. D., Estabrooks, C. A., Allen, M., & Pollock, C. (2008). A context of uncertainty: How context shapes nurses' research utilization behaviors. *Qualitative Health Research, 18*(3), 347-357.
- Shojania, K. G., Jennings, A., Mayhew, A., Ramsay, C., Eccles, M., & Grimshaw, J. (2010). Effect of point-of-care computer reminders on physician behaviour: A systematic review. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal = Journal De L'Association Medicale Canadienne, 182*(5), 216-225.
- Silwer, L., Wahlstrom, R., & Lundborg, C. S. (2010a). Views on primary prevention of cardiovascular disease--an interview study with swedish GPs. *BMC Family Practice, 11*, 44.
- Silwer, L., Wahlstrom, R., & Lundborg, C. S. (2010b). Views on primary prevention of cardiovascular disease--an interview study with Swedish GPs. *BMC Family Practice, 11*, 44.
- Sipila, R., Ketola, E., Tala, T., & Kumpusalo, E. (2008). Facilitating as a guidelines implementation tool to target resources for high risk patients - the Helsinki prevention programme (HPP). *Journal of Interprofessional Care, 22*(1), 31-44.
- Siriwardena, A. N. (1995). Clinical guidelines in primary care: A survey of general practitioners' attitudes and behaviour. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners, 45*(401), 643-647.
- Smith, L., Walker, A., & Gilhooly, K. (2004). Clinical guidelines of depression: A qualitative study of GPs' views. *The Journal of Family Practice, 53*(7), 556-561.
- Squires, J. E., Estabrooks, C. A., Gustavsson, P., & Wallin, L. (2011). Individual determinants of research utilization by nurses: A systematic review update. *Implementation Science : IS, 6*, 1.
- Squires, J. E., Hutchinson, A. M., Bostrom, A. M., O'Rourke, H. M., Cobban, S. J., & Estabrooks, C. A. (2011). To what extent do nurses use research in clinical practice? A systematic review. *Implementation Science : IS, 6*, 21.
- Steinman, M. A., Sudore, R. L., Peterson, C. A., Harlow, J. B., & Fried, T. R. (2012). Influence of patient age and comorbid burden on clinician attitudes

- toward heart failure guidelines. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 10(3), 211-218.
- Step toe, A., Doherty, S., Kendrick, T., Rink, E., & Hilton, S. (1999). Attitudes to cardiovascular health promotion among GPs and practice nurses. *Family Practice*, 16(2), 158-163.
- Step toe, A., Perkins-Porras, L., McKay, C., Rink, E., Hilton, S., & Cappuccio, F. P. (2003). Behavioural counselling to increase consumption of fruit and vegetables in low income adults: Randomised trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 326(7394), 855-858.
- Stetler, C. B. (1985). Research utilization: Defining the concept. *Image--the Journal of Nursing Scholarship*, 17(2), 40-44.
- Steyn, K., Lombard, C., Gwebushe, N., Fourie, J. M., Everett-Murphy, K., Zwarenstein, M., & Levitt, N. S. (2013). Implementation of national guidelines, incorporated within structured diabetes and hypertension records at primary level care in cape town, south africa: A randomised controlled trial. *Global Health Action*, 6, 20796.
- St-Pierre, I., Davies, B., Edwards, N., & Griffin, P. (2007). Policies and procedures: A tool to support the implementation of clinical guidelines? *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, 20(4), 63-78.
- Stroebel, R. J., Broers, J. K., Houle, S. K., Scott, C. G., & Naessens, J. M. (2000). Improving hypertension control: A team approach in a primary care setting. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 26(11), 623-632.
- Sumanen, M., Virjo, I., Hyppölä, H., Halila, H., Kumpusalo, E., Kujala, S., . . . Mattila, K. (2008). Use of quality improvement methods in Finnish health centres in 1998 and 2003. *Scand J Prim Health Care.*, 26(1), 12-16.
- Thompson, D., Estabrooks, C., Scott-Findlay, S., Moore, K., & Wallin, L. (2007). Interventions aimed at increasing research use in nursing: A systematic review. *Implement Sci*, 2, 15.
- Thomson O'Brien, M. A., Freemantle, N., Oxman, A. D., Wolf, F., Davis, D. A., & Herrin, J. (2001). Continuing education meetings and workshops: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (2)(2).

- Thomson O'Brien, M. A., Oxman, A. D., Davis, D. A., Haynes, R. B., Freemantle, N., & Harvey, E. L. (2000). Audit and feedback versus alternative strategies: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (2)(2).
- Thomson O'Brien, M. A., Oxman, A. D., Davis, D. A., Haynes, R. B., Freemantle, N., & Harvey, E. L. (2000). Educational outreach visits: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (2)(2).
- Thomson O'Brien, M. A., Oxman, A. D., Haynes, R. B., Davis, D. A., Freemantle, N., & Harvey, E. L. (2000). Local opinion leaders: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (2)(2).
- Tinetti, M. E., Bogardus, S. T., Jr, & Agostini, J. V. (2004). Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *The New England Journal of Medicine*, 351(27), 2870-2874.
- Touze, E., Saillour-Glenisson, F., Durieux, P., Verdier, A., Leyshon, S., Bendavid, S., . . . 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 : Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 18(3), 195-202.
- van de Bovenkamp, H. M., & Trappenburg, M. J. (2009). Reconsidering patient participation in guideline development. *Health Care Analysis : HCA : Journal of Health Philosophy and Policy*, 17(3), 198-216.
- van Weel, C., & Schellevis, F. G. (2006). Comorbidity and guidelines: Conflicting interests. *Lancet*, 367(9510), 550-551.
- Varonen, H., & Makela, M. (1997). Practice guidelines in Finland: Availability and quality. *Quality in Health Care : QHC*, 6(2), 75-79.
- Vermunt, P. W., Milder, I. E., Wielaard, F., Baan, C. A., Schelfhout, J. D., Westert, G. P., & van Oers, H. A. (2012). Implementation of a lifestyle intervention for type 2 diabetes prevention in Dutch primary care: Opportunities for intervention delivery. *BMC Family Practice*, 13, 79.
- Victora, C., Habicht, J., & Bryce, J. (2004). Evidence-based public health: Moving beyond randomized trials. *Am J Public Health*, 94(3), 400-405.

- Voogdt-Pruis, H. R., Van Ree, J. W., Gorgels, A. P., & Beusmans, G. H. (2011a). Adherence to a guideline on cardiovascular prevention: A comparison between general practitioners and practice nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 48(7), 798-807.
- Voogdt-Pruis, H. R., Van Ree, J. W., Gorgels, A. P., & Beusmans, G. H. (2011b). Adherence to a guideline on cardiovascular prevention: A comparison between general practitioners and practice nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 48(7), 798-807.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Affairs (Project Hope)*, 20(6), 64-78.
- Wan, Q., Zwar, N., Vagholkar, S., Campbell, T., & Harris, M. (2010). Cardiovascular absolute risk assessment and management - engagement and outcomes in general practice patients. *Australian Family Physician*, 39(12), 954-958.
- Ware, J. H., & Hamel, M. B. (2011). Pragmatic trials--guides to better patient care? *The New England Journal of Medicine*, 364(18), 1685-1687.
- Watkins, C., Harvey, I., Langley, C., Gray, S., & Faulkner, A. (1999). General practitioners' use of guidelines in the consultation and their attitudes to them. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 49(438), 11-15.
- Weiner, B. J. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science : IS*, 4, 67.
- Weiner, B. J., Amick, H., & Lee, S. Y. (2008). Conceptualization and measurement of organizational readiness for change: A review of the literature in health services research and other fields. *Medical Care Research and Review : MCRR*, 65(4), 379-436.
- Wood, D., Kotseva, K., Connolly, S., Jennings, C., all, A. M. e., & EUROACTION Study Group. (2008). Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: A paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 14(371), 1999-2012.

- Woolf, S. H., Grol, R., Hutchinson, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (1999). Potential benefits, limitations and harms of clinical guidelines. *BMJ*, *318*(7182), 527-530.
- World Health Organization (2011). *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010*. (Geneva: World Health Organization).
- Wyer, P. C., & Silva, S. A. (2009). Where is the wisdom? I--a conceptual history of evidence-based medicine. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *15*(6), 891-898.
- Yano, E. M., Rubenstein, L. V., Farmer, M. M., Chernof, B. A., Mittman, B. S., Lanto, A. B., . . . Sherman, S. E. (2008). Targeting primary care referrals to smoking cessation clinics does not improve quit rates: Implementing evidence-based interventions into practice. *Health Services Research*, *43*(5 Pt 1), 1637-1661.

Liitteet

- Liite 1 Theoretical Domains Framework apukysymykset
- Liite 2 Valtimotautiriskiin liittyvien hoitosuositusten
jalkautusinterventiotutkimukset, PUBMED- haku ajalta 1.1.2003-
31.12.2014
- Liite 3 VALTTI-hankkeen keskeinen sisältö ja toteutus
- Liite 4 Kyselylomake lääkärit 2006
- Liite 5 Kyselylomake hoitajat 2006

Liite 1

Theoretical Domains Framework (TDF) apukysymykset

1. Tieto (knowledge)

- a. tiedättekö suosituksen olemassaolosta / tunnetteko suosituksen
- b. mitä ajattelette suosituksessa sanottavan
- c. mitä ajattelette näytön olevan
- d. tiedättekö, että teidän tulisi toteuttaa x
- e. tiedättekö miksi teidän tulisi toteuttaa x

2. Taidot (skills)

- a. tiedättekö kuinka toteutate x:n
- b. kuinka vaikeaa tai helppoa ajattelette x:n toteutuksen vaaditulle tasolle olevan

3. Sosiaalinen/ammattillinen rooli ja identiteetti (social/professional role)

- a. mikä on hoitosuositusten tarkoitus
- b. mitä ajattelette lähteen uskottavuudesta/luotettavuudesta
- c. tulisiko suositusten määrittellä toimintaanne
- d. onko x:n toteutus sopusoinnussa tai ristiriidassa ammattillisten vaatimusten / ammattillisen identiteettinne kanssa
- e. koskeeko sama (kohdat c ja d) kaikkia mukana olevia ammattiryhmiä

4. Käsitukset valmiuksista, pystyvyys (beliefs about capabilities, self-efficacy)

- a. kuinka vaikeaa tai helppoa teille on toteuttaa x
- b. mitä vaikeuksia olette kohdanneet
- c. mikä voisi auttaa teitä
- d. kuinka luottavaisia olette, että voitte toteuttaa x:n huolimatta vaikeuksista

