

Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuus ja käyttö sekä niihin liittyvät tekijät perusterveydenhuollossa Pirkanmaalla

Tampereen yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Pro gradu - tutkielma
Tammikuu 2009
Ritva Heinämäki

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto

Hoitotieteen laitos

Ritva Heinämäki: Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuus ja käyttö sekä niihin liittyvät tekijät perusterveydenhuollossa Pirkanmaalla

Pro gradu-tutkielma, 64 sivua, 3 liitettä

Ohjaajat: Katja Joronen, TtT, lehtori, Päivi Åstedt-Kurki, THT, professori

Hoitotiede, tammikuu 2009

Tutkielman tarkoituksena oli selvittää, kuinka hyvin kansallisen terveysthankkeen yhteydessä laaditut, kolme vuotta käytössä olleet yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet tunnetaan ja kuinka laajasti ne on otettu käyttöön perusterveydenhuollossa Pirkanmaalla. Tutkielmalla selvitettiin myös, miten yksilökohtaiset, organisaatiosta johtuvat ja yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden ominaisuuksista johtuvat tekijät olivat yhteydessä niiden tunnettuuteen ja käyttöön.

Tutkielman teoreettisena viitekehyksenä oli Rogersin innovaatioteoria. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet nähtiin uutena toimintamuotona, jonka tunnettuutta ja käyttöönottoa tutkittiin perusterveydenhuollon sairaanhoitajien ja lääkäreiden näkökulmasta.

Tutkimuksen kohdejoukon muodostivat Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueen terveyskeskusten avovastaanottojen sairaanhoitajat ja lääkärit (N=453). Tutkimusaineisto kerättiin tätä tutkimusta varten kehitetyllä strukturoidulla kyselylomakkeella. Aineisto kerättiin huhti -heinäkuussa 2008. Vastausprosentti oli 29. Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS 15.0 for Windows -tilasto-ohjelmalla tarkastellen frekvenssi- ja prosenttijakaumia, sekä ryhmien välisiä eroja tausta- ja summamuuttujien välillä t-testillä ja yksisuuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA) Muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin Pearsonin korrelaatiokertoimella.

Sairaanhoitajat ja lääkärit tunsivat yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet kohtalaisesti. Suurin osa heistä käytti niitä vakiintuneena työtapana. Puolet vastanneista käytti yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita ohjatessaan potilasta tarkoituksenmukaiseen hoitoon tai perustellessaan potilaalle hoitovaihtoehtoja. Eri erikoisalojen yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttö oli epäsäännöllistä. Eniten käytettiin kirurgian ja sisätautien ja vähiten hammas- ja suusairauksien sekä aikuis- ja lastenpsykiatrian ja apuvälinepalvelun yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita. Kirurgian, naistentautien, silmätautien, korva-, nenä- ja kurkkutautien, neurologian ja keuhkosairauksien yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käytössä oli sairaanhoitajien ja lääkäreiden välillä tilastollisesti merkitsevä ero. Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuus ja käyttöönotto perustuivat suureksi osaksi vastanneiden aktiivisuuteen hakea niistä tietoa. Vastanneet olivat osallistuneet aiheesta käsittelevään koulutukseen vähäisesti ja he olivat saaneet organisaatiolta varsin vähän hallinnollista tukea niiden käyttöön. Kokemuksen kautta saatu tieto niiden hyödyistä vahvisti käyttöönottoa ja tieto niistä siirtyi sosiaalisen verkoston kautta eteenpäin.

Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttö on alkuvaiheessa ja alun perin lähinnä lääkäreille suunnatut hoidon perusteet ovat saaneet käyttäjikseen myös sairaanhoitajia. Systemaattinen kaikkien potilaan hoitoon ja ohjaukseen osallistuvien ammattiryhmien koulutus, tiedotus ja käyttöönoton tuki työpaikoilla voisi vahvistaa ja edistää käyttöönottoa laajemmin. Jatkotutkimuksessa on tarpeen selvittää, miten yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteita tulee kehittää vastaamaan käyttäjiensä tarpeita potilaan ja häntä hoitavien ja tutkivien tahojen näkökulmista.

Avainsanat: yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet, hoitotakuu, hoitoon pääsy, kiireetön hoito

ABSTRACT

University of Tampere, Department of Nursing Science

Ritva Heinämäki: Familiarity with and adoption of unified bases for non-emergency treatment and related factors in primary health care in Pirkanmaa

Master's thesis in Nursing Science, 64 pages, 3 appendices

Supervisors: Päivi Åstedt-Kurki, Ph.D. and Katja Joronen, Ph.D

Nursing Science, January 2009

A project in health care instituted by the Ministry of Social Affairs and Health, Finland was conducted during the period 2002-2007. One aim of this project was to ensure people's access to health care. In 2005, as one of the outcomes of the project, national criteria for non-emergency treatment in specialized health care were created and presented as guidelines in the referral practice between primary and specialized health care.

The purpose of the present study was to ascertain how well these bases for non-emergency treatment are known and how they have been adopted in primary care in Pirkanmaa. It was a special interest of the study to ascertain how factors emanating from individuals, organizations and the characteristics of the unified bases for non-emergency treatment are connected to how well they are known and how they are used among nurses and physicians. The theoretical frame of reference of the study is Rogers' innovation theory. The unified bases for non-emergency treatment were seen as a new mode of action whose familiarity and adoption was researched from the perspective of nurses and physicians in primary health care.

The target group of the study consisted of nurses and doctors working in outpatients' reception in health centres in Pirkanmaa Hospital District (N = 453). The research data were collected by questionnaires including questions measuring respondents' background information and statements requiring responses on a Likert-type scale. Data collection took place from April to July 2008. The response rate was 29%. Statistical analysis was performed on the data using SPSS 15.0 for Windows examining frequencies and percentage distributions, likewise intergroup differences between background and sum variables with t-test and one-way analysis of variance (ANOVA). Pearson's correlation coefficient was used to study the connection of individual factors, organizational factors and factors of the characteristics of the bases were connected to how well known they were and their adoption. In internal consistency of the instrument was scrutinized with Cronbach's alpha coefficient.

The findings indicate that both nurses and doctors were reasonably well aware of the unified bases for non-emergency treatment. Most of them applied them on a regular basis in their work. The application of the bases for treatment in various specialties was still irregular. They were most used in surgery and internal medicine and least in dental and oral health, likewise in adult and child psychiatry and in the care bases for the service for supplying aids. However, they were used more regularly for sending patients for the appropriate treatment and in justifying treatment alternatives for patients. Regarding familiarity with and application of the criteria, differences between nurses and doctors did not reach statistical significance. The respondents had some slight experience of participation in training regarding the criteria for non-emergency treatment and had had very little administrative support in their use. Familiarity with and use of the criteria were largely based on the respondents' own activity in seeking knowledge about them. Information gained through experience of their benefits served to promote their adoption and information about them was passed on through the social network.

It can be concluded that the adoption of the unified bases for unhurried care has got off to a good start and that the criteria originally intended for physicians have also come to be used by nurses. Systematic training, information dissemination and support for adoption at the workplaces for all those professional groups involved in patient care and referral would serve to strengthen and promote their further adoption.

Keywords: unified bases for non-emergency treatment, treatment guarantee, access to treatment, non-emergency treatment

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	3
2.1 Rogersin innovaatioteoria	3
2.1.1 Innovaatio	5
2.1.2 Kommunikaatiokanava ja innovaation omaksumisen vaiheet.....	8
2.1.3 Sosiaalinen järjestelmä innovaation leviämisen ehtona.....	9
2.2 Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet	10
2.2.1 Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden laadinta ja käytön arviointi.....	11
2.2.2 Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet osana terveydenhuollon priorisointia	14
2.3 Hoidon porrastus ja hoitoketju.....	17
2.4 Hoitosuosituksset.....	18
3 YHTEENVETO TUTKIMUKSEN TEOREETTISISTA LÄHTÖKOHDISTA	21
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	23
5 TUTKIMUSAINEISTO JA ANALYSOINTI.....	23
5.1 Mittari	23
5.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu	29
5.3 Aineiston analyysi.....	30
5.4 Mittarin validiteetti ja reliabiliteetti	31
6 TULOKSET	33
6.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot	33
6.2 Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuus ja käyttö	34
6.3 Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuuteen ja käyttöön liittyvät tekijät.....	37
6.3.1 Yksilökohtaiset tekijät.....	37
6.3.2 Organisaatiotekijät	38
6.3.3 Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden ominaisuuksiin liittyvät tekijät	40
6.3.4 Yhteenveto yhtenäisten kiireettömän hoidon tunnettuudesta ja käytöstä	41
6.4 Taustamuuttujien yhteys yhtenäisten kiireettömän hoidon tunnettuuteen ja käyttöön.....	42
6.5 Yksilökohtaisten tekijöiden yhteys yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuuteen ja käyttöön.....	46
6.6 Organisaatiotekijöiden yhteys yhtenäisten kiireettömän hoidon tunnettuuteen ja käyttöön.....	46
6.7 Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden ominaisuuksien yhteys niiden tunnettuuteen ja käyttöön.....	47
7 POHDINTA	48
7.1 Tulosten tarkastelu	48
7.2 Eettiset kysymykset.....	52
7.3 Tutkimuksen luotettavuus	53
7.4 Johtopäätökset.....	55
7.5 Jatkotutkimusaiheet.....	56
8 LÄHTEET.....	57

LIITTEET

TAULUKOT

Taulukko 1. Tutkimusongelmat, taustamuuttujat, summamuuttujat, Cronbachin alpha-arvot sekä kysymysten numerot kyselylomakkeessa	28
Taulukko 2. Sairaanhoidajien ja lääkäreiden taustatiedot.....	33
Taulukko 3. Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuus.....	34
Taulukko 4. Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttö vakiintuneena työtapana	35
Taulukko 5. Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttö potilaan neuvonnassa ..	36
Taulukko 6. Eri erikoisalojen yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttö.....	37
Taulukko 7. Yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita kohtaan koettu asenne.....	38
Taulukko 8. Koulutuksen osuus yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuudessa ja käytössä	39
Taulukko 9. Hallinnollisen tuen osuus yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuudessa ja käytössä	40
Taulukko 10. Yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista koettu hyöty	41
taulukko 11. Käytön ja tunnettuuden sekä niiden taustatekijöiden summamuuttujien keskiarvot, keskihajonnat ja mediaanit	42
Taulukko 12. Ammatin yhteys yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttöön eri erikoisalojen suhteen.....	43
Taulukko 13. Eri ammattiryhmien yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunteminen ja käyttö potilastyössä	44
Taulukko 14. Eri ikäluokkien yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunteminen ja käyttö potilastyössä	44
Taulukko 15. Työssäoloajan yhteys yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttöön potilastyössä	45
Taulukko 16. Samassa työpaikassa toimimisajan yhteys yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuuteen ja käyttöön	45
Taulukko 17. Eri yksilökohtaisten tekijöiden yhteys yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuuteen ja käyttöön	46
Taulukko 18. Eri organisaatiotekijöiden yhteydet yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuuteen ja käyttöön	47
Taulukko 19. Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden ominaisuuksien yhteydet niiden tunnettuuteen ja käyttöön	47

KUVIOT

Kuvio 1. Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuuden ja käytön yhteyteen liittyvät tekijät (mukaellen Rogers 2003).....	22
--	----

LIITTEET

Liite 1	Kyselylomakkeen saate
Liite 2	Kyselylomake sairaanhoidajille
Liite 3	Kyselylomake lääkäreille

1 JOHDANTO

Eri väestöryhmien välinen tasa-arvo terveyspalvelujen saannissa on yksi keskeisistä suomalaisen terveystalouden tavoitteista. Perustavana periaatteena on tarjota jokaiselle Suomessa asuvalle yhtäläiset, laadukkaat ja riittävät terveyspalvelut riippumatta sosioekonomisesta asemasta, taloudellisista edellytyksistä, asuinalueesta ja muista palvelujen käyttöä rajoittavista tekijöistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001).