- e. kuinka taitavia/pystyviä olette ylläpitämään x:ää
- f. kuinka hyvin olette valmistautuneet / kuinka luottavaisin mielin olette x:n toteutuksen suhteen

5. Käsitukset seurauksista (beliefs about consequences)

- a. mitä ajattelette tapahtuvan jos toteutate x:n (itselle, potilaille, työkavereille ja organisaatiolle; positiiviset ja negatiiviset, lyhyen ja pitkän aikavälin seuraukset)
- b. mitä ovat x:n ja sen toteutuksen seurausten kustannukset
- c. mitä ajattelette tapahtuvan jos, ette toteuta x:ää
- d. ylittävätkö x:n toteutuksen edut sen kustannukset
- e. miltä teistä tuntuu jos toteutate tai ette toteuta x:ää
- f. tukeeko näyttö sitä, että x:n toteutus on hyvä asia

6. Motivaatio ja tavoitteet/aikomus (motivation and goals/intention)

- a. missä määrin teillä on halua toteuttaa x
- b. missä määrin koette, että teidän pitäisi toteuttaa x
- c. onko muita asioita, joita haluatte tehdä tai saavuttaa, mutta jotka häiritsevät x:n toteutusta
- d. onko tämä hoitosuositus ristiriidassa jonkun muun hoitosuosituksen kanssa
- e. onko x:n käyttöönotolle kannustimia

7. Muisti, huomio ja päätösprosessit (memory, attention and decision processes)

- a. onko x jotain mitä tavallisesti teette
- b. ajatteletteko toteuttaa x:n
- c. kuinka paljon huomiota pitää kohdentaa x:n toteutukseen
- d. muistatteko toteuttaa x:n, miten?
- e. onko mahdollista, että päätätte olla toteuttamatta x:ää, miksi?

8. Ympäristö ja voimavarat (environmental context and resources)

- a. missä laajuudessa aineelliset tekijät tai resurssit edesauttavat tai estävät x:n toteutusta
- b. onko kilpailevia tehtäviä tai aikarajoitteita
- c. onko varattu riittävästi resurssia niille, joiden odotetaan ryhtyvän toteuttamaan x:ää

9. Sosiaaliset normit ja vaikuttavat tekijät (social influences/norms)

- a. kuinka paljon sosiaaliset tekijät edesauttavat tai estävät x:n toteutusta
- b. oletteko tilanteissa, joissa voitte havainnoida muiden toteuttavan x:ää (roolimallit)

10. Tunne (emotion)

- a. herättääkö x:n toteutus tunnereaktioita, jos niin minkälaisia
- b. missä laajuudessa tunnetekijät edesauttavat tai estävät x:n toteutusta
- c. miten tunne vaikuttaa x:n toteutukseen

11. Toiminnan (käyttäytymisen) säätely (behaviour regulation)

- a. mitä valmistelevia askelia on otettava, jotta x toteutuisi
- b. onko menettely- tai työtapoja, jotka rohkaisisivat x:n toteutukseen

12. Tekojen / tarvittavien toimenpiteiden luonne (nature of the behaviours)

- a. mikä on ehdotettu teko / toimenpide
- b. kenen tulisi tehdä toisin ja mitä, koska, missä, miten, kuinka usein ja kenen kanssa
- c. kuinka tiedätte, että teko / toimenpide on tehty
- d. mitä tällä hetkellä teette / miten tällä hetkellä toimitte
- e. onko tämä uusi käyttäytymismalli vai jo olemassa oleva, jonka tulisi tulla tavaksi
- f. voisiko kontekstia käyttää hyväksi uuden käyttäytymismallin edistämiseksi (ulkoasu, muistutukset, välineistö jne.)
- g. kuinka kauan muutos vie aikaa
- h. onko olemassa tukirakenteita ja järjestelmiä pitkäaikaisen muutoksen ylläpitämiseksi

Liite 2

Valtimotautiriskiin liittyvien hoitosuosituksen jalkautusinterventiotutkimukset, PUBMED- haku ajalta 1.1.2003-31.12.2014. Tutkimukset, joissa raportoitu tuloksia perusterveydenhuolossa tapahtuvasta hoitosuosituksen jalkautusinterventioista hoitajille tai moniammatillisesti.

Kirjoittaja Vuosi ja maa	Hoitosuositus/ Kohde	Tutkimus- asetelma ja seuranta-aika	Pth yksiköt potilaat interv./kontr. kohderyhmä	Interventio			Tulos
				Organisaatio	Ammatilliset	Potilaat	
Choma N. 2009 USA	Hypertensio/ Verenpaineen hoito	EJ, 1 v.	5 8728 lääkärit+hoitajat	Kirjaaminen K AP	K PM	PM Verenpain e- kortti	<140/90 8,6%↑
Goldstein MK 2005 USA	Hypertensio/ Verenpainelääkitys, verenpaineen hoito	EJ, keskim.5kk kaaksi interventiota	6 4500 lääkärit+hoitajat		PM M VK AP (1) em. + potilaskoht. M (2)		Suosituksen mukainen lääkitys ↑ 4%(1), 11%(2) <140/90 2%↑ (1) ja 8%↑ (2)
Kengke AP 2009 Kamerun	Hypertensio/ Verenpaineen hoito	EJ, 4-8 kk	5 454 hoitajat		PM VK		RR↓ 11,77,8
Steyn K, 2013 Etelä-Afrikka	Hypertensio, (T2D)/ Verenpaineen hoito	RKT, 1 v.	9/9 461/459 lääkärit+hoitajat		K PM		Ei muutosta
Frøtheim A 2006 Norja	Hypertensio, Dyslipidemia/ Verenpainelääkitys, kokonaisriskin arvio, verenpaineen ja dyslipidemian hoito	RKT, 1 v	70/69 2184/1968 lääkärit		K VK PM SM AP M	PM	Suosituksen mukainen lääkitys ↑

Sipilä R 2008 Suomi	Hypertensio, Dyslipidemia/ T2D Sydän – ja verisuonitauti preventio	EJ, 2 v	31 lääkärit+hoitajat	Fasilitaattorit "Talon tavat"	K VK PM SM AP	PM SM	Prosessimittarit+ Vaikuttavuus- mittarit+
Schuster RJ 2008 USA	Lihavuus/ Lihavuuden hoito	EJ, 1 v kaksi interventiota	5 641 lääkärit		K VK M AP (1) Em. + sairaskertomuksen "tehmaaminen" (2)		Lihavuuden puhekehoito ja hoidon dokumentointi Painon ja sv-riskien lasku
Cabezas C 2011 Espanja	Tupakointi/ Tupakoinnin lopetus	RKT, 2 v	94/82 1482/1345 lääkärit+hoitajat		VK	Motivoiva haastattelu PM	Interventioyh. mässä lopetettaneita enemmän (8,1% vs. 5,8%)
Joseph AM 2004 USA	Tupakointi/ Tupakoinnin lopetus	RKT, 1 v	20 280/295 lääkärit+hoitajat		PM K VK	PM	Ei eroa. Kirjaaminen ja lääkitys lisääntyivät
Moody-Thomas S 2013 USA	Tupakointi/ Tupakoinnin lopetus, ohjauksen laatu	EJ 6 v	44+29 571+889 lääkärit+hoitajat		PM K AP	PM	Lopetusyritykset, tietoisuus palveluista ↑, lääkitys ↓ 5A käyttö↑
Yano EM 2008 USA	Tupakointi/ Tupakoinnin lopetus ja sen ohjaus	RKT 1v.	9/9 925/1016 lääkärit+hoitajat	Laatu- suunnitelma AP	PM SM K VK AP MV		Ei eroa. Lähteet tupakoinnin lopetus kimikalle!

RKT = randomoitu, kontrolloitu tutkimus

EJ = ennen jälkeä asetelmä

EJK = kontrolloitu ennen jälkeä asetelmä

K = koulutus

VK = vuorovaikuteinen koulutus

PM = painettu materiaali

SM = sähköinen materiaali

AP = auditointi ja palaute

M = muistutus (kirjallinen tai sähköinen)

MV = mielipidevaikuttajat

PVI = potilaiden ja väestön informointi

Liite 3

VALTTI-hankkeen keskeinen sisältö ja toteutus

Terveyskeskusten sitouttaminen

- työryhmän kokoaminen, jossa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitaja ja lääkäriedustus, ravitsemusasiantuntija sekä hoitotieteen opettajia
- hankkeen edustajat vierailivat kaikissa alueen viidessätoista terveyskeskuksessa keväällä ja kesällä 2005 esittelemässä hankkeen toimintaa
- hankkeen raportit ja työryhmän kokoontumisten pöytäkirjat lähetettiin sähköpostilla alueen perusterveydenhuollon lääkäri- ja hoitajaesimiehille

Alueellinen hoitosuositus työkalu

- kehitettiin moniammatillisessa työryhmässä, jossa edustajat sairaanhoitopiiristä, kunnista ja Kansanterveyslaitoksesta
- sisälsi alueelliset verenpaineen, dyslipidemian, aikuisten lihavuuden ja nikotiiniriippuvuuden hoitoketjut, jotka perustuivat kansallisiin Käypä hoito-suosituksiin ja sisälsivät ehdotuksen elintapaohjauksen työnjaosta
- kokosi aikaisemmin alueella kehitetyt hyvät ennaltaehkäisyn toimintamallit
- julkaistiin terveydenhuollon ammattilaisille sairaanhoitopiirin ekstranetissä

Ammattilaisille suunnattu koulutus

- keväällä 2006 järjestettiin viisi keskitettyä koulutusta (perustuivat valtakunnallisiin Käypä hoito-suosituksiin, jos sellainen käytössä, kutsut lähetettiin sähköpostilla kaikkiin terveyskeskuksiin): kohonnut verenpaine ja aikuisten lihavuus, dyslipidemia, tyypin 2 diabetes, nikotiiniriippuvuus, terveysneuvonta ja vuorovaikutustaidot

- **interaktiiviset työpajat case-oppimismenetelmällä (Kiessling & Henriksson, 2002)** järjestettiin keväällä 2006 viidessä terveyskeskuksessa. Tapaukset olivat hypertensio+dyslipidemia ja tyyppin 2 diabetes+obesiteetti

Liite 4

Kyselylomake lääkärit 2006

1. Ikänne _____

2. Sukupuoli

1. Nainen 2. Mies

3. Koulutus

1. lääketieteen tohtori
2. erikoislääkäri, ala _____
3. lääketieteen lisensiaatti
4. muu, mikä? _____

4. Onko teillä työssänne jokin nimetty vastuualue?

1. Kyllä, mikä? _____
2. Ei

5. Kuinka monta vuotta olette olleet valmistumisenne jälkeen koulutustanne vastaavassa työssä? _____

6. Virka-asemanne (päävirkanne)

7. Päävirkanne työsuhde on

1. Vakainainen
2. Määräaikainen
3. Olen työvoimavuokrausyrityksestä

8. Onko työpaikallanne käytössä sähköinen potilaskertomus?

1. Kyllä. Mikä ohjelma? _____
2. Ei

9. Mikäli sähköinen potilaskertomus on käytössä, liittyykö tähän läheteiden palautekäytäntö erikoissairaanhoidosta?

1. Kyllä 2. Ei

10. Onko työpisteessänne käytössä internet-yhteys?

1. Ei ole internet-yhteyttä
2. Kyllä, mutta en käytä työaikana
3. Kyllä, käytän työaikana

11. Kuinka usein käytätte yleislääkärin käsikirjaa internetissä (YKT)/sairaanhoitajan tietokantaa?

1. Nämä tietokannat eivät ole käytössäni
2. Päivittäin
3. Viikoittain
4. Harvemmin kuin viikoittain

12. Seuraavassa listassa on joitain valtakunnallisia ja Päijät-Hämeen alueella toteutettuja terveydenhuollon hankkeita. Ympäröikää hankkeet, joista olette kuulutt.