Terveyspalvelujen kysynnän ja tarjonnan tasapainon saavuttaminen asettaa merkittäviä haasteita palveluista päättävälle ja niitä järjestävälle. Palvelujen järjestäminen niukoilla resursseilla niin, että oikeudenmukaisuus ja tasa-arvoisuus toteutuvat, vaatii käytössä olevien keinojen kriittistä arviointia ja uusien toimintamallien kehittämistä.

Terveyspalvelujen priorisointi on herättänyt mielipiteiden vaihtoa sekä kansainvälisessä että suomalaisessa yhteiskuntakeskustelussa. Monessa maassa on pyritty lisäämään potilaiden tasa-arvoistamista erilaisilla priorisointimalleilla, joiden tavoitteena on tietoisesti ohjata terveyspalvelujen käyttöä ja tehdä priorisointi avoimeksi. Yhteiskunnan mikrotasolla terveyspalvelujen priorisoinnista puhutaan silloin, kun päätetään yksilöiden hoitoon pääsyn kriteereistä, hoidettavien potilaiden valinnasta ja siitä, kuinka paljon voimavarat jaetaan suhteessa potilaiden tarpeisiin (Ryynänen ym. 2006).

Kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi ajoittui vuosille 2002 - 2007. Hanke sai alkunsa siitä huomiosta, että kuntien toimintaedellytyksissä turvata asukkailleen riittävät ja asianmukaiset terveyspalvelut oli ilmennyt puutteita. Hankkeen tavoitteeksi asetettiin väestön terveystarpeista lähtevän hoidon saatavuuden, laadun ja määrän turvaaminen maan eri osissa asukkaan maksukyvyistä riippumatta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.)

Hankkeen myötä tehtiin uudistuksia ja tarkennuksia tehtiin lakiin kansanterveyslain muuttamisesta (855/2004), Valtioneuvoston asetukseen hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (1019/2004), lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta (858/2004), lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta (857/2004) ja La-

kiin erikoissairaanhoidon muuttamisesta (856/2004). Uudet hoitoon pääsyä ja hoidon tarpeen arviointia koskevat säädökset tulivat voimaan 1.3.2005.

Kansallisen terveysthankkeen myötä perustettu sosiaali- ja terveysministeriön asettama hoidon saatavuutta ja jonojen hallintaa pohtinut työryhmä teki ehdotuksen, että erikoissairaanhoidon kiireettömälle hoidolle laaditaan valtakunnalliset ohjeet, jotka perustuvat tieteelliseen näyttöön ja hyödyntävät kansallisia hoitosuosituksia ollen osa eri erikoisaloidilla sovellettavaa yleistä hoitokäytäntöä. Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden katsottiin olevan ohjeistuksena perusterveydenhuollon työntekijöille ja erityisesti lääkäreille silloin, kun he laativat potilaalle lähetettävä erikoissairaanhoidon. Alkuvaiheessa yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet laadittiin 193 sairauden tutkimiseen ja hoitoon, nykyisin näitä eri sairauksien tutkimiseen ja hoitoon määriteltyjä yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita on yli 200. Näistä valtakunnallisista ohjeista käytetään nimeä ”Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet”(Sosiaali- ja terveysministeriö 2005b).

Vaikka yhtenäisillä kiireettömän hoidon perusteilla ohjeistetaan paljolti lääkäreiden työtä, toimivat ne ohjeina myös sairaanhoitajille ja muille perusterveydenhuollossa työskenteleville esimerkiksi ohjattaessa potilasta tarkoituksenmukaisten palvelujen piiriin. Terveysthankkeen hallinnossa toimiville hoidon perusteet voivat toimia suunnittelun välineenä henkilöstön rekrytoinnissa, koulutuksessa ja perehdyttämisessä, koska ne muodostavat osittain suuntaviivoja siihen, millaisille potilaille ja millaisilla työnjakoperiaatteilla hoitoa tulee perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa järjestää.

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet ovat olleet käytössä kolme vuotta ja terveydenhuollossa on kokemuksellista tietoa niiden käytöstä. Tuoreimpien selvitysten mukaan yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita pidetään ohjauksellisen luonteensa vuoksi hoitoon pääsyn yhtenäistämiseksi ja tasa-arvoistamiseksi yhtenä keskeisimmistä kansallisen terveysthankkeen tavoitteiden toteutumista tukevana tekijänä (Vehviläinen ym. 2006, Tuomola 2008).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, kuinka hyvin yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet tunnetaan ja kuinka laajasti ne on otettu käyttöön perusterveydenhuollon käytännössä Pirkanmaalla. Tutkimuksen erityinen kiinnostuksen kohde on selvittää, miten yksilökohtaiset, organisaati-

osta johtuvat ja yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista johtuvat tekijät ovat yhteydessä niiden tunnettuuteen ja käyttöön lääkäreiden ja sairaanhoitajien keskuudessa.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Rogersin innovaatioteoria

Innovaatiotutkimus alkoi varsinaisesti 1940-luvulla, joten sitä voidaan pitää suhteellisen nuorena tutkimusperinteenä. Viime vuosikymmenien aikana innovaatiotutkimusta on tehty runsaasti eri tieteenoilla. Hoitotieteessä innovaatiotutkimusta on Suomessa käytetty tutkittaessa sairaanhoitajien kokemuksia verenpaineen hoitoon liittyvän käypä hoito -suosituksen käyttöönotosta (Alanen ym. 2007.) Kansainvälisessä hoitotieteellisessä tutkimuksessa innovaatiotutkimusta on käytetty viitekehystenä tutkittaessa tutkitun tiedon käyttöä hoitotyössä (Milner ym. 2005, Leeman ym. 2006, McConnell ym. 2007) ja näyttöön perustuva hoitotyön opetuksessa (Schmidt ja Brown 2007.) Suomessa innovaatioita ja niiden leviämistä on lisäksi tutkittu teknisten alojen ja talouselämän piirissä (Kolehmainen 1997) ja kansainvälisesti sosiologian, kulttuuri- ja talousmaantiedon, koulutuksen, talouselämän, viestinnän, teollisen tuotannon ja terveydenhuollon piirissä (Rogers ja Scott 1997).

Rogersin (2003) mukaan innovaatioiden diffuusio on prosessi, jossa innovaatio leviää kommunikation kautta tietyssä ajassa tiettyjen kanavien kautta sosiaalisen järjestelmän jäsenille. Harisalo (1984) määrittelee diffuusion prosessiksi, joka yleistää eri tahoilla luodut ja kehitetyt innovaatiot vieden näin muutosta eteenpäin. Muutamia tutkijaa kiinnostavat huomion innovaatioiden leviämisen termeihin diffuusio ja disseminaatio. Diffuusio voidaan rajata tarkoittamaan vain spontaania, suunnittelematonta ideoitten leviämistä, jolloin suunnitellusta ja ohjatusta innovaatioiden leviämisestä käytetään termiä disseminaatio. (Kolehmainen 1997.) Useimmissa tutkimuksissa käytetään termiä innovaatioiden diffuusio myös ohjatusta innovaation leviämisestä. Tässä tutkimuksessa innovaation leviämistä tarkastellaan pääosin omaksujan kannalta ja leviämisprosessista käytetään termiä diffuusio.

Terveytieteissä innovaatioiden diffuusiotutkimus alkoi 1950 -luvulla ja sen käyttö on siitä alkaen kasvanut jatkuvasti. Tutkimusten kohteina ovat olleet mm. uusien lääkkeiden käyttö, perhesuunnittelun menetelmät ja HIV/AIDS:in ehkäisy. (Rogers 2003.) Lisäksi tutkimuksen kohteina ovat olleet

uusien toimintatapojen, hoito-ohjeiden ja -suositusten, terveyden edistämishankkeiden ja tutkimuksiin perustuvan tiedon leviäminen terveydenhuollon eri organisaatioissa. (Rodgers 2000, Hubbard ja Hayashi 2003, Redfern ja Christian 2003, Paré ja Trudel 2007.) Innovaation diffuusiotutkimus soveltuu hyvin sekä spontaanien innovaatioiden että terveydenhuollon palvelujen parantamiseksi suunniteltujen innovaatioiden leviämisen tutkimiseen (Rogers 2003).

Innovaatioiden diffuusiotutkimusten keskeisiä tutkimuskysymyksiä ovat olleet innovaatiot, erilaisien innovaatioiden omaksumisen tapa ja nopeus erilaisissa sosiaalisissa järjestelmissä, mielipidejohtajuus, verkostot ja kanavat, joiden mukaan innovaatiot leviävät sekä innovaation seuraukset. (Rogers 2003). Kolehmainen (1997) mukaan kommunikaatioperspektiivi on voimakkaasti dominoinut diffuusiotutkimusta. Innovaatiota on silloin tarkasteltu enemmän innovaation tuottajan näkökulmasta ja katsottu, että innovaatio omaksutaan viestinnän seurauksena. Innovaatioiden diffuusioon kuuluu myös omaksumis- eli adaptaationäkökulma, jonka keskeisiä elementtejä ovat viestinnän tehokkuuteen, informaation luonteeseen, innovaation omaksuttavuuteen, omaksumisen esteisiin ja omaksujien innovatiivisuuden mittaamiseen liittyvien tekijöiden tutkiminen. (Kolehmainen 1997.)

Innovaation käyttöönottoon vaikuttavat tekijät eivät ole yksiselitteisiä. Rogersin (2003) mukaan innovaatioiden diffuusiotutkimuksen heikkoutena on pidetty innovaatioiden omaksujiin kohdistuvaa ennakoasennetta omaksumisen laajuudesta ja nopeudesta sekä sitä, että kaikilla oletetaan olevan samanlaiset mahdollisuudet ottaa innovaatio käyttöön. Kolehmainen (1997) puolestaan korostaa, että innovaatiotutkimuksissa ei ole riittävästi otettu huomioon omaksumiseen liittyviä organisatiotekijöitä. Myös Rogers (2003) kiinnittää huomion siihen, että innovaatiotutkimuksen luonteeseen on kuulunut se, että yksilö on vastuussa ongelmistaan eikä niinkään se sosiaalinen järjestelmä, johon yksilö kuuluu.

Hoitotieteen yhtenä tutkimuskohteena on hoitotyön johtaminen. Johtajuuden näkökulmasta terveydenhuollon organisaatioissa ovat avainasemassa osaamisen johtaminen ja kehittäminen, mitkä ovat keskeisiä haasteita osastonhoitajan työssä 2000-luvulla (Surakka 2006). Kun uusia toimintaohjeita tai suosituksia tuodaan henkilöstön käyttöön, on tärkeää, että toiminnalla on mukana hoitotyön johtajan tuki ja ohjaus (Gifford ym . 2006). Hoitotyön johtaja tarvitsee tietoa hoitotyön kehittämisen ja osaamisen johtamisesta. Suomalaiset hoitotyön johtajat ovat pääsääntöisesti alaisiaan innostavia ja kannustavia (Kanste 2005, Vuorinen 2008) ja muutosjohtajina maltillisia perustehtävän turvaajia

(Vuorinen 2008). Tässä tutkimuksessa yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteiden käyttöönottoa tutkitaan innovaatiotutkimuksen periaatteiden mukaisesti ja sen tarkoituksena on tuottaa tietoa siitä, miten hyvin kyseinen suositus tunnetaan ja miten laajasti se on otettu käyttöön perusterveydenhuollossa Pirkanmaalla. Tutkimus tuottaa tietoa myös siitä, mitkä toisaalta yksilön omaan aktiviteettiin ja toisaalta hallinnolliseen tukeen ja ohjaukseen liittyvät tekijät ovat yhteydessä uuden suosituksen käyttöönottoon. Innovaatiotutkimus kuvaa riittävällä laajuudella tutkittavaa ilmiötä (Metsämuuronen 2003) ja käsitejärjestelmä nousee suoraan Rogersin teoriasta. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet nähdään tässä tutkimuksessa uutena toimintamuotona, jonka käyttöönottoa tutkitaan perusterveydenhuollon lääkäreiden ja sairaanhoitajien näkökulmasta.