1. Ikihyvä Päijät-Häme
2. Stumppi- vierotuspuhelinpalvelu
3. Hyvinvointineuvolahanke
4. DEHKO
5. VALTIT

HOITOSUOSITUKSET

13. Käytättekö hoitosuosituksia työssänne

1. Jatkuvasti
2. Silloin tällöin
3. Erittäin harvoin
4. En koskaan

14. Mikäli käytätte hoitosuosituksia, mitä seuraavista käytätte?

1. Kansainvälisiä
2. Valtakunnallisia
3. Alueellisia
4. Toimipaikkakohtaisia

15. Onko teille ollut tarjolla hoitosuosituksiin ja toimintaohjeisiin liittyvää koulutusta

1. Sopivasti
2. Liian vähän. Toivoisin lisää koulutusta erityisesti seuraavista aiheista: _____
3. Liian paljon

16. Oletteko saanut mielestänne vaikuttava paikallisen hoitosuosituskoulutuksen aiheiden valintaan?

1. Kyllä, riittävästi
2. Kyllä, mutta liian vähän
3. En lainkaan

Seuraavassa esitetään joukko tahoja, jotka järjestävät hoitosuosituksiin liittyvää koulutusta. Ilmoittakaa kunkin tahon kohdalla, kuinka moneen koulutustapahtumaan olette osallistunut viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana.

17. Valtakunnallinen koulutus: _____ tilaisuutta
18. Alueellinen VALTIT- koulutus: _____ tilaisuutta
19. Alueellinen muu koulutus: _____ tilaisuutta
20. Paikallinen koulutus: _____ tilaisuutta
21. Paikallinen VALTIT- työpaja: _____ tilaisuutta
22. Lääketeollisuuden järjestämä: _____ tilaisuutta

Tutustuessanne Käypä hoito-suositukseen, miten seuraavat tutustumistavat sopivat teille?

	<i>Erittäin hyvin</i>	<i>Hyvin</i>	<i>Melko hyvin</i>	<i>Melko huonosti</i>	<i>Huonosti</i>
23. Luento omalla työpaikalla	1	2	3	4	5
24. Luentoilaisuus jossain muualla, esim. alueellinen koulutus	1	2	3	4	5
25. Työpajoissa omalla työpaikalla (esim VALTIT tai Rohto)	1	2	3	4	5
26. Omatoiminen perehtyminen suositukseen	1	2	3	4	5

27. Kenen/keiden tulisi mielestänne olla ensisijaisesti vastuussa Käypä hoito-suositusten käytäntöön tuomisesta ?

1. Terveystieteiden ammattilaisen itsensä
2. Paikallisen työyhteisön
3. Sairaanhoidopiirin/Terveyspiirin
4. Valtakunnallisen toimijan

Seuraavassa on joukko väittämiä, jotka koskevat terveydenhuollon hoitosuosituksia yleensä. Valitkaa kunkin väittämän kohdallanne näkökantanne parhaiten kuvaava vaihtoehto.

	Täysin samaa mieltä	Jossain määrin samaa mieltä	Siltä väliltä	Jossain määrin eri mieltä	Täysin eri mieltä
28. Ammatillinen pätevyteni on riittämätön, jotta voisin ottaa käyttööni viimeisimmät hoitosuositukset.	1	2	3	4	5
29. Useimmilla ryhmämme jäsenillä on kielteinen asenne hoitosuosituksiin.	1	2	3	4	5
30. Organisaatiossamme ei arvosteta hoitosuosituksia	1	2	3	4	5
31. Hoitosuositusten toteuttaminen on liian kallista meille	1	2	3	4	5
32. Hoitosuositukset ovat hyödyllisiä opetusvälineinä.	1	2	3	4	5
33. Hoitosuosituksista saa kätevästi neuvoja.	1	2	3	4	5
34. Hoitosuositukset voivat helpottaa vuorovaikutusta potilaiden ja omaisten kanssa.	1	2	3	4	5
35. Hoitosuositukset voivat parantaa terveydenhuollon ammattiryhmien yhteistyötä	1	2	3	4	5
36. Hoitosuositukset voivat parantaa terveydenhoidon laatua	1	2	3	4	5
37. Hoitosuositukset perustuvat tieteellisesti todistettuun aineistoon.	1	2	3	4	5
38. Hoitosuositukset ovat asiantuntijoiden tekemiä.	1	2	3	4	5
39. Hoitosuositukset rajoittavat hoitotyöntekijöiden itsenäisyyttä.	1	2	3	4	5
40. Hoitosuositukset antavat liian yksinkertaisen kuvan käytännön lääketieteestä.	1	2	3	4	5
41. Hoitosuositukset ovat liian monimutkaisia	1	2	3	4	5
42. Hoitosuosituksia on vaikea löytää tarvittaessa.	1	2	3	4	5
43. En ole nähnyt hoitosuosituksia terveydenhoitoyksikössämme.	1	2	3	4	5
44. Työpaikallani on tällä hetkellä niin kova kiire, että uusia hoitosuosituksia ei ehdi omaksua.	1	2	3	4	5
45. Hoitosuositusten suuri määrä hankaloittaa niiden käyttöä	1	2	3	4	5

Seuraavassa kysymme kokemuksistanne viidestä Käypä hoito –suosituksesta.
Valitkaa kunkin suosituksen kohdalla itseänne kuvaavat vaihtoehdot.

Aikuisten lihavuus – Käypä hoito -suositus

46. Suositukseen tutustuminen

1. Olen lukenut suosituksen huolellisesti
2. Olen perehtynyt suosituksen pääpiirteissään
3. Olen selaillut suositusta
4. Olen kuullut suosituksesta
5. En tunne suositusta

47. Suosituksen käyttäminen (ympäriökää kaikki itseänne kuvaavat vaihtoehdot)

1. Olen osallistunut suosituksen liittyvään koulutukseen
2. Työpaikallani on kehoitettu käyttämään suositusta
3. *Työpaikallani on yhteisesti sovittu suosituksen käytöstä*
4. Olen käyttänyt suositusta
5. Olen käyttänyt suositusta viimeisen 6 kuukauden aikana
6. Suositus on aiheuttanut muutoksia toteuttamassani asiakastyössä
7. Olen jakanut potilaalleni suosituksen potilasversion

48. Mielipiteet suosituksesta (ympäriökää kaikki itseänne kuvaavat vaihtoehdot)

1. Olen havainnut suosituksen toimivaksi
2. Suositus on nopeuttanut työtäni
3. Suositusta on hankala käyttää
4. Muu mielipide: _____

Kohonnut verenpaine – Käypä hoito -suositus

49. Suositukseen tutustuminen

1. Olen lukenut suosituksen huolellisesti
2. Olen perhetynt suosituksen pääpiirteissään
3. Olen selaillut suositusta
4. Olen kuullut suositusta
5. En tunne suositusta

50. Suosituksen käyttäminen (ympäriökää kaikki itseänne kuvaavat vaihtoehdot)

1. Olen osallistunut suosituksen liittyvään koulutukseen
2. Työpaikallani on kehoitettu käyttämään suositusta
3. *Työpaikallani on yhteisesti sovittu suosituksen käytöstä*
4. Olen käyttänyt suositusta
5. Olen käyttänyt suositusta viimeisen 6 kuukauden aikana
6. Suositus on aiheuttanut muutoksia toteuttamassani asiakastyössä
7. Olen jakanut potilaalleni suosituksen potilasversion

51. Mielipiteenne suosituksesta (ympäriökää kaikki itseänne kuvaavat vaihtoehdot)

1. Olen havainnut suosituksen toimivaksi
2. Suositus on nopeuttanut työtäni
3. Suositusta on hankala käyttää
4. Muu mielipide: _____

Alkoholiongelman hoito – Käypä hoito -suositus

52. Suositukseen tutustuminen

1. Olen lukenut suosituksen huolellisesti
2. Olen perehtynyt suosituksen pääpiirteissään
3. Olen selaillut suositusta
4. Olen kuullut suosituksesta
5. En tunne suositusta

53. Suosituksen käyttäminen (ympäröikää kaikki itseänne kuvaavat vaihtoehdot)

1. Olen osallistunut suosituksen liittyvään koulutukseen
2. Työpaikallani on kehoitettu käyttämään suositusta
3. Työpaikallani on yhteisesti sovittu suosituksen käytöstä
4. Olen käyttänyt suositusta
5. Olen käyttänyt suositusta viimeisen 6 kuukauden aikana
6. Suositus on aiheuttanut muutoksia toteuttamassani asiakastyössä
7. Olen jakanut potilaalleni suosituksen potilasversion

54. Mielenpiteet suosituksesta (ympäröikää kaikki itseänne kuvaavat vaihtoehdot)

1. Olen havainnut suosituksen toimivaksi
2. Suositus on nopeuttanut työtäni
3. Suositusta on hankala käyttää
4. Muu mielipide: _____

Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot – Käypä hoito -suositus

55. Suositukseen tutustuminen

1. Olen lukenut suosituksen huolellisesti
2. Olen perehtynyt suosituksen pääpiirteissään
3. Olen selaillut suositusta
4. Olen kuullut suosituksesta
5. En tunne suositusta

56. Suosituksen käyttäminen (ympäröikää kaikki itseänne kuvaavat vaihtoehdot)

1. Olen osallistunut suosituksen liittyvään koulutukseen
2. Työpaikallani on kehoitettu käyttämään suositusta
3. Työpaikallani on yhteisesti sovittu suosituksen käytöstä
4. Olen käyttänyt suositusta
5. Olen käyttänyt suositusta viimeisen 6 kuukauden aikana
6. Suositus on aiheuttanut muutoksia toteuttamassani asiakastyössä
7. Olen jakanut potilaalleni suosituksen potilasversion