2.1.1 Innovaatio

Rogers (2003) määrittelee innovaation ideaksi, käytännöksi, toiminnaksi tai toiminnan lopputulokseksi (Harisalo 1984, Sundqvist 2003) tai välineeksi, joka on omaksujalleen uusi. Innovaation uutuutta voi olla sen sisältämä tieto, uusi asenne siihen tai päätös omaksua se (Miettinen 1996, Rogers 2003). Harisalo (1984) täsmentää, että uutuus on ominaisuus, joka yleisimmin liitetään innovaatioon. Innovaatio voi olla joko subjektiivisesti tai objektiivisesti uusi ja aikaväli ideasta innovaatioon on saattanut kestää vuosia.

Harisalon (1984) mukaan innovaatioon liittyy tavallisesti positiivinen arvovaraus, jolloin innovaatio voi olla ratkaisu visaiseen ongelmaan tai edistää tehokkuutta organisaatiossa. Kuitenkin innovaatio tieteellisenä käsitteenä on neutraali. Rogers (2003) toteaa, että innovaatio voi sosiaalisessa yhteisössä olla epäedullinenkin kaikille yksilöille tai tilanteesta riippuen ainoastaan joillekin yksilöille.

Harisalo (1984) katsoo, että innovaatioiden luokittelulla on potentiaalisten omaksujien käyttäytymistä sekä sen tutkimusta ja ymmärtämistä ajatellen oleellinen merkitys. Hän tarkastelee innovaatiota sen luonteen, tyyppin sekä innovaation omaksumista koskevan päätöksenteon avulla. Innovaatioiden luonne voidaan jakaa teknologisiin ja sosiaalisiin innovaatioihin. Teknologiset innovaatiot ovat pääasiassa yritysten kehittämiä, tuottamia ja markkinoimia hyödykkeitä sekä tieteellis-teknisen kehityksen synnyttämää teknologiaa. Sosiaalisia innovaatioita edustavat palvelut, hallintojärjestelmät, lait, tieteelliset teoriat, aatteet ja ideologiat. Julkinen hallinto on keskittynyt tuottamaan sosiaalisia innovaatioita. (Harisalo 1984.)

Innovaatiot voidaan tyypitellä perusinnovaatioihin ja parannettuihin innovaatioihin. Perusinnovaatiot edustavat uutta ajattelua ja luovat ratkaisevasti uusia käsitteitä ja toimintatapoja. Parannetuilla innovaatioilla tarkoitetaan perusinnovaatioiden määrällistä, laadullista ja toiminnallista parantamista innovaation implementoinnin tai omaksumisprosessin aikana. (Rogers 2003.) Toinen tyypittely jakaa innovaatiot tuoteinnovaatioihin ja prosessi-innovaatioihin. Tuoteinnovaatio sisältää tuotteita ja palveluja ja prosessi-innovaatio menetelmiä ja välineitä tuoteinnovaation toteuttamiseksi. (Harisalo 1984.)

Päätöksenteon tavan mukaiset innovaatiot Harisalo (1984) jakaa aktori-innovaatioihin ja auktoriteetti-innovaatioihin. Aktori-innovaatiot määritellään omaksujien itsenäisiksi omaksumispäätöksiksi ja auktoriteetti-innovaatiot säädetyn vallan ja auktoriteetin nojalla tehdyiksi päätöksiksi. Lakisäästeistä tai muuhun yleiseen ohjaukseen perustuvaa toimintaa voidaan pitää esimerkkinä auktoriteetti-innovaatiosta. (Harisalo 1984.)

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet on luonteeltaan sosiaalinen perusinnovaatio, joka on julkisen hallinnon tuottama ja on tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilöiden käyttöön. Perusinnovaation siitä tekee uuden toimintamallin luonne. Tarkoituksena kuitenkin on, että hoidon perusteiden käyttöönoton aikana niitä päivitetään ja korjataan saadun palautteen mukaan (Myllymäki 2005, Nylander 2005), mikä perusteiden ajatuksellisen lähtökohdan vuoksi tekee siitä parannetun innovaation. Yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita voidaan pitää auktoriteetti-innovaationa, koska ne perustuvat terveydenhuollon ylimmän hallinnon informaatio-ohjaukseen.

Rogersin (2003) mukaan innovaation ominaisuuksia arvioimalla voidaan päätellä jotain siitä, missä ajassa niitä omaksutaan. Kaupallisilla markkinoilla innovaation ominaisuudet vaikuttavat siihen, miten tuotetta ostetaan (Sundqvist 2003). Arvioitavia ominaisuuksia ovat suhteellinen hyöty, yhteensopivuus, monimutkaisuus, kokeiltavuus ja havainnoitavuus.

Innovaation suhteellinen hyöty kuvaa yksilön tyytyväisyyttä innovaatioon ja sitä, kuinka tärkeänä ja kuinka paljon parempana (Sundqvist 2003) hän sitä pitää verrattuna aikaisempaan käytäntöön. Havaittu hyödyllisyys ei välttämättä ole objektiivista ja se voidaan mitata paitsi taloudellisesti, niin myös mukavuudella, tyytyväisyydellä ja sosiaalisen vaikutusvallan lisääntymisellä. Yksilö mittaa innovaation suhteellista hyötyä hakemalla lisätietoa, keskustelemalla siitä ja arvioimalla sitä

(Greenhalgh ym. 2004), millä tavoin hän pyrkii vähentämään epävarmuutta sitä kohtaan. (Rogers 2003.)

Innovaation yhteensopivuudella tarkoitetaan sen kykyä olla yhtenevä nykyisten arvojen, aikaisempien kokemusten ja potentiaalisten omaksujien tarpeiden kanssa (Rogers 2003). Omaksujan ja innovaation välistä yhteensopivuutta voidaan tarkastella symbolisen ja toiminnallisen yhteensopivuuden dimensioilla. Symbolisella yhteensopivuudella tarkoitetaan omaksujan subjektiivista käsitystä innovaatiosta ja toiminnallinen yhteensopivuus viittaa siihen, mitä omaksujalta vaaditaan, jotta hän voi käyttää innovaatiota. (Sundqvist 2003.) Innovaation yhteensopivuutta tarkastellaan näin suhteessa sosiokulttuurisiin arvoihin ja uskomuksiin, aikaisempiin ideoihin ja tarpeisiin niin yksittäisen asiakkaan kuin organisaationkin suhteen (Rogers 2003, Greenhalgh ym. 2004).

Innovaation koettu monimutkaisuus liittyy vaikeuteen ymmärtää ja käyttää innovaatiota. Jos innovaatio osoittautuu hankalaksi käyttää, yksilö ei halua omaksua eikä ottaa sitä käyttöön. (Sundqvist 2003.) Kokeiltavuus kuvaa mahdollisuutta kokeilla innovaatiota rajatulla alueella. Kokeiltava innovaatio luo mahdollisuuden oppia tekemällä, mikä voi edistää innovaation käyttöönottoa. Havainnointavuus viittaa innovaation tulosten näkyvyyteen. Innovaation diffuusio heikkenee, mikäli tuloksia ei ole näkyvissä. (Rogers 2003.)

Miettisen (1996) mukaan innovaatiotoimintaan kuuluu laaja erilaisten toimintojen joukko, jota kuvataan usein innovaatioprosessiksi tai -ketjuiksi. Toimintoihin kuuluvat sekä innovaatioiden kehittyminen eli spontaani synty että innovointi eli innovaatioiden tietoinen kehittäminen, käyttöönotto ja omaksuminen yksilötasolla ja organisaatioissa. Innovaatioiden ja innovaatiotoiminnan määrittely vaihtelee tilanne- sekä kontekstisidonnaisesti. Myös määritelmien selkeys ja analyttisyys vaihtelevat. Termeillä saatetaan viitata koko laajaan innovaatiotoimintojen ketjuun tai -prosessiin sekä sen erilaisiin tuotoksiin erottamatta onko kysymys toimijoista, toiminnasta vai sen tuotoksesta. (Miettinen 1996.) Hoitotieteessä innovaatiotoimintaa on tutkittu näyttöön perustuvan hoitotyön (Milner ym. 2005, Leeman 2006) ja hoitosuosituksen käyttöönoton (Puffer ja Rashidian 2004, Alanen ym. 2008) näkökulmista.

2.1.2 Kommunikaatiokanava ja innovaation omaksumisen vaiheet

Kommunikaatiokanavalla tarkoitetaan reittiä, missä viesti kulkee yksilöltä toiselle. Kanavana voi toimia joukkotiedotusvälineet tai muu vastaanottajiin nähden ulkopuolinen taho. Yksityiskohtaisemmin viesti kulkee yleensä henkilökohtaisten verkostojen ja kontaktien välityksellä, minkä on katsottu olevan tehokkain innovaation leviämisen tapa. (Hubbard ym. 2003.) Joukkotiedotusvälineet ovat tehokkaita kanavia jakamaan tietoa innovaatiosta, kun taas henkilökohtaiset kontaktit muokkaavat asenteita uutta ideaa kohtaan vaikuttaen yksilön päätöksen omaksua tai hylätä se. Yksilöt usein arvioivat innovaatiota enemmän toisten kokemusten ja arvioinnin kuin tutkitun tiedon perusteella. (Rogers 2003.)

Uusi idea tai toimintatapa tulee yhteisöön sen ulkopuolelta. Kaikki yhteisön jäsenet eivät omaksu sitä samanaikaisesti, vaan osa omaksuu sen heti kun taas toiset saattavat ennen käyttöönottopäätöstään odottaa, minkälainen menestys innovaatiolla on. (Hubbard ja Hayashi 2003.) Rogers (2003) luokittelee potentiaaliset innovaation omaksujat viiteen kategoriaan omaksujien innovatiivisuuden perusteella: innovaattorit, varhaisomaksujat, varhaisenemmistö, myöhäisenemmistö ja vitkastelijat. Sundqvist (2003) katsoo, että omaksujien innovatiivisuus on varsin vaikea muuttuja, erityisesti silloin, kun omaksujat tulisi tunnistaa segmentoinnin tueksi. Useammin nähtyjä luokitteluperusteita ovat demografiset tekijät (Hubbard ja Hayashi 2003), psykograafiset tekijät ja informaatiokäyttäytyminen (Sundqvist 2003).

Innovaation omaksumista kuvataan tavallisesti s-kirjaimen muotoisella käyrällä. Se esittää omaksujien määrän ajan funktiona. Aluksi innovaation omaksujia on vähän, minkä jälkeen määrä nousee saavuttaen jälleen rajan, jossa omaksujien määrä aikaan suhteutettuna vähenee. (Rogers 2003.)

Innovaatioiden diffuusion yhteydessä aikaperspektiiviä käsitellään kahdella tavalla. Yksittäisen omaksujan osalta ajalla tarkoitetaan sitä aikaväliä, joka kuluu omaksumis- tai hylkäämispäätösten tekoon siitä, kun hän ensimmäisen kerran kuuli innovaatiosta. Sosiaalisen järjestelmän näkökulmasta aikaa tarkastellaan mittaamalla innovaation omaksumisen kulkunopeutta yksilöiden keskuudessa. Tavallisesti mittauksen kohteena on niiden yksilöiden lukumäärä, jotka ovat omaksuneet innovaation tietyssä ajassa. (Rogers 2003.)

Rogers (2003) tarkastelee innovaation päätöksentekoprosessia (the Innovation-Decision Process) omaksumisprosessina, joka kulkee viidessä vaiheessa kohti innovaation käyttöönottoa. Prosessi alkaa sitä, kun yksilö saa tiedon innovaation olemassaolosta ja luo käsityksen sen toiminnasta. Hoitoyhteisössä tieto uudesta toimintatavasta voidaan välittää esimerkiksi postin kautta jokaiselle työntekijälle, jolloin työntekijä tutustuu siihen tai hylkää innovaation jo siinä vaiheessa (Landrum 1998).

Seuraavassa vaiheessa yksilö asennoituu innovaatioon joko suotuisasti tai epäsuotuisasti. Hän prosessoi entistä ja uutta tietoa ja tekee vastaanottamistaan viesteistä luotettavuutta koskevia tulkintoja ja muodostaa päätöstään ottaa innovaatio käyttöön tai hylätä se. (Hubbard ym. 2003.) Suostumisen vaiheessa innovaation suhteellinen hyöty, yhteensopivuus ja monimutkaisuus ovat ratkaisevassa asemassa (Rogers 2003.) Landrumin (1998) mukaan hoitoyhteisön työntekijän suotuisaan asennoitumiseen voidaan tässä vaiheessa vaikuttaa tuomalla esiin positiivisia asioita innovaatiosta.

Kolmannessa vaiheessa yksilö liittyy toimintoihin, jotka johtavat joko innovaation hyväksymiseen tai hylkäämiseen. Yksilö haluaa kokeilla innovaatiota tai vaihtoehtoisesti hän kerää tietoa toisten käyttökokemuksista. Implementointivaiheessa yksilö ottaa innovaation käyttöön kiinnostuneena, kuinka innovaatiota käytetään, mistä sen saa ja mitä pulmia sen käyttöönottoon voi liittyä. Viimeisessä eli vahvistamisvaiheessa yksilö etsii vahvistusta päätökselleen, mutta on valmis vielä luopumaan innovaatiosta, jos innovaatiota koskeva kielteinen käsitys vahvistuu enemmän. Innovaation päätöksentekoprosessi sisältää jatkuvaa informaation etsimistä ja sen prosessointia, missä yksilö pyrkii asteittain vähentämään epävarmuuttaan innovaatiota kohtaan. Yksilö voi ottaa käyttöön tai luopua sitä missä tahansa omaksumisprosessin vaiheessa. (Rogers 2003.)

2.1.3 Sosiaalinen järjestelmä innovaation leviämisen ehtona

Innovaatioiden diffuusio tapahtuu tietyssä sosiaalisessa järjestelmässä, jonka sosiaalinen rakenne vaikuttaa diffuusioon monella tavalla (Rogers 2003). Koska sosiaalisen järjestelmän normit sanelevat sen sisäisen vuorovaikutuksen ja kommunikoinnin asteen, vaikuttaa järjestelmän luonne merkittävästi innovaation omaksumisnopeuteen. Hoitoyhteisöissä, joissa työskennellään joka päivä yhdessä, tieto innovaatiosta leviää nopeasti. (Landrum 1998.)

Harisalon (1984) mukaan sosiaalinen järjestelmä muodostuu niistä aktoreista, jotka ovat innovaation potentiaalisia omaksujia ja jotka vaikuttavat omaksumisprosessiin. Sosiaaliseen järjestelmään kuuluu myös tekijöitä, jotka edistävät tai ehkäisevät innovaation omaksumista. Sosiaalinen järjestelmä asettaa myös rajat innovaation leviämiseksi. Mielipidejohtajat ja muutosagentit ovat omaksujien lisäksi osa sosiaalista järjestelmää. Arvot vaikuttavat aktoreiden käyttäytymiseen ja innovaation omaksumiseen. (Harisalo 1984, Mäki 2000, Rogers 2003.)

Rogersin (2003) mukaan organisaation rakenne ja luonne vaikuttavat innovaation diffuusion merkittävällä tavalla. Ensimmäinen kuvaava piirre on hallinnon keskittämisen aste, millä Rogers (2003) tarkoittaa hallinnollista tapaa jakaa valtaa ja kontrollia keskitetysti tai hajautetusti. Toiseksi arvioidaan organisaation luonnetta sillä perusteella, missä määrin organisaation toiminta perustuu tietotyöhön ja asiantuntijuuteen, mistä käytetään ilmaisua monimutkaisuus. Organisaation luonnetta kuvataan myös sen muodollisuuden asteella, missä arvioidaan sitä, missä laajuudessa siellä tehtävä työ perustuu erilaisiin toimintaohjeisiin. Lisäksi arvioinnin kohteena on ihmisten verkostoitumisen mahdollisuus sekä se, missä määrin organisaatiossa on käytettävissä olevia vararesursseja. Rogers (2003) toteaa, että yleensä diffuusio onnistuu helpommin organisaatiossa, jossa on matala hallinnon keskittämisen aste, korkea tietotyön ja asiantuntijuuden aste, matala muodollisuuden aste, korkea verkostoitumisen aste ja varalla olevia resursseja.

2.2 Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet

Hoitotakuun myötä erikoissairaanhoitolakiin tuli säädös, joka velvoitti sairaanhoitopiirit laatimaan erikoissairaanhoidon kiireettömälle hoidolle valtakunnalliset ohjeet, jotka tuli pohjautua yhtenäisiin lääketieteellisiin ja hammaslääketieteellisiin perusteisiin (Myllymäki 2005, Teperi 2005). Kyseisten perusteiden tarkoituksena oli toimia suosituksina, jotka toimivat terveydenhuoltohenkilöstön apuna potilaan hoidosta päätettäessä. Suositusten tuli perustua tieteelliseen näyttöön, niissä tuli hyödyntää kansallisia hoitosuosituksia ja niiden tuli olla osa eri erikoisaloilla sovellettavaa yleistä hoitokäytäntöä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a.)

Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden laadinnassa on käytetty käypä hoito -suosituksia ja muualla maailmassa kehitettyjä hoitoon pääsyn kriteerejä. Niitä odotetaan käytettävän erityisesti silloin, kun potilas lähetetään ei-kiireelliseen hoitoon perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoi-

toon. Haasteena on ollut saada aikaan järjestelmä, jossa lähettävät ja vastaanottavat osapuolet tuntevat ja tulkitsevat hoidon kriteerejä mahdollisimman yhtenäisesti. (Nylander 2005.)

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet on jaettu sisätautien, kirurgian, naistentautien, silmätautien, korva-, nenä- ja kurkkutautien, hammas- ja suusairauksien, aikuispsykiatrian, lastenpsykiatrian, neurologian, keuhkosairauksien, apuvälinepalvelun ja kuvantamisen osa-alueisiin. Kunkin osa-alueen sisällä on määritelty diagnoosi- tai toimenpidepohjaiset kriteerit, joiden perusteella terveydenhuollon henkilöstö arvioi yhteisymmärryksessä potilaan kanssa hoidon tarpeen ja tekee hoitopäätöksen yleisesti sovitun hoitokäytännön mukaisesti. Yhtenäisistä perusteista huolimatta potilaan hoidon tarve on kuitenkin arvioitava yksilöllisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005a.)

Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden piiriin mukaan otetut tauti- ja toimenpideryhmät on valittu niiden yleisyyden, taudin vakavuuden ja hoidon vaikuttavuuden perusteella. Valtakunnallisessa tiettyä tauti- ja toimenpideryhmää koskevien hoidon indikaatioiden määrittelyssä on sovellettu periaatteita, jotka ovat diagnostisten kriteereiden täyttyminen, taudin potilaalle aiheuttama oireisuus ja haitta, taudin ennuste ja hoidon vaikuttavuus sekä hoitamatta jättämiseen liittyvät riskit. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a.)

2.2.1 Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden laadinta ja käytön arviointi

Valtioneuvoston asettama kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi ajoittui vuosille 2002 – 2007 ja sen tavoitteeksi asetettiin väestön terveystarpeista lähtevän hoidon saatavuuden, laadun ja riittävän määrän turvaaminen maan eri osissa asukkaan maksukyvyistä riippumatta. Yksi hankkeen keskeisistä kehittämisalueista koski hoitoon pääsyn turvaamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.)

Hankkeen alkuvaiheessa kiinnitettiin eniten huomiota hoitoon pääsyn turvaamiseen. Terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien velvoitetta järjestää kiireetön hoito määräajassa täsmennettiin lakimuu- toksilla (Myllymäki 2005), joiden tavoitteena oli turvata terveystarpeisiin perustuva hoidon saatavuus, vähentää eroja hoitoon pääsyssä, lisätä odotusajan läpinäkyvyyttä sekä lisätä oikeudenmukai- suutta ja yhdenvertaisuutta hoitoon pääsyssä (Pajukoski 2005, Ryyänen ym. 2006). Hoidon perus- teiden uudistuksen ja kansallisen terveyshankkeen avulla pyrittiin korjaamaan terveydenhuoltoja

jestelmää puuttumatta kuitenkaan sen perusteisiin. Tarkoituksena oli taata potilaille mahdollisimman nopeasti mahdollisuus hoitoon silloin, kun kyseessä on ei-kiireellinen hoito. (Nylander 2005.)

Kansallisessa terveysthankkeessa hoidon saatavuutta ja jonojen hallintaa pohtineen työryhmän lähtökohtaisena ajatuksena oli tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden turvaaminen terveystalvelujen järjestämisessä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a). Terveysthuollon eettinen neuvottelukunta (2003) kannanotossaan totesi, että terveydenhuollon etiikan keskeisiä periaatteita ovat ihmisen itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus ja näihin periaatteisiin myös hoitoon pääsy terveydenhuollossa nojaa. Oikeudenmukaisuus hoidossa edellyttää myös sitä, että yhtäläisessä hoidon tarpeessa olevat hoidetaan samojen periaatteiden mukaisesti. Terveysthuollon järjestelmässä on tärkeää huolehtia sellaisista ryhmistä, jotka eivät itse pysty, osaa tai jaksaa vaatia itsellensä oikeudenmukaista kohtelua. Yhdenmukaisilla hoitoon pääsyn kriteereillä edistetään oikeudenmukaisuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003.)

Varsinainen hoidon perusteiden laatiminen jaettiin erikoisaloittain erityisvastuualueille, joissa työ tehtiin yhteistyössä perusterveydenhuollon, hoitotyön ja lääketieteellisen asiantuntemuksen kanssa kuullen mahdollisuuksien mukaan järjestöjä, Kansaneläkelaitosta ja kuntia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005a). Suositusten mukaisten hoidon aiheiden täyttymisestä tuli tehdä kriteerikohtaisesti merkintä potilaan sairauskertomukseen ja, mikäli potilas asetettiin hoitojonoon, työryhmän ehdottamaan jonojen seurantajärjestelmään (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a).

Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden laatiminen aloitettiin helmikuussa 2004. Työlle asetettiin johtoryhmä, jossa oli edustus mm. Sosiaali- ja terveysministeriöstä, TEO:sta, Stakesista, Suomen kuntaliitosta, sairaanhoitopiireistä, terveyskeskuksista sekä järjestöistä. Johtoryhmä valvoi, ohjeisti ja koordinoi yhtenäisten kriteerien laadintatyötä. Tavoitteena oli laatia perusteet noin 80 %:lle kiireettömästä hoidosta ja alkuvaiheessa kiireettömän hoidon perusteet laadittiin 193 sairauden hoitoon ja tutkimiseen. Tarkoituksena oli, että kyseessä ei ollut työ, joka tehtiin kerralla valmiiksi, vaan hoidon perusteita tuli korjata ja kehittää edelleen saatujen kokemusten perusteella. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005b.)

Hoidon perusteiden määrittelyä pidettiin ongelmallisena ja haastavana tehtävä. Hoitotapojen kirjo on suuri ja jatkuvasti laajeneva eikä kaikkia hoitotapoja ole arvioitu niiden vaikuttavuuden pohjalta.

Joissakin sairausryhmissä korostuvat fyysiset tekijät ja niiden suhteellisen helppo mitattavuus kun taas toisissa sairausryhmissä korostuvat psyykkiset ja sosiaaliset tekijät ja niiden monitahoinen mitausongelma (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004c, Nylander 2005).

Hoitoon pääsyä ja hoidon tarpeen arviointia koskevat säädökset tulivat voimaan 1.3.2005. Uudistuksia ja tarkennuksia tehtiin Lakiin kansanterveyslain muuttamisesta (855/2004), Valtioneuvoston asetukseen hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (1019/2004), Lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta (858/2004), Lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta (857/2004) ja Lakiin erikoissairaanhoidon muuttamisesta (856/2004).