57. Mielenpiteet suosituksesta (ympäröikää kaikki itseänne kuvaavat vaihtoehdot)

1. Olen havainnut suosituksen toimivaksi
2. Suositus on nopeuttanut työtäni
3. Suositusta on hankala käyttää
4. Muu mielipide: _____

Dyslipidemia – Käypä hoito -suositus

58. Suositukseen tutustuminen

1. Olen lukenut suosituksen huolellisesti
2. Olen perehtynyt suositukseen pääpiirteissään
3. Olen selaillut suositusta
4. Olen kuullut suosituksesta
5. En tunne suositusta

59. Suosituksen käyttäminen (ympäröikää kaikki itseänne kuvaavat vaihtoehdot)

1. Olen osallistunut suositukseen liittyvään koulutukseen
2. Työpaikallani on kehoitettu käyttämään suositusta
3. *Työpaikallani on yhteisesti sovittu suosituksen käytöstä*
4. Olen käyttänyt suositusta
5. Olen käyttänyt suositusta viimeisen 6 kuukauden aikana
6. Suositus on aiheuttanut muutoksia toteuttamassani asiakastyössä
7. Olen jakanut potilaalleni suosituksen potilasversion

60. Mielipiteet suosituksesta (ympäröikää kaikki itseänne kuvaavat vaihtoehdot)

1. Olen havainnut suosituksen toimivaksi
2. Suositus on nopeuttanut työtäni
3. Suositusta on hankala käyttää
4. Muu mielipide: _____

61. Oletteko tutustunut yllä mainittuihin tai muihin Käypä hoito –suosituksiin seuraavissa lähteissä? Ympäröikää kaikki kohdallanne toteutuneet vaihtoehdot

1. Internet-sivuilla (www.terveysportti.fi tai www.kaypahoito.fi)
2. Duodecim-lehti
3. Sairaanhoitaja-lehti
4. Jossain muualla, missä? _____

ELINTAPASAIRAUDET JA RISKITEKIJÄT

62. Mikäli vastaanotollenne tulee tupakoiva henkilö, puhutteko tämän tupakoinnista? (ympäröikää kaikki kohdallanne toteutuneet vaihtoehdot)

1. Kyllä, jokaisen tupakoivan potilaan kohdalla
2. Kyllä, mikäli tupakointi liittyy potilaan sairauteen
3. Kyllä, mikäli potilas itse tekee aloitteen
4. En koskaan

63. Mikäli vastaanotollenne tulee tupakoiva henkilö, kehotatteko tätä lopettamaan tupakoinnin? (ympäröikää kaikki kohdallanne toteutuneet vaihtoehdot)

1. Kyllä, jokaisen tupakoivan potilaan kohdalla
2. Kyllä, mikäli tupakointi liittyy potilaan sairauteen.
3. Kyllä, mikäli potilas itse ottaa lopettamisen puheeksi
4. En koskaan.

64. Mikäli vastaanotollenne tulee ylipainoinen henkilö, puhutteko tämän lihavuudesta? (ympäröikää kaikki kohdallanne toteutuneet vaihtoehdot)

1. Kyllä, jokaisen ylipainoisen potilaan kohdalla.
2. Mikäli lihavuus liittyy potilaan sairauteen
3. Mikäli kyseessä on merkittävä lihavuus
4. Mikäli potilas itse tekee aloitteen
5. En koskaan

65. Mikäli vastaanotollenne tulee ylipainoinen henkilö, kehotatteko tätä pudottamaan painoaan? (ympäröikää kaikki kohdallanne toteutuneet vaihtoehdot)

1. Kyllä, jokaisen ylipainoisen potilaan kohdalla
2. Mikäli lihavuus liittyy potilaan sairauteen
3. Mikäli kyseessä on merkittävä lihavuus
4. Mikäli potilas itse tekee aloitteen
5. En koskaan

66L. Toimiko alueenne terveydenhuollossa elintaparyhmiä esim. ylipainoisille, kolesterolitai verenpainepotilaille tai aikuistyyppin diabeetikoille?

1. Kyllä, olen ohjannut potilaitani ryhmiin.
2. Kyllä, mutta en ole ohjannut potilaitani ryhmiin
3. Ei toimi.

67. Onko työpaikallanne sovitut kirjauskäytännöt potilasasiakirjoihin seuraavista riskitekijöistä? (ympäröikää kaikki työpaikallanne toteutuvat kirjauskäytännöt)

1. Tupakointi. Mitä kirjaamisesta on sovittu? _____
2. Paino. Mitä kirjaamisesta on sovittu? _____
3. Verenpaine. Mitä kirjaamisesta on sovittu? _____
4. Alkoholinkäyttö. Mitä kirjaamisesta on sovittu? _____
5. Vyötärönympäryys. Mitä kirjaamisesta on sovittu? _____
6. Liikunta. Mitä kirjaamisesta on sovittu? _____

Seuraavassa esitetään joukko elintapoihin ja sairauksien ehkäisyyn liittyviä väitteitä. Kuinka usein väitteet pätevät potilaittenne kohdalla.

Tupakoinnin lopettaminen	Aina	Lähes aina	Harvoin	Ei koskaan
68. Lopettaja tarvitsee nikotiinikorvaushoitoa lopettamisen tueksi.	1	2	3	4
69. Ryhmäneuvonta sopii hyvin vieroitushoidoksi.	1	2	3	4
70. Lopettaja tarvitsee terveydenhuollon ammattilaisen tukea.	1	2	3	4

Aikuisten lihavuus

	Aina	Lähes aina	Harvoin	Ei koskaan
71. Ryhmäneuvonta sopii hyvin lihavuuden hoitoon	1	2	3	4
72. Laihduttaja tarvitsee terveydenhuollon ammatillaisen tukea.	1	2	3	4

Dyslipidemia

	Aina	Lähes aina	Harvoin	Ei koskaan
73. Potilaan elintapojen muutos on keskeinen osa dyslipidemian hoitoa	1	2	3	4
74. Lääkehoito on keskeinen osa dyslipidemian hoitoa.	1	2	3	4
75. Ryhmäneuvonta sopii hyvin dyslipidemian hoitoon	1	2	3	4
76. Dyslipidemiapotilaat on vastuutettava omahoitoon.	1	2	3	4

Kohonnut verenpaine

	Aina	Lähes aina	Harvoin	Ei koskaan
77. Potilaan elintapojen muutos on keskeinen osa kohonneen verenpaineen hoitoa	1	2	3	4
78. Lääkehoito on keskeinen osa verenpaineen hoitoa.	1	2	3	4
79. Ryhmäneuvonta sopii hyvin kohonneen verenpaineen hoitoon.	1	2	3	4
80. Verenpaineapotilaat on vastuutettava omahoitoon.	1	2	3	4

Aikuistyyppin diabetes

	Aina	Lähes aina	Harvoin	Ei koskaan
81. Potilaan elintapojen muutos on keskeinen osa aikuistyyppin diabeteksen hoitoa.	1	2	3	4
82. Lääkehoito on keskeinen osa aikuistyyppin diabeteksen hoitoa.	1	2	3	4
83. Ryhmäneuvonta sopii hyvin aikuistyyppin diabeteksen hoitoon.	1	2	3	4
84. Diabetespotilaat on vastuutettava omahoitoon.	1	2	3	4

Ajatelkaa potilaitanne, joilla on ollut vaikeuksia muuttaa elintapojaan terveellisemmiksi. Mikä seuraavista mielestänne estävät ihmisiä tällaisissa muutoksissa?

	Pitää paikkansa			
	Käikkien tai lähes kaikkien kohdalla	Joidenkin kohdalla	Harvojen kohdalla	Ei kenenkään kohdalla
85. Nautinnonhalu	1	2	3	4
86. Rahan puute	1	2	3	4
87. Ajan puute	1	2	3	4
88. Alhainen koulutustaso	1	2	3	4
89. Vähäiset tiedot elintapojen ja sairauksien välisistä yhteyksistä	1	2	3	4
90. Luonteen heikkous	1	2	3	4
91. Huono terveydentila	1	2	3	4
92. Perintötekijät	1	2	3	4
93. Oman motivaation puute	1	2	3	4
94. Saamattomuus	1	2	3	4
95. Ammatillisen tuen puute	1	2	3	4
96. Laiskuus	1	2	3	4
97. Perheen tai ystävien tuen puute	1	2	3	4
98. Vaikea elämäntilanne	1	2	3	4
99. Mielenterveysongelmat	1	2	3	4
100. Selkeän muutossuunnitelman puute	1	2	3	4
101. Terveiden arvostuksen puute	1	2	3	4

Seuraavassa on joukko elintapoihin liittyviä kysymyksiä. Valitkaa kunkin väittämän kohdalla omaa näkökantaa ja omia kokemuksianne kuvaava vaihtoehto.

	Täysin samaa mieltä	Jossain määrin samaa mieltä	Siltä väliltä	Jossain määrin eri mieltä	Täysin eri mieltä
102. On kiusallista puuttua lihavan potilaan ylipainoon.	1	2	3	4	5
103. On kiusallista puuttua potilaan tupakointiin.	1	2	3	4	5
104. On kiusallista puuttua potilaan alkoholinkäyttöön.	1	2	3	4	5
105. Elintapoihin puuttuminen on puuttumista potilaan autonomiaan.	1	2	3	4	5
106. Olen voinut auttaa monia potilaitani muuttamaan elintapojaan terveemmiksi.	1	2	3	4	5
107. Potilaan on itse tehtävä elintapojaan koskevat ratkaisut.	1	2	3	4	5
108. Minulla on riittävästi taitoja elintapamuutosten ohjaamiseen.	1	2	3	4	5
109. Elintapamuutosten aikaansaamiseksi on kehitettävä uusia terveydenhuollon menetelmiä.	1	2	3	4	5
110. Elintapaneuvonnalla on mahdollista saada aikaan huomattavia kustannussäästöjä terveydenhuollossa.	1	2	3	4	5

**111. Kenen työkenttään työpaikallanne seuraavat toimenpiteet kuuluvat?
(valitkaa kaikki työpaikallanne toteutuvat vaihtoehdot)**

	Lääkäriin	Terveyden- hoitajan/ sairaanhoidajan	Muun ammatti- ryhmän,minkä	Ei kuulu kenenkään työkenttään
Epäterveellisiin elintapoihin puuttuminen	1	2	3	4
Elintapaohjauksen antaminen	1	2	3	4
Elintapamuutosten seuranta	1	2	3	4
Motivointi elintapamuutokseen	1	2	3	4

**Ajatelkaa seuraavassa ammattillista roolianne. Miten seuraavat väitteet pitävät
kohdallanne paikkansa?**

	Täysin samaa mieltä	Jossain määrin samaa mieltä	Siltä väliltä	Jossain määrin eri mieltä	Täysin eri mieltä
112. Tehtävänäni on jakaa tietoa elintapoihin liittyvistä terveysriskeistä.	1	2	3	4	5
113. Tehtävänäni on motivoida ja tukea potilasta elintapamuutoksissa.	1	2	3	4	5
114. Tehtävänäni on saada potilas noudattamaan annettuja elintapoihin liittyviä ohjeita.	1	2	3	4	5
115. Olen vastuussa potilaiteni elintapojen muuttamisesta	1	2	3	4	5
116. Olen vastuussa potilaiteni riskitekijöiden seurannasta	1	2	3	4	5

Seuraavassa on joukko hoitokäytäntöihin ja työnjakoon liittyviä kysymyksiä. Valitkaa kunkin väittämän kohdalla vaihtoehto, joka kuvaa mielestänne parhaiten työpaikkaanne.