Uusien säännösten mukaan potilaalla pitää olla mahdollisuus saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteys terveyskeskukseen. Terveysdenhuollon ammattilaisen tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä potilaan yhteydenotosta, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Terveysdenhuollon ammattihenkilö, jolla on asianmukainen koulutus, kokemus sekä yhteys hoitoa antavaan työyksikköön ja käytettävissä potilasasiakirjat, voi tehdä hoidon tarpeen arvioinnin. Hoidon tarpeen arviointi voidaan tehdä vastaanottokäynnin yhteydessä tai puhelinpalveluna, joka perustuu potilaan antamiin esitetietoihin. Potilaalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta. Erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta ja hoito siellä aloitetaan viimeistään kuudessa kuukaudessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b.)

Kolme vuotta käytössä olleiden yhtenäisen kiireettömän hoidon perusteiden laatimista pidetään kenties hoitotakuutavoitetta merkittävämpänä terveystoimintana. Hoidon perusteiden määrittely on vaikuttanut ohjauselementtinä hoitoon pääsyn yhtenäistymisessä ja tasa-arvoistumisessa, mutta niiden noudattamisessa on erityisesti perusterveydenhuollossa kehitettävää. Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden ylläpito sekä jatkokehittäminen tulee nähdä keskeisenä kansallisena tehtävänä, jonka hoitaminen tulisi selkeästi tulevaisuudessa vastuuttaa. (Tuomola ym. 2008.)

Stakesin (2008) selvityksen mukaan yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttöönoton myötä hoidontarpeen arviointi ja toiminta- sekä kirjaamiskäytännöt ovat tarkentuneet ja siten helpottaneet hoidon priorisointia. Lähetekäytäntöjen selkiytyminen, hoitoketjujen käyttöönotto ja hoi-

donporrastus ovat helpottaneet toiminnan johtamista ja suunnittelua perusterveydenhuollossa. Potilaan hoidossa yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet ovat toimineet apuvälineenä potilaan kohtaamisessa ja siten helpottaneet lääkäreiden ja muun hoitohenkilökunnan päivittäistä työtä. (Tuomi-
nen ym. 2008.)

2.2.2 Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet osana terveydenhuollon priorisointia

Termillä priorisointi tarkoitetaan terveydenhuollon käytännössä potilaiden, hoitojen tai sairauksien laittamista tärkeysjärjestykseen (Vuorenkoski ja Saarni 2006). Kaikissa maissa toteutetaan terveydenhuollon priorisointia tavalla tai toisella. Mikään terveydenhuoltojärjestelmä ei ole pystynyt tarjoamaan koko väestölle kaikkia lääketieteen mahdollistamia terveystalveta. Keskustelu terveydenhuollon priorisoinnista on lisääntynyt 1990 -luvulla, kuten myös priorisointia käsittelevä tutkimus. (Hetemaa ym. 2003.)

Priorisointi voi olla horisontaalista tai vertikaalista. Horisontaalisella priorisoinnilla tarkoitetaan sairauksien välistä priorisointia ja vertikaalisella samaan sairauteen liittyvää eri hoitomuotojen välistä priorisointia. (Ham 1997.) Horisontaalista priorisointia pidetään haastavampana, koska hoidon tehon ja hyödyn vertailu sairaustilojen välillä on vaikeampaa kuin yhden sairauden sisällä (Hetemaa ym. 2003).

Priorisoinnin eksplisiittisyydellä tarkoitetaan sitä, että priorisointipäätökset tehdään systemaattisesti, käyttäen selkeitä perusteita ja tekemällä päätökset selkeästi määritellyn prosessin tuloksena. Implisiittinen priorisointi tapahtuu muuhun päätöksentekoon verhottuna tarkemmin määrittelemättömien perusteiden ja prosessien tuloksena. Suomalaisin termein voidaan eksplisiittisestä priorisoinnista käyttää termiä julkisäännöstely ja implisiittisestä priorisoinnista termiä piilosäännöstely. (Vuorenkoski ja Saarni 2006.)

Tutkimusten mukaan implisiittisen priorisoinnin puolustajat (Mechanic 1995, Coast 1997, Marmor ja Boyman 1999) perusteluissaan vetoavat siihen, että se tarjoaa joustavamman lähestymistavan terveydenhuollon monimutkaisiin kliinisiin päätöksentekotilanteisiin ja se luo vähemmän jännitteitä, koska myös yksittäisen potilaan kokema subjektiivinen tarve voidaan ottaa huomioon. Eksplisiittisen priorisoinnin kannattajat (New 1996, Doyal 1997, Sabin 1998) puolestaan korostavat, että

eksplisiittisyys on demokraattisempi tapa priorisoida ja se parantaa vastuullista priorisointia tekemällä siitä perustellumpaa ja läpinäkyvämpää. Se tukee priorisoinnin johdonmukaisuutta ja antaa kansalaisille mahdollisuuden arvioida, ovatko priorisoinnin perustelut oikeita (Doyal 1997, Coast 2001).

Yhtenäisten kiirettömän hoidon perusteiden luominen liittyy terveydenhuollon voimavarojen oikeudenmukaiseen jakoon ja on priorisointia (Ryynänen ym.2006). Suomessa ja kansainvälisesti on tehty priorisointitutkimusta ja useat maat ovat 1980 -luvulta alkaen tehneet erilaisia priorisointimalleja turvaamaan potilaiden tasa-arvoista ja oikeudenmukaista hoitoon pääsyä. Näitä malleja on osittain käytetty pohjana myös Suomessa luotuihin yhtenäisiin kiirettömän hoidon perusteisiin, joiden suomalaista suunnittelu- ja toteuttamisprosessia pidetään kansainvälisestikin varsin mittavana ja ainutlaatuisena työnä (Myllymäki 2005).

Suomessa priorisointitutkimus on keskittynyt pääasiassa päättäjien, ammattilaisten ja potilaiden arvojen ja priorisointikriteereiden empiiriseen tutkimukseen. Lääkäreiden, hoitajien, poliitikoiden ja kansalaisten prioriteetteja on tutkittu useiden kyselytutkimusten avulla (Kinnunen ym. 1998, Ryynänen ym. 1998, Ryynänen ym. 1999). Kinnusen ym. (1998) tutkimuksessa todettiin, että mikäli resursseja pitäisi vähentää, kaikki edellä mainitut ryhmät priorisoisivat akuutit hoidot ja psykiatrisen hoidon korkeammalle kuin ennaltaehkäisyyn, kouluterveydenhuollon, työterveyshuollon ja kuntoutuksen. Kaikki priorisoivat lapsia ja vakavasti sairaita (Ryynänen ym. 1998, Ryynänen ym. 1999). Priorisointikeinoista hyväksytyimpiä olivat käyntimaksut ja kalliiden hoitojen karsiminen. Yhteenvetona suomalaisista tutkimuksista voidaan havaita, että eri ryhmien näkemykset poikkeavat merkittävästi toisistaan.

Ryynänen ym. (2006) katsovat, että Suomessa hoitotakuulainsäädäntö on ollut priorisoinnin kannalta merkittävä. Sen määrittelemät hoidon arviointiin pääsyn aikarajat ja valtakunnalliset hoitoon pääsyn kriteerit muodostavat askeleen kohti aiempaa avoimempaa ja rationaalisempaa terveydenhuollon priorisointia myös Suomessa. (Ryynänen ym. 2006, Vuorenkoski ja Saarni 2006.)

Priorisoinnin eksplisiittisyys on monissa maissa todettu tärkeäksi, mutta vain harvoissa maissa eksplisiittinen priorisointijärjestelmä on käytössä. Eksplisiittistä priorisointia jonojen hallinnassa on pyritty toteuttamaan erilaisten pisteytysjärjestelmien avulla. Eksplisiittistä priorisointia on yritetty

toteuttaa mm. Oregonissa Yhdysvalloissa, Uudessa-Seelannissa, Ruotsissa, Espanjassa, Israelissa, Iso-Britanniassa, Hollannissa, Norjassa ja Kanadassa (Hetemaa ym. 2003.)

Norja, jonka terveydenhuolto perustuu hyvin pitkälle julkiselle sektorille (Lammintakanen 2005), on ollut ensimmäisten maiden joukossa luodessaan yhtenäisiä suosituksia priorisoinnille (Norheim ym. 2001). Lönningin komiteat ovat hoitojen priorisointia koskevassa työssään asettaneet suosituksia hoitoon pääsyn kriteereille ja laatineet niitä asettaen etusijalle kaikkein vakavimmin sairaat. Kehittämistyössä ne ovat kiinnittäneet huomiota myös niiden käyttöönoton tukemiseen. (Calltorp 1999.)

Ruotsin valtionhallinnolla on ollut terveydenhuollon priorisointiin liittyvää aktiviteettia 1990-luvulta lähtien. Ruotsalaisen terveydenhuollon priorisointia ohjaavat lähtökohdat ovat ihmisarvo, tarve, solidaarisuus ja kustannus - tehokkuusperiaate. (Lammintakanen 2005.)

Alankomaissa terveydenhuollon priorisointia kuvaavia päälinjoja ovat teknologian arvioinnin aloittaminen, peruspalvelujen arviointi, jonojen käyttöönotto ja tarkoituksenmukaisen hoidon tarjoaminen. Alankomaiden terveydenhuollossa painottuu implisiittinen päätöksenteko ja julkisia kannanottoja vältetään. (Hetemaa ym. 2003, Lammintakanen 2005.)

USA:ssa ns. Oregonin mallissa priorisoidaan Medicaid -terveysohjelman puitteissa osalle köyhistä annettavia terveyspalveluja. Terveydenhuollon palveluja priorisoidaan eksplisiittisesti makrotasolla tavoitteena laajentaa Medicaidin koskemaan entistä suurempaa osaa väestöstä. (Hetemaa ym. 2003.) Tärkeysjärjestyksen laatimisen perustana ovat elämän säilyminen, oireiden poistuminen ja mahdollisimman normaalin elämän jatkuminen hoidon jälkeen ja elämän laatu hoidon jälkeen. (Lammintakanen 2005.)

Uudessa Seelannissa on vuosien ajan ollut käytössä erikoissairaanhoidon toimenpiteille pisteytysjärjestelmä hoitoon pääsyn rajojen määrittämiseksi (Ketola ym. 2005). Arvolähtökohtina ovat hyöty, taloudellisuus, oikeudenmukaisuus ja yhteiskunnan arvot. Keskeisiä ratkaisuja ovat varausjärjestelmän kehittäminen jonojärjestelmän sijaan sekä suositusten ja hoitoon pääsyn kriteereiden laadinta ja niiden suunnitelmallisen käyttöönoton edistäminen. (Edgar 2000, Gauld ja Derrett 2000.)

Kanadan terveydenhuollossa merkittävin yritys eksplisiittiseksi priorisoinniksi on vuonna 1999 alkanut Western Canada Waiting List -projekti, jossa on pyritty luomaan eksplisiittiset kriteerit potilaiden asettamiseksi kiireellisyysjärjestykseen. Western Canada Waiting List -projektissa luotua pisteytysjärjestelmää on käytetty hyväksi luotaessa kiireettömän hoidon perusteita Irlannissa, Englannissa, Australiassa, Suomessa, Norjassa, Italiassa, Espanjassa, Trinidadissa ja Tobagossa. Kyseistä pisteytysjärjestelmää pidettiin luotettavana ja validina arvioitaessa potilaan tilaa erikoissairaanhoidon pääsyyn nähden. Haasteita nähtiin järjestelmään tutustumisessa, käyttäjien käyttäytymisen muuttumisessa ja hallinnollisen tuen puuttumisessa järjestelmän implementointivaiheessa. (De Coster ym. 2007.)

2.3 Hoidon porrastus ja hoitoketju

Suomessa sairaanhoito porrastetaan kotihoitoon, perusterveydenhuollon sairaanhoitoon, erikoissairaanhoidon ja erityistason sairaanhoitoon, jota annetaan yliopistosairaaloissa. Erikoissairaanhoidon laki asettaa vaatimuksia hoidonporrastukseen. Erikoissairaanhoidon lain 10 § mukaan ”Sairaanhoidopiiriin kuntayhtymän tulee alueellaan huolehtia erikoissairaanhoidopalvelujen yhteensovittamisesta ja yhteistyössä terveyskeskuksen kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoidon siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoidon muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden.” Edelleen laki velvoittaa sairaanhoidopiiriin antamaan alueensa terveyskeskuksille niitä niiden tarvitsemia erikoissairaanhoidon palveluja, joita ei ole järkevää tuottaa terveyskeskuksissa. (Erikoissairaanhoidon laki 10§.)

Hoitoketjumallit pohjautuvat hoitosuosituksiin ja niitä käytetään hyväksi suunniteltaessa asiakas-kohtaisia organisaatorajat ylittäviä yksilöllisiä hoitoketjuja (Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastot 1999). Hoitoketju on pohjimmiltaan vastuunottoa potilaan hoidon järjestämisestä. Siinä varmistetaan tiedonkulkua ja yhteistyösopimusten ylläpitoa kuvaamalla perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja joskus myös sosiaalitoimen ja muiden osapuolien, kuten esimerkiksi kansanterveysjärjestöjen, tehtävät ja työnjako. Hoitoketjut ovat julkisia ja olemukseltaan läpinäkyviä ja niiden tarkoituksena on tukea hoidon porrastusta kunkin sairaanhoidopiiriin sisällä. (Nuutinen 2000.) Jotta niillä voidaan vaikuttaa alueen toimintaan, niiden on oltava helposti kaikkien toimijoiden saatavissa ja niiden soveltuvuutta arkityöhön on aktiivisesti seurattava. (Ketola ym. 2006b.)

Hoitoketjun saumaton toimivuus on myös kustannushallinnan keino, koska erikoissairaanhoidon kustannukset syntyvät pääosin sairaalan hoitoprosessista (Lauslahti 2007). Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä laaditaan myös alueellisia hoitosuosituksia ja -ohjelmia, joissa määritellään työnjaon tapa. Lääketieteellisen tiedon osalta sekä hoitoketjujen että alueellisten hoitosuositusten ja -ohjelmien tulisi perustua valtakunnallisiin hoitosuosituksiin (Nuutinen 2000, Palomäki ym. 2004), joiden käyttö tukee hoitoketjujen muodostamista ja edistää potilaan hoitoratkaisujen läpinäkyvyyttä sekä vuoropuhelua perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. (Myllymäki 2005.) Hoitotyön suositukset edustavat osaltaan tiivistettyä tietoa ja ovat hyviä työvälineitä tutkimustiedon viemiseksi käytäntöön toimimalla hoito-ohjelmien ja -käytäntöjen pohjana (Perälä ja Pelkonen 2006).

Hyvään hoitoon kuuluu asiakkaiden sujuva pääsy hoitoon, toimivat hoitoketjut, joustava tiedon kulku, sekä yhteiset kaikkien saatavilla olevat hoito-ohjeet. Tavoitteena on luoda laadukkaan hoidon kokonaisuus, jossa potilaan etu (Kumpusalo 1991) sekä eri hoitoportaiden ja yhteiskunnan intressit ovat tasapainossa ja resurssit optimaalisessa käytössä. Keskeistä on hyödyntää voimavarat niin, että potilas hoidetaan näyttöön perustuvien menetelmin (Kumpusalo 1991, Ketola ym. 2004) oikea-aikaisesti (Kumpusalo 1991) oikeassa paikassa. (Keskitalo 2002.)

2.4 Hoitosuositukset

Hoitosuositus on asiantuntijoiden laatima, tietyn potilasryhmän hoitoon kantaa ottava suositus, joka parhaimmillaan perustuu kirjallisuushaun perusteella tehtyyn systemoituun kirjallisuuskatsaukseen (Nuutinen 2000, Kaila ym. 2002). Hoitotyön suositukset ovat vankkaan tutkimusnäyttöön ja perusteelliseen arviointiprosessiin perustuvia lausuntoja, joissa kuvataan esimerkiksi terveyden edistämisen, terveysongelmien ehkäisyn, tunnistamisen, hoidon, seurannan tai kuntoutuksen erilaisia vaihtoehtoja, niiden käyttökelpoisuutta ja vaikuttavuutta (Suomen sairaanhoitajaliitto 2004). Hoitosuositus toimii käyttäjälleen kliinisen päätöksenteon tukena, laatuviitteenä ja terveydenhuollon ammattilaisen työkaluna ammattitietojen ajan tasalla pitämisessä. Se ei yleensä anna ohjetta eikä ota kantaa hoidon porrastukseen, työnjakoon tai muihin hoidon järjestämistä koskeviin asioihin, mutta sitä voidaan kuitenkin rakennettaessa hoidon porrastusta. (Roine ym. 2003, Palomäki ym. 2004.) Näytötpohjaisen terveystieteen ominaisuuksia ovat tutkimustiedon kriittinen arviointi ja tiivistäminen, kootun tiedon soveltaminen arkikäytännössä ja oman toiminnan jatkuvat arviointi. (Kaila ym. 2002,

Ketola ym. 2004.) Hoitosuosituksilla ei ole virallista asemaa ja ne ovat nimensä mukaisesti suosituksia. Poikkeaminen niistä on käytännön työssä joskus välttämätöntä. (Kaivola ja Myllymäki 2004.)

Hoitosuositustyö liittyy myös niiden käyttöönotto, joka koskee niin yksilöä kuin tiimiä ja koko organisaatiota. Uuden toimintamuodon käyttöönotto on muutos ja sen aikaansaaminen on haasteellista. (Ketola ym. 2006a, Hader ym. 2007.) Vaikka käyttökelpoisia suosituksia on paljon, asettuvat jotkut käytäntöön paremmin kuin toiset. Syitä voivat olla kyseessä oleva terveysongelma, kehitetty menetelmä, suosituksen sisältö, suosituksen muoto ja ulkoasu (Grol ja Grimshaw 2003), muutoksen koettu tarve, tietoisuus suosituksesta, osoitettu riskitön hyöty potilaan hoidossa sekä potilaan ja hänen omaistensa hyväksyntä suositukselle (Hader ym. 2007). Organisaation johtajien tuki, henkilöstön osaaminen, näyttöön perustuvan toiminnan näkyminen ja ohjeistaminen toimintasuunnitelmissa sekä kollegoiden ja muiden työntekijöiden tuki (Michel ja Sneed 1995) vaikuttavat hoitosuositusten käyttöön (Perälä ja Pelkonen 2006).

Suosituksen käyttöönottoon vaikuttavat myös organisaation kulttuuri ja oppimishalukkuus, asenteet (Puffer ja Rashidian 2004), miten suosituksista tiedotetaan (Elovainio ym. 1999, Miilunpalo ym. 2002, Kortteisto 2005, Perälä ja Pelkonen 2006) ja kuinka niitä käsitellään työyksiköissä (Miilunpalo ym. 2002). Kortteiston (2005) mukaan hoitosuositusta luetaan sen ilmestyessä, jolloin henkilö pohtii oman osaamisen päivittämisen tarvetta. Elovainio ym. (1999) katsovat, että suositusten käyttöönotossa on tärkeää kuulla käyttäjien odotuksia ja pelkoja etukäteen, jotta implementointi voidaan suunnitella ottaen kyseiset seikat huomioon. Uusien suositusten käyttöönottoa pitäisi tukea auditoinnilla, keräämällä palautetta, muistuttamalla ja opettamalla (Roine ym. 2003, Michie ja Johnston 2004).

Michie ja Johnston (2004) huomauttavat, että uusien toimintaohjeiden tulee olla riittävän konkreettisia ja selkeitä (Flores ym. 2000), jotta niiden käyttöönottoa voidaan edistää ja he ehdottavat, että suositusten laatijoilla ja kehittäjillä pitää tarvittaessa olla valmiutta kirjoittaa saadun palautteen perusteella suositukset uudelleen. Suositusten käyttöönottoa edistävät niiden helposti ymmärrettävä, selkeä ja tiivistetty esittäminen. Tietokonepohjaisia ohjeita suositaan yhä enemmän, mutta myös niiden ominaisuudet tulee olla sellaisia, että niitä on helppo käyttää työkalun tapaan käytännön

työssä. (Watkins ym. 1999, Grol ja Grimshaw 2003.) Hoitosuositusten käyttöön ovat yhteydessä myös niiden houkuttelevuus, uskottavuus ja käytettävyys (Perälä ja Pelkonen 2006).

Yhtenäiset hoidon perusteet ovat käytettävissä Sosiaali- ja terveysministeriön internet -sivuilla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005b), Terveysportissa ja Sosiaali- ja terveysministeriön toimittamana painettuna versiona. Käytön helpottamiseksi on ehdotettu, että hoidon perusteet kirjataan interaktiivisella, tarvittaessa pisteitä laskevalla sähköisellä lomakkeella, joka saadaan esiin heti diagnoosin antamisen jälkeen esimerkiksi läheteitä ja konsultaatiopyyntöjä suunniteltaessa (Kunnamo ja Jousimaa 2004).

Suosituksien kritiikki kohdistuu liian voimakkaaseen ohjaukseen, mitä kutsutaan myös ”keittokirjalääkietieteeksi”. Niiden katsotaan uhkaavan lääkäreiden autonomiaa ja vähentävän tyytyväisyyttä työhön. Työn vapauden ja autonomian kokeminen on emotionaalisesti herkkää aluetta (Conroy ja Shannon 1995, Nummenmaa 2007). Lia-Hoagberg ym. (1999) tutkimuksen mukaan hoitosuosituksia pidettiin muodoltaan epäkäytännöllisinä ja monimutkaisina eivätkä ne sisältäneet relevantteja ohjeita. Lisäksi käyttäjien mukaan tiedontulvaa on vaikea säädellä, mikä vaikuttaa uusien suositusten omaksumiseen (McKinlay ym. 2004). Ajan puute heikentää uusiin suosituksiin (Lia-Hoagberg ym. 1999, Palomäki ym. 2004, Kuronen ym. 2006) ja tutkimustietoon (Elomaa 2003) perehtymistä.

Sekä suomalaisten että kansainvälisten tutkimusten perusteella tiedetään, että terveydenhuollossa suhtaudutaan hoitosuosituksiin yleensä myönteisesti (Watkins ym. 1999, McKinlay 2001, Harrison 2002, Kuronen 2006), mutta niitä käytetään vähän (McKinlay ym. 2001, Palomäki ym. 2004, Kaila ym. 2006). Koulutuksen määrällä ja laadulla sekä tiedottamisella on vaikutusta hoitosuositusten omaksumiseen (McKinlay ym. 2001, Pekkala 2006). Henkilön oma ja työyhteisön yleinen asenne vaikuttavat tutkimustiedon käyttöön (Elomaa 2003). Suositusten käyttöönottoa voidaan tukea levittämällä niitä sähköisinä versioina, taskukortteina, lyhyinä kirjallisina esitteinä, tietoisuutena, keskustellen kollegoiden kesken (Hayward ja Moore 1997, Mäkelä ja Thorsen 1999) sekä esittelemällä suosituksia ammatillisilla koulutuspäivillä ja konferensseissa (Pekkala 2006).

Lääkärit käyttävät hoitosuosituksia enemmän kuin muut terveydenhuollon työntekijät, vaikka niistä on hyötyä kaikille potilaan hoitoon osallistuville työntekijöille (Miilunpalo ym. 2002, Kuronen ym. 2006.) Sairaanhoidajille suunnatuissa tutkimuksissa pulmana havaittiin, että suositusten muodollinen

sisältö oli suunnattu lääkäreille (Puffer ja Rashidian 2004.) Tutkimustiedon hyödyntämistä estäviksi tekijöiksi sairaanhoitajat arvioivat työn kiireisyyden (vrt. Elomaa 2003), mikä estää uusien työtapojen soveltamisen sekä sen, että lääkärit eivät tee yhteistyötä sairaanhoitajien kanssa sovellettaessa tutkimustietoa käytäntöön (Oranta ym. 2002.) Toisaalta suositukset lisäsivät sairaanhoitajan asiantuntijuutta, autonomiaa ja toimivat ammatillisena taustatukena potilaan hoidossa (Harrison ym. 2002.)