	Täysin samaa mieltä	Jossain määrin samaa mieltä	Siltä väliltä	Jossain määrin eri mieltä	Täysin eri mieltä
117. Eri ammattiryhmien välinen työnjako toimii hyvin työpaikallani.	1	2	3	4	5
118. Hoitoketjut toimivat hyvin työpaikallani.	1	2	3	4	5
119. Hoitoketjut toimivat hyvin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.	1	2	3	4	5
120. Elintapaneuvontaan liittyvät hoitokäytännöt eivät ole työpaikallani selkeitä	1	2	3	4	5
121. Työpaikallani on tällä hetkellä niin kova kiire, että potilaiden elämäntilanteeseen ehdi riittävästi paneutua.	1	2	3	4	5
122. Elintapaneuvonnan järjestämisestä ei vastaa työpaikallani kukaan	1	2	3	4	5
123. Käypä hoito –suositusten käytäntöön viemisestä ei vastaa työpaikallani kukaan	1	2	3	4	5
124. Ammattiryhmien välinen viestintä toimii työpaikallani hyvin	1	2	3	4	5
125. Eri ammattiryhmillä ei ole riittävästi yhteisiä tapaamisia työpaikallani	1	2	3	4	5
126. Työpaikallani hoitajat arvostavat työpaikan lääkärien ammattitaitoa	1	2	3	4	5
127. Työpaikallani lääkärin arvostavat työpaikan hoitajien ammattitaitoa	1	2	3	4	5
128. Ammattiryhmien välinen yhteistyön puute estää hoitosuositusten käyttöönottamista työpaikallani.	1	2	3	4	5
129. Minun on helppo ilmaista omia näkemyksiäni työpaikallani eri ammattiryhmien yhteisissä kokouksissa	1	2	3	4	5

KYSYMME VIELÄ JOITAIN KYSYMYKSIÄ TYÖTILANTEESTANNE JA TYÖPAIKKANNE ILMAPIIRISTÄ

130. Minkälainen on työpaikkanne ilmapiiri?

1. Hyvä
2. Melko hyvä
3. Keskitasoinen
4. Melko huono
5. Huono

131. Oletteko tuntenut itsenne jännittyneeksi, stressaantuneeksi tai kovan paineen alaiseksi työnne takia viimeksi kuluneen kuukauden aikana?

1. Kyllä – työtilanteeni on miltei sietämätön
2. Kyllä – melkoisesti
3. Kyllä – jonkin verran
4. En ollenkaan
5. En ollenkaan

132. Oletteko tuntenut olevanne hyvä työssänne?

1. Koko ajan
2. Huomattavan osan aikaa
3. Jonkin aikaa
4. Vähän aikaa
5. En lainkaan

133. Oletteko epäillyt, onko työstänne mitään hyötyä?

1. Koko ajan
2. Huomattavan osan aikaa
3. Jonkin aikaa
4. Vähän aikaa
5. En lainkaan

134. Olen saanut tukea työhöni esimiehiltäni

1. Liian vähän
 2. Sopivasti
 3. Enemmän kuin tarvitsisi
-

Alueellanne on järjestetty kuluneen vuoden aikana hoitosuosituksiin liittyvää VALTIT-koulutusta. Lomakkeen loppuosan kysymykset koskevat teitä vain, mikäli olette osallistunut VALTIT-koulutukseen

Seuraavassa on joukko koulutustilaisuuksiin liittyviä kysymyksiä. Valitkaa kunkin väittämän kohdalla vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten mielipidettäanne.

	Täysin samaa mieltä	Jossain määrin samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jossain määrin eri mieltä	Täysin eri mieltä
135. Pystyin hyödyntämään koulutusiltapäivässä esiin tulleita asioita työssäni	1	2	3	4	5
136. Kerroin koulutustilaisuuksissa esiin tulleista asioista työtovereilleni	1	2	3	4	5
137. Teimme muutoksia tai tarkensimme hoitokäytäntöjä työpaikallamme koulutustilaisuuksien jälkeen	1	2	3	4	5
138. Koulutustilaisuudet eivät vaikuttaneet työtapoihini	1	2	3	4	5
139. Koulutustilaisuuksissa tuli moniammatillinen näkökulma esiin	1	2	3	4	5
140. VALTIT-koulutus oli ajanhukkaa.	1	2	3	4	5
141. Oman ammattiryhmäni näkökulma ei tullut riittävästi esille koulutuksessa	1	2	3	4	5
142. Sain koulutuksessa käytännön työvälineitä omaan työhöni.	1	2	3	4	5
143. VALTIT-koulutus lisäsi luottamustani omaan ammattitaitooni.	1	2	3	4	5

Mikäli olette osallistunut VALTIT-koulutuksen paikallisiin työpajoihin, pyydämme vastaamaan vielä kysymyksiin 144-168.

144. Mikä sai teidät osallistumaan VALTIT-työpajaryhmään (ympyröikää kaikki kohdallanne sopivat vaihtoehdot)?

1. Halusin itse osallistua
2. Työtoverini houkutteli
3. Sovimme työpaikallani yhdessä siitä kuka osallistuu
4. Esimieheni pyysi osallistumaan
5. Muusta syystä, mistä? _____

Seuraavassa on joukko työpajoihin liittyviä kysymyksiä. Valitkaa kunkin väittämän kohdalla vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten mielipidettänne.

	<i>Täysin samaa mieltä</i>	<i>Jossain määrin samaa mieltä</i>	<i>Ei samaa eikä eri mieltä</i>	<i>Jossain määrin eri mieltä</i>	<i>Täysin eri mieltä</i>
145. Työpajatyöskentely lisäsi hoitosuosituksen käyttöönottoa työpaikallamme	1	2	3	4	5
146. Työpajaryhmässämme tuli moniammatillinen näkökulma esiin	1	2	3	4	5
147. Työskentelyilmapiiri työpajaryhmässä oli hyvä	1	2	3	4	5
148. Työpajatyöskentely oli ajanhukkaa.	1	2	3	4	5
149. Oman ammattiryhmäni näkökulma ei tullut riittävästi esille työpajoissa	1	2	3	4	5
150. Työpajaryhmässä sovittiin yhteisistä hoitokäytännöistä työpaikallani	1	2	3	4	5
151. Työskentely työpajaryhmässä selkeytti hoitolinjoja työpaikallani	1	2	3	4	5
152. Työpajassa sovitut hoitolinjat noudatetaan työpaikallani	1	2	3	4	5
153. Työskentely työpajaryhmässä selkeytti työnjakoa työpaikallani	1	2	3	4	5
154. Työpajatyöskentely lisäsi yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä työpaikallani.	1	2	3	4	5
155. Työpajojen jälkeen olen luottanut aiempaa enemmän muiden ammattiryhmien asiantuntemukseen	1	2	3	4	5
156. Toisten ammattiryhmien työn ja asiantuntijuuden hyödyntäminen lisääntyi työpaikallani.	1	2	3	4	5
157. Työpajatyöskentely lisäsi luottamustani omaan ammattitaitooni	1	2	3	4	5
158. Asiantuntijuudestani oli hyötyä työpajaryhmässä	1	2	3	4	5
159. Pystyn hyödyntämään asiantuntijuuttani aikaisempaa selkeämmin työpajatyöskentelyn jälkeen	1	2	3	4	5
160. Sain työpajassa välineitä riskissä olevien tunnistamiseen	1	2	3	4	5
161. Sain työpajassa välineitä potilaiden seurantaan	1	2	3	4	5
162. Työpajassa sovittiin potilaan ohjauksikäytännöistä työpaikallani	1	2	3	4	5
163. Työpajatyöskentely selkiytti hoidon tavoitteita työpaikallani	1	2	3	4	5
164. Työpaikallani ohjeet ja säännöt selkiytyivät työpajatyöskentelyn kautta	1	2	3	4	5

165. Sovittiinko työpajoissa käsiteltyihin suosituksiin liittyvistä hoitoprosesseista?

1. Kyllä
2. Ei (siirrykää kysymykseen 167)

166. Noudatetaanko työpaikallanne työpajoissa sovittuja prosesseja?

1. Kyllä, täysin
2. Kyllä, osittain
3. Ei

167. Jatkuuko hoitoprosessien kehittäminen työpaikallanne?

1. Kyllä, aloitettujen hoitoprosessien työstäminen jatkuu edelleen.
2. Kyllä, työstämme uusia..
3. Ei

168. Pyydämme teitä vielä lopuksi mainitsemaan, mitkä olivat kolme oman työnne kannalta keskeisintä asiaa, jotka saitte työpajatyöskentelyn myötä?

1. _____
2. _____
3. _____

Kiitos vastauksistanne!