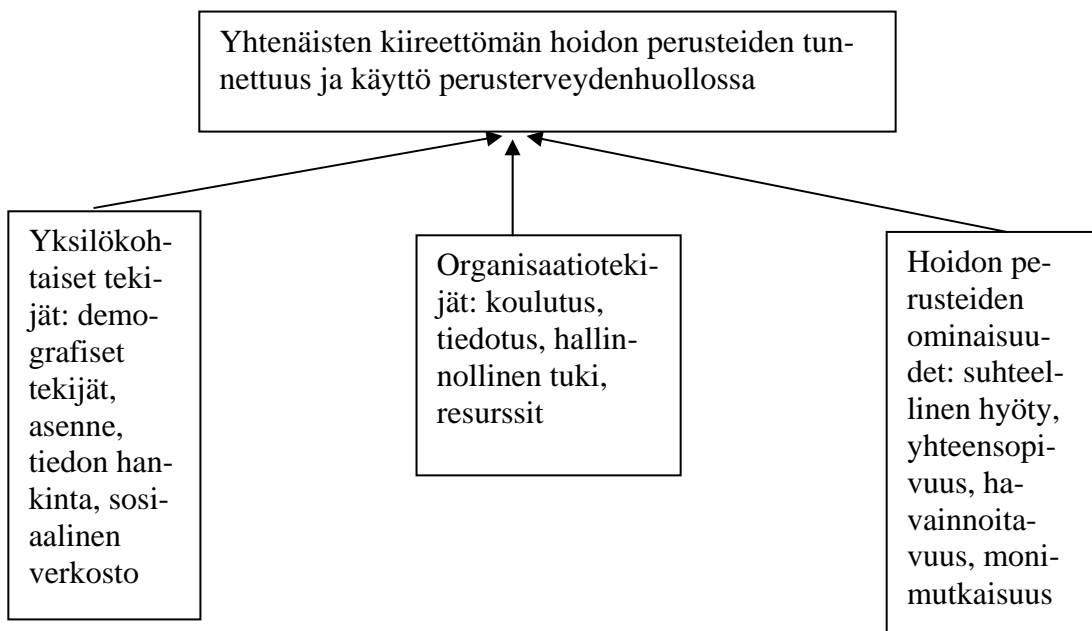
3 YHTEENVETO TUTKIMUKSEN TEOREETTISISTA LÄHTÖKOHDISTA

Tässä tutkimuksessa on käytetty Rogersin innovaatioteoriaa viitekehystenä tutkittaessa yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttöä perusterveydenhuollossa. (Kuvio 1.) Rogersin (2003) mukaan innovaatioiden diffuusiotutkimusten kohteina terveydenhuollossa ovat olleet uusien toimintatapojen, hoito-ohjeiden ja -suositusten, terveyden edistämishankkeiden ja tutkimuksiin perustuvan tiedon leviäminen terveydenhuollon organisaatioissa. Innovaatio voidaan nähdä käytäntönä, toimintana, ideana tai toiminnan lopputuloksena. (Harisalo 1984, Rogers 2003.) Hoitotieteessä innovaatiotutkimusta on Suomessa käytetty tutkittaessa sairaanhoitajien kokemuksia verenpaineen hoitoon liittyvän käypä hoito -suosituksen käyttöönotosta (Alanen ym. 2007) ja kansainvälisesti tutkittaessa tutkitun tiedon käyttöä hoitotyössä (Milner ym. 2005, Leeman ym. 2006, McConnell ym. 2007) sekä näyttöön perustuvan hoitotyön opetuksessa (Schmidt ja Brown 2007.)

Innovaation keskeiset arvioitavat ominaisuudet ovat sen suhteellinen hyöty, yhteensopivuus omaksuman aikaisempien kokemusten ja arvojen kanssa, innovaation monimutkaisuus, kokeiltavuus ja havainnoitavuus, jolla viitataan innovaation tulosten näkyvyyteen. Kommunikaatiokanavalla tarkoitetaan reittiä, missä viesti kulkee yksilöltä toiselle. Innovaation omaksumisprosessi kulkee viidessä vaiheessa kohti innovaation käyttöönottoa: tieto, suostuminen, hyväksyminen, käyttöönotto ja vahvistaminen. Yksilö voi ottaa innovaation käyttöön tai luopua siitä missä tahansa omaksumisprosessin vaiheessa. Innovaation diffuusio tapahtuu sosiaalisessa järjestelmässä, joka edistää tai ehkäisee innovaation omaksumista ja asettaa rajat innovaation leviämiselle. Organisaation rakenne ja luonne vaikuttavat merkittävästi innovaation diffuusioon. Organisaatiotekijöitä tutkitaan hallinnoinnin tavan, muodollisuuden, monimutkaisuuden, verkostoitumisen ja vararesurssien näkökulmista. (Kuvio 1.)

Kansallisen terveyshankkeen yhteydessä laadittiin terveydenhuollon priorisointia koskevaa kansainvälistä ja kansallista tutkimusta hyödyntäen sosiaali- ja terveysministeriön ohjauksessa valtakunnalliset ohjeet erikoissairaanhoidon kiireettömälle hoidolle. Ohjeistuksesta käytetään nimitystä ”Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet”. Niiden piiriin mukaan otetut tauti- ja toimenpideryhmät valittiin niiden yleisyyden, taudin vakavuuden ja hoidon vaikuttavuuden perusteella. Hoidon indikaatioiden määrittelyssä keskeiset periaatteet olivat diagnostisten kriteereiden täyttyminen, taudin potilaalle aiheuttama oireisuus ja haitta, taudin ennuste ja hoidon vaikuttavuus sekä hoitamatta jättämisen riskit. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.) Hoidon perusteiden laatiminen jaettiin erikoisaloittain erityisvastuualueille, joissa työ tehtiin yhteistyössä perusterveydenhuollon, hoitotyön ja lääketieteellisen asiantuntemuksen kanssa kuullen mahdollisuuksien mukaan järjestöjä, Kansaneläkelaitosta ja kuntia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005).

Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttöönotosta on tutkittua tietoa vielä varsin vähän. Stakesin (2008) teettämän selvityksen mukaan hoidon perusteiden soveltaminen potilaan hoidossa perusterveydenhuollossa on lähtenyt käyntiin hyvin (Tuominen 2008). Hoitosuosituksen käyttöönotosta ja niihin liittyvistä tekijöistä sen sijaan tutkittua tietoa on runsaasti.



Kuvio 1. Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuuden ja käytön yhteyteen liittyvät tekijät. (mukaellen Rogers 2003).

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, kuinka hyvin yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet tunnetaan ja kuinka laajasti ne on otettu käyttöön perusterveydenhuollon käytännössä Pirkanmaalla. Tutkimuksen tarkoituksena on myös selvittää, ovatko yksilökohtaiset, organisaatiosta johtuvat ja yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista johtuvat tekijät yhteydessä niiden tunnettuuteen ja käyttöön lääkäreiden ja sairaanhoitajien keskuudessa.

Tutkimuskysymykset

1. Kuinka hyvin perusterveydenhuollon sairaanhoitajat ja lääkärit tuntevat yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet ja kuinka laajasti niitä käytetään?
2. Miten yksilökohtaiset tekijät yhteydessä yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuuteen ja käyttöön?
3. Miten organisaatiotekijät yhteydessä yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuuteen ja käyttöön?
4. Mikä yhteys yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden ominaisuuksilla on niiden tunnettuuteen ja käyttöön?

5 TUTKIMUSAINEISTO JA ANALYSOINTI

5.1 Mittari

Aineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka laadittiin tätä tutkimusta varten ja se sisälsi seitsemän taustatietoja mittaavaa kysymystä ja 66 Likert -asteikollista väittämää (Taulukko 1). Taulukossa 1 on kuvattu tutkimusongelmat, taustamuuttujat, summamuuttujat ja Cronbachin alpha -arvot sekä kysymysten numerot kyselylomakkeessa. Väittämistä muodostettu Likert -asteikko on suunniteltu mittaamaan asenteita ja mielipiteitä (Burns ja Grove 2003). Kyselylomake sopi aineistonkeruun menetelmäksi, koska sitä voidaan hyvin käyttää asenteiden, arvojen ja mielipiteiden mittaamisessa (Uusitalo 2001, Hirsjärvi 2005). Kyselylomake rakennettiin tutkimuksen tavoitteiden ja tutkimusongelmien mukaisesti (Valli 2001). Väittämät ryhmiteltiin Rogersin (2003) teorian mukaan käyttöä

ja tunnettuutta mittaviin tekijöihin, yksilökohtaisiin tekijöihin, organisaatiotekijöihin ja yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteisiin liittyviin tekijöihin.

Analyysia varten väittämistä muodostettiin 11 yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuutta ja käyttöä sekä niihin vaikuttavia tekijöitä koskevaa summamuuttujaa. Summamuuttujalla tarkoitetaan useista osioista muodostettua asteikkomittaria, jonka antama mittaustulos on eri osioiden antamien tulosten yhteenlaskettu summa. Summamuuttujat sopivat hyvin hoitotieteellisen tutkimukseen, koska niiden avulla pystytään kuvaamaan moniulotteisia ilmiöitä ja ne mahdollistavat myös monipuolisten tilastollisten menetelmien käytön. (Laijärvi ja Kaunonen 2005.)

Summamuuttujissa oli 3 – 17 osioita. Summamuuttujat olivat yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuus, yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttö, asenne, omaehtoinen tiedon hankinta, sosiaalisen verkoston kautta saatu tieto, hallinnollinen tuki, koulutus, hallinnolliset resurssit, perusteiden koettu monimutkaisuus, perusteiden koettu yhteensopivuus ja perusteista saatu suhteellinen hyöty.

Taustamuuttujat

Vastaajien taustatietoja mittaavat kysymykset olivat erikseen sairaanhoitajille ja lääkäreille. Molemmille ryhmille oli seitsemän taustatietoja mittaavaa kysymystä.

Sekä sairaanhoitajilta että lääkäreiltä kysyttiin sukupuolta, ammattia, ikää, työssäoloaikaa, työsuhteen pituutta nykyisessä työpaikassa sekä työsuhteen vakinaisuutta. Työpistettä koskevat vaihtoehdot olivat sairaanhoitajille ja lääkäreille erikseen. Vastaajien sukupuoli, ammatti, työsuhteen vakinaisuus ja työpiste valittiin valmiista vaihtoehdoista. Vastaajien ikää kysyttiin täysinä vuosina ja työssäoloaikaa ja työsuhteen pituutta täysinä vuosina tai kuukausina siinä tapauksessa, jos aika oli alle vuoden mittainen.

Yksilökohtaisten tekijöiden mittari

Yksilökohtaiset tekijät muodostuivat Rogersin (2003) teorian mukaisesti osioista *asenne, omaehtoinen tiedon hankinta* ja *sosiaalisen verkoston kautta saatu tieto*, joista muodostettiin summamuut-

tujat. Vastausvaihtoehdot tässä mittarissa olivat 1 = täysin eri mieltä, 2 = melko eri mieltä, 3 = melko samaa mieltä ja 4 = täysin samaa mieltä.

Asenteiden mittaamiseksi tutkimuksessa käytettiin osia ”Attitudes towards guidelines and a scale for measuring them” -asennemittarista. Mittari on Elovainion ja tutkimusryhmän kehittämä asennemittari, joka on tehty survey-tutkimuksen välineeksi ja sen tarkoituksena on selvittää hoitosuosituksen käyttöönoton asenteellisia edistäviä tekijöitä ja esteitä eri osa-alueella. Nämä kuusi osa-aluetta ovat suositusten käyttökelpoisuus, luotettavuus, yksilön ja organisaation kyky käyttää suosituksia, suositusten käytännöllisyys sekä saatavuus. Alkuperäisessä asennemittarissa vastaaja arvioi seitsenportaisella asteikolla mielipiteensä väittämiin nähden vaihdellen asteesta voimakkaasti eri mieltä (1) asteeseen voimakkaasti samaa mieltä (7). Mittaria on ensimmäisenä käytetty tutkittaessa terveyskeskusten lääkäreiden, hammaslääkäreiden, sairaanhoitajien ja perushoitajien asenteita hoitosuositukseen ja niiden implementointiin vuosina 1996 ja 1998. (Elovainio ym. 1999.) Kuronen ja tutkimusryhmä ovat käyttäneet myös osia kyseisestä mittarista tutkiessaan valtimotautiriskien koskevien hoitosuosituksen käyttöönottoa (Kuronen ym. 2006). Lupa mittarin käytöstä tähän tutkimukseen saatiin tekijöiltä.