1. Ikänne _____

2. Sukupuoli

1. Nainen 2. Mies

3. Koulutus

1. terveydenhoitaja
2. sairaanhoitaja
3. muu, mikä? _____

4. Onko teillä työssänne jokin nimetty vastuualue?

1. Kyllä, mikä? _____
2. Ei

5. Kuinka monta vuotta olette ollut valmistumisenne jälkeen koulutustanne vastaavassa työssä? _____

6. Virka-asemanne (päävirkanne)

7. Päävirkanne työsuhde on

1. Vakainainen
2. Määräaikainen
3. Olen työvoimavuokrausyrityksestä

8. Onko työpaikallanne käytössä sähköinen potilaskertomus?

1. Kyllä. Mikä ohjelma? _____
2. Ei

9. Mikäli sähköinen potilaskertomus on käytössä, liittyykö tähän läheteiden palautekäytäntö erikoissairaanhoidosta?

1. Kyllä 2. Ei

10. Onko työpisteessänne käytössä internet-yhteys?

1. Ei ole internet-yhteyttä
2. Kyllä, mutta en käytä työaikana
3. Kyllä, käytän työaikana

11. Kuinka usein käytätte yleislääkärin käsikirjaa internetissä (YKT)/sairaanhoitajan tietokantaa?

1. Nämä tietokannat eivät ole käytössäni
2. Päivittäin
3. Viikoittain
4. Harvemmin kuin viikoittain

12. Seuraavassa listassa on joitain valtakunnallisia ja Päijät-Hämeen alueella toteutettuja terveydenhuollon hankkeita. Ympäröikää hankkeet, joista olette kuullut.

1. Ikihyvä Päijät-Häme
2. Stumppi- vierotuspuhelinpalvelu
3. Hyvinvointineuvolahanke
4. DEHKO
5. VALTTI

HOITOSUOSITUKSET

13. Käytättekö hoitosuosituksia työssänne

1. Jatkuvasti
2. Silloin tällöin
3. Erittäin harvoin
4. En koskaan

14. Mikäli käytätte hoitosuosituksia, mitä seuraavista käytätte?

1. Kansainvälisiä
2. Valtakunnallisia
3. Alueellisia
4. Toimipaikkakohtaisia

15. Onko teille ollut tarjolla hoitosuosituksiin ja toimintaohjeisiin liittyvää koulutusta

1. Sopivasti
2. Liian vähän. Toivoisin lisää koulutusta erityisesti seuraavista aiheista: _____
3. Liian paljon

16. Oletteko saanut mielestänne vaikuttaa paikallisen hoitosuosituskoulutuksen aiheiden valintaan?

1. Kyllä, riittävästi
2. Kyllä, mutta liian vähän
3. En lainkaan

Seuraavassa esitetään joukko tahoja, jotka järjestävät hoitosuosituksiin liittyvää koulutusta. Ilmoittakaa kunkin tahon kohdalla, kuinka moneen koulutustapahtumaan olette osallistunut viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana.

17. Valtakunnallinen koulutus: _____ tilaisuutta
18. Alueellinen VALTIT- koulutus: _____ tilaisuutta
19. Alueellinen muu koulutus: _____ tilaisuutta
20. Paikallinen koulutus: _____ tilaisuutta
21. Paikallinen VALTIT- työpaja: _____ tilaisuutta
22. Lääketeollisuuden järjestämä: _____ tilaisuutta

Tutustuessanne Käypä hoito-suositukseen, miten seuraavat tutustumistavat sopivat teille?

	<i>Erittäin hyvin</i>	<i>Hyvin</i>	<i>Melko hyvin</i>	<i>Melko huonosti</i>	<i>Huonosti</i>
23. Luento omalla työpaikalla	1	2	3	4	5
24. Luentoilaisuus jossain muualla, esim. alueellinen koulutus	1	2	3	4	5
25. Työpajoissa omalla työpaikalla (esim VALTIT tai Rohto)	1	2	3	4	5
26. Omatoiminen perehtyminen suositukseen	1	2	3	4	5

27. Kenen/keiden tulisi mielestänne olla ensisijaisesti vastuussa Käypä hoito-suositusten käytäntöön tuomisesta ?

1. Terveystieteiden ammattilaisen itsensä
2. Paikallisen työyhteisön
3. Sairaanhoidopiiriin/Terveyspiiriin
4. Valtakunnallisen toimijan

Seuraavassa on joukko väittämiä, jotka koskevat terveydenhuollon hoitosuosituksia yleensä. Valitkaa kunkin väittämän kohdallanne näkökantanne parhaiten kuvaava vaihtoehto.

	Täysin samaa mieltä	Jossain määrin samaa mieltä	Siltä väliltä	Jossain määrin eri mieltä	Täysin eri mieltä
28. Ammatillinen pätevyuteni on riittämätön, jotta voisoin ottaa käyttöni viimeisimmät hoitosuositukset.	1	2	3	4	5
29. Useimmilla ryhmämme jäsenillä on kielteinen asenne hoitosuoiuksiin.	1	2	3	4	5
30. Organisaatiossamme ei arvosteta hoitosuosituksia	1	2	3	4	5
31. Hoitosuositusten toteuttaminen on liian kallista meille	1	2	3	4	5
32. Hoitosuositukset ovat hyödyllisiä opetusvälineinä.	1	2	3	4	5
33. Hoitosuosituksista saa kätevästi neuvoja.	1	2	3	4	5
34. Hoitosuositukset voivat helpottaa vuorovaikutusta potilaiden ja omaisten kanssa.	1	2	3	4	5
35. Hoitosuositukset voivat parantaa terveydenhuollon ammattiryhmien yhteistyötä	1	2	3	4	5
36. Hoitosuositukset voivat parantaa terveydenhoidon laatua	1	2	3	4	5
37. Hoitosuositukset perustuvat tieteellisesti todistettuun aineistoon.	1	2	3	4	5
38. Hoitosuositukset ovat asiantuntijoiden tekemiä.	1	2	3	4	5
39. Hoitosuositukset rajoittavat hoitotyöntekijöiden itsenäisyyttä.	1	2	3	4	5
40. Hoitosuositukset antavat liian yksinkertaisen kuvan käytännön lääketieteestä.	1	2	3	4	5
41. Hoitosuositukset ovat liian monimutkaisia	1	2	3	4	5
42. Hoitosuosituksia on vaikea löytää tarvittaessa.	1	2	3	4	5
43. En ole nähnyt hoitosuosituksia terveydenhoitoyksikössämme.	1	2	3	4	5
44. Työpaikallani on tällä hetkellä niin kova kiire, että uusia hoitosuosituksia ei ehdi omaksua.	1	2	3	4	5
45. Hoitosuositusten suuri määrä hankaloittaa niiden käyttöä	1	2	3	4	5

Seuraavassa kysymme kokemuksistanne viidestä Käypä hoito –suosituksesta.
Valitkaa kunkin suosituksen kohdalla itseänne kuvaavat vaihtoehdot.

Aikuisten lihavuus – Käypä hoito -suositus

46. Suositukseen tutustuminen

1. Olen lukenut suosituksen huolellisesti
2. Olen perehtynyt suositukseen pääpiirteissään
3. Olen selaillut suositusta
4. Olen kuullut suosituksesta
5. En tunne suositusta

47. Suosituksen käyttäminen (ympäröikää kaikki itseänne kuvaavat vaihtoehdot)

1. Olen osallistunut suositukseen liittyvään koulutukseen
2. Työpaikallani on kehoitettu käyttämään suositusta
3. *Työpaikallani on yhteisesti sovittu suosituksen käytöstä*
4. Olen käyttänyt suositusta
5. Olen käyttänyt suositusta viimeisen 6 kuukauden aikana
6. Suositus on aiheuttanut muutoksia toteuttamassani asiakastyössä
7. Olen jakanut potilaalleni suosituksen potilasversion

48. Mielipiteet suosituksesta (ympäröikää kaikki itseänne kuvaavat vaihtoehdot)

1. Olen havainnut suosituksen toimivaksi
2. Suositus on nopeuttanut työtäni
3. Suositusta on hankala käyttää
4. Muu mielipide: _____

Kohonnut verenpaine – Käypä hoito -suositus

49. Suositukseen tutustuminen

1. Olen lukenut suosituksen huolellisesti
2. Olen perehtynyt suositukseen pääpiirteissään
3. Olen selaillut suositusta
4. Olen kuullut suositusta
5. En tunne suositusta

50. Suosituksen käyttäminen (ympäröikää kaikki itseänne kuvaavat vaihtoehdot)

1. Olen osallistunut suositukseen liittyvään koulutukseen
2. Työpaikallani on kehoitettu käyttämään suositusta
3. *Työpaikallani on yhteisesti sovittu suosituksen käytöstä*
4. Olen käyttänyt suositusta
5. Olen käyttänyt suositusta viimeisen 6 kuukauden aikana
6. Suositus on aiheuttanut muutoksia toteuttamassani asiakastyössä
7. Olen jakanut potilaalleni suosituksen potilasversion

51. Mielipiteenne suosituksesta (ympäröikää kaikki itseänne kuvaavat vaihtoehdot)

1. Olen havainnut suosituksen toimivaksi
2. Suositus on nopeuttanut työtäni
3. Suositusta on hankala käyttää
4. Muu mielipide: _____

Alkoholiongelman hoito – Käypä hoito -suositus

52. Suositukseen tutustuminen

1. Olen lukenut suosituksen huolellisesti
2. Olen perehtynyt suosituksen pääpiirteissään
3. Olen selaillut suositusta
4. Olen kuullut suosituksesta
5. En tunne suositusta

53. Suosituksen käyttäminen (ympäröikää kaikki itseänne kuvaavat vaihtoehdot)

1. Olen osallistunut suosituksen liittyvään koulutukseen
2. Työpaikallani on kehoitettu käyttämään suositusta
3. Työpaikallani on yhteisesti sovittu suosituksen käytöstä
4. Olen käyttänyt suositusta
5. Olen käyttänyt suositusta viimeisen 6 kuukauden aikana
6. Suositus on aiheuttanut muutoksia toteuttamassani asiakastyössä
7. Olen jakanut potilaalleni suosituksen potilasversion

54. Mieleniheet suosituksesta (ympäröikää kaikki itseänne kuvaavat vaihtoehdot)

1. Olen havainnut suosituksen toimivaksi
2. Suositus on nopeuttanut työtäni
3. Suositusta on hankala käyttää
4. Muu mielipide: _____

Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot – Käypä hoito -suositus

55. Suositukseen tutustuminen

1. Olen lukenut suosituksen huolellisesti
2. Olen perehtynyt suosituksen pääpiirteissään
3. Olen selaillut suositusta
4. Olen kuullut suosituksesta
5. En tunne suositusta

56. Suosituksen käyttäminen (ympäröikää kaikki itseänne kuvaavat vaihtoehdot)

1. Olen osallistunut suosituksen liittyvään koulutukseen
2. Työpaikallani on kehoitettu käyttämään suositusta
3. Työpaikallani on yhteisesti sovittu suosituksen käytöstä
4. Olen käyttänyt suositusta
5. Olen käyttänyt suositusta viimeisen 6 kuukauden aikana
6. Suositus on aiheuttanut muutoksia toteuttamassani asiakastyössä
7. Olen jakanut potilaalleni suosituksen potilasversion

57. Mieleniheet suosituksesta (ympäröikää kaikki itseänne kuvaavat vaihtoehdot)

1. Olen havainnut suosituksen toimivaksi
2. Suositus on nopeuttanut työtäni
3. Suositusta on hankala käyttää
4. Muu mielipide: _____

Dyslipidemia – Käypä hoito -suositus

58. Suositukseen tutustuminen

1. Olen lukenut suosituksen huolellisesti
2. Olen perehtynyt suositukseen pääpiirteissään
3. Olen selaillut suositusta
4. Olen kuullut suosituksesta
5. En tunne suositusta

59. Suosituksen käyttäminen (ympäröikää kaikki itseänne kuvaavat vaihtoehdot)

1. Olen osallistunut suositukseen liittyvään koulutukseen
2. Työpaikallani on kehoitettu käyttämään suositusta
3. *Työpaikallani on yhteisesti sovittu suosituksen käytöstä*
4. Olen käyttänyt suositusta
5. Olen käyttänyt suositusta viimeisen 6 kuukauden aikana
6. Suositus on aiheuttanut muutoksia toteuttamassani asiakastyössä
7. Olen jakanut potilaalleni suosituksen potilasversion

60. Mielipiteet suosituksesta (ympäröikää kaikki itseänne kuvaavat vaihtoehdot)

1. Olen havainnut suosituksen toimivaksi
2. Suositus on nopeuttanut työtäni
3. Suositusta on hankala käyttää
4. Muu mielipide: _____

61. Oletteko tutustunut yllä mainittuihin tai muihin Käypä hoito –suosituksiin seuraavissa lähteissä? Ympäröikää kaikki kohdallanne toteutuneet vaihtoehdot

1. Internet-sivuilla (www.terveysportti.fi tai www.kaypahoito.fi)
2. Duodecim-lehti
3. Sairaanhoitaja-lehti
4. *Terveystieteiden tutkimuskeskus -lehti/Työterveyslaitos-lehti*
5. Jossain muualla, missä? _____

ELINTAPASAIRAUDET JA RISKITEKIJÄT

62. Mikäli vastaanotollenne tulee tupakoiva henkilö, puhutteko tämän tupakoinnista? (ympäröikää kaikki kohdallanne toteutuneet vaihtoehdot)

1. Kyllä, jokaisen tupakoivan potilaan kohdalla
2. Kyllä, mikäli tupakointi liittyy potilaan sairauteen
3. Kyllä, mikäli potilas itse tekee aloitteen
4. En koskaan

63. Mikäli vastaanotollenne tulee tupakoiva henkilö, kehotatteko tätä lopettamaan tupakoinnin? (ympäröikää kaikki kohdallanne toteutuneet vaihtoehdot)

1. Kyllä, jokaisen tupakoivan potilaan kohdalla
2. Kyllä, mikäli tupakointi liittyy potilaan sairauteen.
3. Kyllä, mikäli potilas itse ottaa lopettamisen puheeksi
4. En koskaan.

64. Mikäli vastaanotollenne tulee ylipainoinen henkilö, puhutteko tämän lihavuudesta? (ympäröikää kaikki kohdallanne toteutuneet vaihtoehdot)

1. Kyllä, jokaisen ylipainoisen potilaan kohdalla.
2. Mikäli lihavuus liittyy potilaan sairauteen
3. Mikäli kyseessä on merkittävä lihavuus
4. Mikäli potilas itse tekee aloitteen
5. En koskaan

65. Mikäli vastaanotollenne tulee ylipainoinen henkilö, kehotatteko tätä pudottamaan painoaan? (ympäröikää kaikki kohdallanne toteutuneet vaihtoehdot)

1. Kyllä, jokaisen ylipainoisen potilaan kohdalla
2. Mikäli lihavuus liittyy potilaan sairauteen
3. Mikäli kyseessä on merkittävä lihavuus
4. Mikäli potilas itse tekee aloitteen
5. En koskaan

66aH. Toimiiko alueenne terveydenhuollossa elintaparyhmiä esim. ylipainoisille, kolesterolitai verenpainepotilaille tai aikuistyypin diabeetikoille (ympäröijää kaikki kohdallenne toteutuvat vaihtoehdot)?

1. Kyllä, olen itse ohjannut elintaparyhmiä.
2. Kyllä, olen ohjannut potilaitani muiden pitämien ryhmiin.
3. Kyllä, mutta en ole ohjannut potilaitani näihin ryhmiin.
3. Ei toimi.

66bH. Mikäli ette ole itse ohjannut elintaparyhmiä, miksi ette ole ohjannut (ympäröijää kaikki kohdallenne toteutuvat vaihtoehdot)?

1. Minulla ei ole kiinnostusta ryhmäohjaukseen
2. Minulla ei ole aikaa
3. Työpaikallani ei ole siihen mahdollisuutta.

66cH. Mikäli ette ole itse vetänyt elintaparyhmiä, olisitteko kiinnostunut niitä vetämään?

1. Kyllä, varmasti.
2. Kyllä, mahdollisesti
3. En

67. Onko työpaikallanne sovitut kirjauskäytännöt potilasasiakirjoihin seuraavista riskitekijöistä? (ympäröikää kaikki työpaikallanne toteutuvat kirjauskäytännöt)

1. Tupakointi. Mitä kirjaamisesta on sovittu? _____
2. Paino. Mitä kirjaamisesta on sovittu? _____
3. Verenpaine. Mitä kirjaamisesta on sovittu? _____
4. Alkoholinkäyttö. Mitä kirjaamisesta on sovittu? _____
5. Vyötärönympäryys. Mitä kirjaamisesta on sovittu? _____
6. Liikunta. Mitä kirjaamisesta on sovittu? _____

Seuraavassa esitetään joukko elintapoihin ja sairauksien ehkäisyyn liittyviä väitteitä. Kuinka usein väitteet pätevät potilaittenne kohdalla.

Tupakoinnin lopettaminen

	Aina	Lähes aina	Harvoin	Ei koskaan
68. Lopettaja tarvitsee nikotiinikorvaushoitoa lopettamisen tueksi.	1	2	3	4
69. Ryhmäneuvonta sopii hyvin vieroitushoidoksi.	1	2	3	4
70. Lopettaja tarvitsee terveydenhuollon ammattilaisen tukea.	1	2	3	4

Aikuisten lihavuus

	Aina	Lähes aina	Harvoin	Ei koskaan
71. Ryhmäneuvonta sopii hyvin lihavuuden hoitoon	1	2	3	4
72. Laihuttaja tarvitsee terveydenhuollon ammattilaisen tukea.	1	2	3	4

Dyslipidemia

	Aina	Lähes aina	Harvoin	Ei koskaan
73. Potilaan elintapojen muutos on keskeinen osa dyslipidemian hoitoa	1	2	3	4
74. Lääkehoito on keskeinen osa dyslipidemian hoitoa.	1	2	3	4
75. Ryhmäneuvonta sopii hyvin dyslipidemian hoitoon	1	2	3	4
76. Dyslipidemiapotilaat on vastuutettava omahoitoon.	1	2	3	4

Kohonnut verenpaine

	Aina	Lähes aina	Harvoin	Ei koskaan
77. Potilaan elintapojen muutos on keskeinen osa kohonneen verenpaineen hoitoa	1	2	3	4
78. Lääkehoito on keskeinen osa verenpaineen hoitoa.	1	2	3	4
79. Ryhmäneuvonta sopii hyvin kohonneen verenpaineen hoitoon.	1	2	3	4
80. Verenpainepotilaat on vastuutettava omahoitoon.	1	2	3	4

Aikuistyyppin diabetes

	Aina	Lähes aina	Harvoin	Ei koskaan
81. Potilaan elintapojen muutos on keskeinen osa aikuistyyppin diabeteksen hoitoa.	1	2	3	4
82. Lääkehoito on keskeinen osa aikuistyyppin diabeteksen hoitoa.	1	2	3	4
83. Ryhmäneuvonta sopii hyvin aikuistyyppin diabeteksen hoitoon.	1	2	3	4
84. Diabetespotilaat on vastuutettava omahoitoon.	1	2	3	4

Ajatelkaa potilaitanne, joilla on ollut vaikeuksia muuttaa elintapojaan terveellisemmiksi. Mikä seuraavista mielestänne estävät ihmisiä tällaisissa muutoksissa?

	Pitää paikkansa			
	Kaikkien tai lähes kaikkien kohdalla	Joidenkin kohdalla	Harvojen kohdalla	Ei kenenkään kohdalla
85. Nautinnonhalu	1	2	3	4
86. Rahan puute	1	2	3	4
87. Ajan puute	1	2	3	4
88. Alhainen koulutustaso	1	2	3	4
89. Vähäiset tiedot elintapojen ja sairauksien välisistä yhteyksistä	1	2	3	4
90. Luonteen heikkous	1	2	3	4
91. Huono terveydentila	1	2	3	4
92. Perintötekijät	1	2	3	4
93. Oman motivaation puute	1	2	3	4
94. Saamattomuus	1	2	3	4
95. Ammatillisen tuen puute	1	2	3	4
96. Laiskuus	1	2	3	4
97. Perheen tai ystävien tuen puute	1	2	3	4
98. Vaikea elämäntilanne	1	2	3	4
99. Mielenterveysongelmat	1	2	3	4
100. Selkein muutossuunnitelman puute	1	2	3	4
101. Terveiden arvostuksen puute	1	2	3	4

Seuraavassa on joukko elintapoihin liittyviä kysymyksiä. Valitkaa kunkin väittämän kohdalla omaa näkökantaa ja omia kokemuksianne kuvaava vaihtoehto.

	Täysin samaa mieltä	Jossain määrin samaa mieltä	Siltä väliltä	Jossain määrin eri mieltä	Täysin eri mieltä
102. On kiusallista puuttua lihavan potilaan ylipainoon.	1	2	3	4	5
103. On kiusallista puuttua potilaan tupakointiin.	1	2	3	4	5
104. On kiusallista puuttua potilaan alkoholinkäyttöön.	1	2	3	4	5
105. Elintapoihin puuttuminen on puuttumista potilaan autonomiaan.	1	2	3	4	5
106. Olen voinut auttaa monia potilaitani muuttamaan elintapojaan terveemmiksi.	1	2	3	4	5
107. Potilaan on itse tehtävä elintapojaan koskevat ratkaisut.	1	2	3	4	5
108. Minulla on riittävästi taitoja elintapamuutosten ohjaamiseen.	1	2	3	4	5
109. Elintapamuutosten aikaansaamiseksi on kehitettävä uusia terveydenhuollon menetelmiä.	1	2	3	4	5
110. Elintapaneuvonnalla on mahdollista saada aikaan huomattavia kustannussäästöjä terveydenhuollossa	1	2	3	4	5

Seuraavassa on kaksi ryhmäneuvontaa koskevaa kysymystä. Valitkaa väittämien kohdalla omaa näkökantaa ja omia kokemuksianne kuvaava vaihtoehto.

110b. Minulla on riittävästi taitoja elintapamuutosryhmien vetämiseen	1	2	3	4	5
110c. Ryhmätoiminnan vetäminen on luonteva osa työtäni.	1	2	3	4	5

111. Kenen työkenttään työpaikallanne seuraavat toimenpiteet kuuluvat? (valitkaa kaikki työpaikallanne toteutuvat vaihtoehdot)

	Lääkäriin	Terveydenhoitajan/sairaanhoitajan	Muun ammattiryhmän, minkä	Ei kuulu kenenkään työkenttään
Epäterveellisiin elintapoihin puuttuminen	1	2	3	4
Elintapaohjauksen antaminen	1	2	3	4
Elintapamuutosten seuranta	1	2	3	4
Motivointi elintapamuutukseen	1	2	3	4

Ajatelkaa seuraavassa ammattillista roolianne. Miten seuraavat väitteet pitävät kohdallanne paikkansa?

	Täysin samaa mieltä	Jossain määrin samaa mieltä	Siltä väliltä	Jossain määrin eri mieltä	Täysin eri mieltä
112. Tehtävänäni on jakaa tietoa elintapoihin liittyvistä terveysriskeistä.	1	2	3	4	5
113. Tehtävänäni on motivoida ja tukea potilasta elintapamuutoksissa.	1	2	3	4	5
114. Tehtävänäni on saada potilas noudattamaan annettuja elintapoihin liittyviä ohjeita.	1	2	3	4	5
115. Olen vastuussa potilaistani elintapojen muuttamisesta	1	2	3	4	5
116. Olen vastuussa potilaistani riskitekijöiden seurannasta	1	2	3	4	5

Seuraavassa on joukko hoitokäytäntöihin ja työnjakoon liittyviä kysymyksiä. Valitkaa kunkin väittämän kohdalla vaihtoehto, joka kuvaa mielestänne parhaiten työpaikkaanne.

	Täysin samaa mieltä	Jossain määrin samaa mieltä	Siltä väliltä	Jossain määrin eri mieltä	Täysin eri mieltä
117. Eri ammattiryhmien välinen työnjako toimii hyvin työpaikallani.	1	2	3	4	5
118. Hoitoketjut toimivat hyvin työpaikallani.	1	2	3	4	5
119. Hoitoketjut toimivat hyvin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.	1	2	3	4	5
120. Elintapaneuvontaan liittyvät hoitokäytännöt eivät ole työpaikallani selkeitä	1	2	3	4	5
121. Työpaikallani on tällä hetkellä niin kova kiire, että potilaiden elämäntilanteeseen ehdi riittävästi paneutua.	1	2	3	4	5
122. Elintapaneuvonnan järjestämisestä ei vastaa työpaikallani kukaan	1	2	3	4	5
123. Käypä hoito –suositusten käytäntöön viemisestä ei vastaa työpaikallani kukaan	1	2	3	4	5
124. Ammattiryhmien välinen viestintä toimii työpaikallani hyvin	1	2	3	4	5
125. Eri ammattiryhmillä ei ole riittävästi yhteisiä tapaamisia työpaikallani	1	2	3	4	5
126. Työpaikkani hoitajat arvostavat työpaikan lääkärin ammattitaitoa	1	2	3	4	5
127. Työpaikkani lääkärit arvostavat työpaikan hoitajien ammattitaitoa	1	2	3	4	5
128. Ammattiryhmien välinen yhteistyön puute estää hoitosuosituksen käyttöönottamista työpaikallani.	1	2	3	4	5
129. Minun on helppo ilmaista omia näkemyksiäni työpaikkani eri ammattiryhmien yhteisissä kokouksissa	1	2	3	4	5

KYSYMME VIELÄ JOITAIN KYSYMYKSIÄ TYÖTILANTEESTANNE JA TYÖPAIKKANNE ILMAPIIRISTÄ

130. Minkälainen on työpaikkanne ilmapiiri?

1. Hyvä
2. Melko hyvä
3. Keskitasoinen
4. Melko huono
5. Huono

131. Oletteko tuntenut itsenne jännittyneeksi, stressaantuneeksi tai kovan paineen alaiseksi työhne takia viimeksi kuluneen kuukauden aikana?

1. Kyllä – työtilanteeni on miltei sietämätön
2. Kyllä – melkoisesti
3. Kyllä – jonkin verran
4. En ollenkaan

132. Oletteko tuntenut olevanne hyvä työssänne?

1. Koko ajan
2. Huomattavan osan aikaa
3. Jonkin aikaa
4. Vähän aikaa
5. En lainkaan

133. Oletteko epäillyt, onko työstänne mitään hyötyä?

1. Koko ajan
2. Huomattavan osan aikaa
3. Jonkin aikaa
4. Vähän aikaa
5. En lainkaan

134. Olen saanut tukea työhöni esimiehiltäni

1. Liian vähän
2. Sopivasti
3. Enemmän kuin tarvitsisi

.....
Alueellanne on järjestetty kuluneen vuoden aikana hoitosuosituksiin liittyvää VALTIT-koulutusta. Lomakkeen loppuosan kysymykset koskevat teitä vain, mikäli olette osallistunut VALTIT-koulutukseen

Seuraavassa on joukko koulutustilaisuuksiin liittyviä kysymyksiä. Valitkaa kunkin välttämättömän kohdalla vaihtoehdot, joka kuvaa parhaiten mielipidettänne.

	Täysin samaa mieltä	Jossain määrin samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jossain määrin eri mieltä	Täysin eri mieltä
135. Pystyin hyödyntämään koulutusiltapäivässä esiin tulleita asioita työssäni	1	2	3	4	5
136. Kerroin koulutustilaisuuksissa esiin tulleista asioista työtovereilleni	1	2	3	4	5
137. Teimme muutoksia tai tarkensimme hoitokäytäntöjä työpaikallamme koulutustilaisuuksien jälkeen	1	2	3	4	5
138. Koulutustilaisuudet eivät vaikuttaneet työtapoihini	1	2	3	4	5
139. Koulutustilaisuuksissa tuli moniammatillinen näkökulma esiin	1	2	3	4	5
140. VALTIT-koulutus oli ajanhukkaa.	1	2	3	4	5
141. Oman ammattiryhmäni näkökulma ei tullut riittävästi esille koulutuksessa	1	2	3	4	5
142. Sain koulutuksessa käytännön työvälineitä omaan työhöni.	1	2	3	4	5
143. VALTIT-koulutus lisäsi luottamustani omaan ammattitaitooni.	1	2	3	4	5

Mikäli olette osallistunut VALTIT-koulutuksen paikallisiin työpajoihin, pyydämme vastaamaan vielä kysymyksiin 144-168.

144. Mikä sai teidät osallistumaan VALTIT-työpajaryhmään (ympyröikää kaikki kohdallanne sopivat vaihtoehdot)?

1. Halusin itse osallistua
2. Työtoverini houkutteli
3. Sovimme työpaikallani yhdessä siitä kuka osallistuu
4. Esimieheni pyysi osallistumaan
5.

Seuraavassa on joukko työpajoihin liittyviä kysymyksiä. Valitkaa kunkin väittämän kohdalla vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten mielipidettänne.

	Täysin samaa mieltä	Jossain määrin samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jossain määrin eri mieltä	Täysin eri mieltä
145. Työpajatyöskentely lisäsi hoitosuosittelun käyttöönottoa työpaikallamme	1	2	3	4	5
146. Työpajaryhmässämme tuli moniammatillinen näkökulma esiin	1	2	3	4	5
147. Työskentelyilmapiiri työpajaryhmässä oli hyvä	1	2	3	4	5
148. Työpajatyöskentely oli ajanhukkaa.	1	2	3	4	5
149. Oman ammattiryhmäni näkökulma ei tullut riittävästi esille työpajoissa	1	2	3	4	5
150. Työpajaryhmässä sovittiin yhteisistä hoitokäytännöistä työpaikallani	1	2	3	4	5
151. Työskentely työpajaryhmässä selkeytti hoitolinjoja työpaikallani	1	2	3	4	5
152. Työpajassa sovitut hoitolinjat noudatetaan työpaikallani	1	2	3	4	5
153. Työskentely työpajaryhmässä selkeytti työnjakoa työpaikallani	1	2	3	4	5
154. Työpajatyöskentely lisäsi yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä työpaikallani.	1	2	3	4	5
155. Työpajojen jälkeen olen luottanut aiempaa enemmän muiden ammattiryhmien asiantuntemukseen	1	2	3	4	5
156. Toisten ammattiryhmien työn ja asiantuntijuuden hyödyntäminen lisääntyi työpaikallani.	1	2	3	4	5
157. Työpajatyöskentely lisäsi luottamustani omaan ammattitaitooni	1	2	3	4	5
158. Asiantuntijuudestani oli hyötyä työpajaryhmässä	1	2	3	4	5
159. Pystyn hyödyntämään asiantuntijuuttani aikaisempaa selkeämmin työpajatyöskentelyn jälkeen	1	2	3	4	5
160. Sain työpajassa välineitä riskissä olevien tunnistamiseen	1	2	3	4	5
161. Sain työpajassa välineitä potilaiden seurantaan	1	2	3	4	5
162. Työpajassa sovittiin potilaan ohjauskäytännöistä työpaikallani	1	2	3	4	5
163. Työpajatyöskentely selkiytti hoidon tavoitteita työpaikallani	1	2	3	4	5
164. Työpaikallani ohjeet ja säännöt selkiytyivät työpajatyöskentelyn kautta	1	2	3	4	5

165. Sovittiinko työpajoissa käsiteltyihin suosituksiin liittyvistä hoitoprosesseista?

1. Kyllä
2. Ei (siirtykää kysymykseen 167)

166. Noudatetaanko työpaikallanne työpajoissa sovittuja prosesseja?

1. Kyllä, täysin
2. Kyllä, osittain
3. Ei

167. Jatkuuko hoitoprosessien kehittäminen työpaikallanne?

1. Kyllä, aloitettujen hoitoprosessien työstäminen jatkuu edelleen.
2. Kyllä, työstämme uusia..
3. Ei

168. Pyydämme teitä vielä lopuksi mainitsemaan, mitkä olivat kolme oman työnne kannalta keskeisintä asiaa, jotka saitte työpajatyöskentelyn myötä?

1. _____
2. _____
3. _____

Kiitos vastauksistanne!

Alkuperäisjulkaisu