Tässä tutkimuksessa käytettiin osia mittarista siten, että valittiin ne viisi väittämää, jotka olivat merkittäviä asenteiden kannalta, kuten yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tarpeellisuus opetusvälineenä, perusteiden käytön vaikutus tiimityöskentelyyn ja terveydenhuollon parantumiseen sekä se, miten perusteiden ohjaava luonne vaikuttaa työntekijän autonomiaan. Muut kolme asenteita mittaavat väittämää kehitettiin operationaalistamalla asenteita liittyen hoitokäytäntöjen yhtenäistämiseen ja selkeyttämiseen sekä hoidon porrastukseen.

Omaehtoista tiedonhankintaa yhtenäisiin kiireettömän hoidon perusteisiin liittyen selvitettiin kolmen väittämän avulla. Väittämien avulla haluttiin selvittää, kuinka aktiivisesti vastaajat olivat itsenäisesti hankkineet tietoa hoidon perusteista. Sosiaalisen verkoston kautta saatua tietoa selvitettiin kolmella väittämällä. Näillä selvitettiin, missä määrin vastaajat olivat osallistuneet aiheita koskeviin keskusteluihin.

Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuus ja käyttö -mittari

Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuutta ja käyttöä koskeva mittari luotiin tätä tutkimusta varten. Perusteisiin perehtymistä ja käyttöä vakiintuneena työtapana mitattiin neliportaisella asteikolla (1 = täysin eri mieltä, 2 = melko eri mieltä, 3 = melko samaa mieltä, 4 = täysin samaa mieltä). Perusteiden tunnettuutta mitattiin kysymällä kolmen väittämän avulla, kuinka hyvin vastaaja on lukenut perusteet ja tuntee hän tärkeimmät perusteet pääpiirteissään. Käyttöä mitattiin kysymällä perusteiden käyttöä vakiintuneena työtapana sekä väittämällä ”minun tulisi käyttää perusteita useammin”. Käytön osalta kysyttiin lisäksi viisiportaisella asteikolla (1 = en käytä koskaan, 2 = satunnaisesti, 3 = epäsäännöllisesti, 4 = säännöllisesti, 5 = erittäin säännöllisesti) perusteiden käyttötarkoitusta (viisi väittämää) sekä samalla asteikolla kaikkien sosiaali- ja terveysministeriön laatimien yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttöä erikoisaloittain (13 väittämää). Perusteiden käyttötarkoitusta mittaavista väittämistä muodostettiin summamuuttuja. Muut yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttöä koskevat väittämät analysoitiin erillisinä väittäminä.

Organisaatiotekijät -mittari

Organisaatiotekijät -mittari kehitettiin tätä tutkimusta varten. Mittari perustuu Rogersin (2003) innovaatioiden diffuusio-oteoriaan ja se koostuu neljästä organisaatiotekijöiden osatekijästä: *tiedotus*, *koulutus*, *hallinnollinen tuki* ja *resurssit*. Vastausasteikko oli neliportainen: 1 = täysin eri mieltä, 2 = melko eri mieltä, 3 = melko samaa mieltä, 4 = täysin samaa mieltä. Organisaatiotekijöihin liittyvistä väittämistä muodostettiin kolme summamuuttujaa siten, että tiedotus- ja koulutusosa-alueet yhdistettiin ja hallinnollinen tuki- ja resurssit -osa-alueista muodostettiin omat summamuuttujat.

Tiedotukseen liittyvillä väittämillä haluttiin selvittää, missä määrin vastaajat katsoivat saaneensa yhtenäisiin kiireettömän hoidon perusteisiin liittyvää tietoa organisaation taholta. Mittari koostui kolmesta väittämästä. Koulutukseen liittyvillä kolmella väittämällä selvitettiin, missä määrin vastaajat katsoivat saaneensa koulutusta yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista.

Hallinnolliseen tukeen liittyvillä neljällä väittämällä selvitettiin, missä määrin vastaaja kokivat saaneensa tukea organisaation taholta hallinnollisen yhtenäisten kiirettömän hoidon perusteiden tunnettuuteen ja käyttöön.

Resurssointiin liittyvillä kolmella väittämällä selvitettiin, missä määrin vastaajat kokivat organisaation asettaneen voimavaroja yhtenäisten kiirettömän hoidon perusteiden tunnettuuteen ja käyttöön. Resursseilla tarkoitettiin organisaation luomaa mahdollisuutta perusteiden vaivattomaan käyttöön, aikaresursseja tutustua niihin sekä perusteiden käyttämiseen liittyvää ohjeistusta.

Yhtenäisistä kiirettömän hoidon perusteiden ominaisuuksista johtuvat tekijät -mittari

Yhtenäisistä kiirettömän hoidon perusteiden ominaisuuksista johtuvat tekijät -mittari kehitettiin tätä tutkimusta varten. Rogersin (2003) teorian mukaan arvioitavia ominaisuuksia ovat suhteellinen hyöty, yhteensopivuus, monimutkaisuus, kokeiltavuus ja havainnoitavuus. Vastausasteikko oli neliportainen: 1 = täysin eri mieltä, 2 = melko eri mieltä, 3 = melko samaa mieltä, 4 = täysin samaa mieltä. Väittämistä muodostettiin kolme summamuuttujaa.

Suhteelliseen hyötyyn liittyvillä kolmella väittämällä selvitettiin työntekijän kokemaa hyötyä yhtenäisistä kiirettömän hoidon perusteista potilaan tarkoituksenmukaiseen hoitoon ohjaamisessa, hoitovaihtoehtojen perustelussa ja seuratessa potilaan taudin etenemistä.

Mittarin yhteensopivuus -osion kolmella väittämällä selvitettiin, missä määrin yhtenäiset kiirettömän hoidon perusteet liittyvät työntekijöiden aikaisempiin kokemuksiin ja odotuksiin ja mittarin monimutkaisuus -osion kolmella väittämällä haluttiin saada tietoa, kuinka vaivattomasti yhtenäiset kiirettömän hoidon perusteet asettuivat työkäytäntöön.

Taulukko 1. Tutkimusongelmat, taustamuuttujat, summamuuttujat, Cronbachin alpha -arvot sekä kysymysten numerot kyselylomakkeessa.

Tutkimusongelma	Summamuuttujat ja taustamuuttujat	Cronbachin alpha	Kysymysten numerot
1. Kuinka hyvin perusterveydenhuollon sairaanhoitajat ja lääkärit tuntevat yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet ja kuinka laajasti he niitä käyttävät?	Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuus	0.792	70, 71, 72
	Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttö	0.867	16-22
2. Miten yksilökohtaiset tekijät ovat yhteydessä yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuuteen ja käyttöön?	Taustamuuttujat		1-7
	Asenne	0.760	8-15
	Omaehtoinen tiedon hankinta	0.727	36, 40, 46
	Sosiaalisen verkoston kautta saatu tieto	0.785	37, 38, 41
3. Miten organisaatiotekijät ovat yhteydessä yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuuteen ja käyttöön?	Koulutus	0.846	43, 44, 45, 47, 48, 49
	Hallinnollinen tuki	0.909	50, 51, 54, 55
	Resurssit	0.731	52, 53, 56
4. Mikä yhteys yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden ominaisuuksilla on niiden tunnettuuteen ja käyttöön?	Suhteellinen hyöty	0.834	59, 60, 61
	Yhteensopivuus	0.789	66, 67, 68
	Käytettävyys	0.792	62, 63, 64

Kyselylomaketta kehitettiin esitutkimuksen perusteella. Esi- eli pilottitutkimuksen avulla voidaan mittarin toimivuuden, loogisuuden, ymmärrettävyyden sekä helppokäyttöisyyden vaatimuksen varmistamiseksi (Vehviläinen - Julkunen ja Paunonen 1997) tarkistaa mm. vastausvaihtoehtojen sopivuutta, kysymysten määrää ja järjestystä sekä sanojen valintaa ja käyttöä. Näiden perusteella voidaan kyselylomaketta korjata varsinaista tutkimusta varten. (Oppenheim 1999, Heikkilä 2004, Hirsjärvi ym. 2005.)

Kyselylomakkeen toimivuutta testattiin eräässä Keski-Suomen terveyskeskuksessa pilottitutkimuksen avulla. Kyselyyn osallistui yhdeksän henkilön joukko, joka muodostui sairaanhoitajista ja lääkäreistä. Lisäksi mukana oli kaksi lääkäriä kahdesta muusta Keski-Suomen terveyskeskuksesta. Pilotitutkimukseen saatiin lupa terveyskeskuksen johtavalta ylilääkäriltä, joka suoritti terveyskeskuksessa kyselylomakkeiden jakelun. Jakeluvaiheessa lääkäreiden lomakkeesta jäi pois 14 väittämää, joita käsiteltiin analyysissä puuttuvina tietoina. Kyselyn perusteella tarkasteltiin frekvenssejä ja jakaumia. Saadusta aineistosta muodostettiin 11 summamuuttujaa, joiden sisäistä johdonmukaisuutta tarkasteltiin Cronbachin alpha -kertoimen avulla. Testauksen perusteella hylättiin yksi väittämä ja lisättiin neljä käyttöä koskevaa väittämää.

5.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueen terveyskeskusten avovastaanottojen sairaanhoitajat ja lääkärit (N=453). Yhden terveyskeskuksen sairaanhoitajat ja lääkärit sekä yhden terveyskeskuksen sairaanhoitajat eivät osallistuneet tutkimukseen. Ensin mainitun terveyskeskuksen henkilöstön kieltäytymisen syystä ei ole tietoa, viimeksi mainitun terveyskeskuksen johtavan ylihoitajan arvion mukaan sairaanhoitajilla ei ollut tarpeeksi tietoa yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista voidakseen osallistua tutkimukseen. Tiedot terveyskeskusten avovastaanoilla työskentelevien sairaanhoitajien ja lääkäreiden lukumääristä saatiin puhelimitse tai sähköpostilla terveyskeskusten johtavilta lääkäreiltä tai ylilääkäreiltä sekä johtavilta ylihoitajilta, ylihoitajilta tai hoitotyön johtajilta. Johtavien viranhaltijoiden yhteystiedot saatiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yleislääketieteen vastuualueen ylilääkärin sihteeriltä.

Tutkimusaineisto kerättiin tätä tutkimusta varten laaditulla kyselylomakkeella (liitteet 2 ja 3). Tutkimusluvut anottiin kunkin terveyskeskuksen tutkimuslupakäytännön mukaisesti. Kirjallinen tutki-

muslupa tarvittiin kahden kaupungin terveyskeskusten osalta. Muissa terveyskeskuksissa tutkimusluvan myönsi johtava ylilääkäri tai ylilääkäri itsenäiseen tai terveyskeskuksen johtoryhmän päätökseen nojautuen puhelimitse tai sähköpostin välityksellä.

Kyselylomakkeet lähetettiin terveyskeskuksiin ja puhelimitse sovitun käytännön mukaisesti kunkin terveyskeskuksen ylilääkäri, ylihoitaja tai osastonhoitaja jakoi lomakkeet sairaanhoitajille ja lääkäreille. Kyselylomakkeen mukana oli tutkimuksesta informoiva saatekirje (liite 1) sekä tutkijan nimellä ja osoitteella varustettu palautuskuori, josta postimaksu oli maksettu. Lomakkeet täytettiin nimettöminä. Tutkimusaineisto kerättiin 7.4 – 11.7.2008 välisenä aikana. Kyselylomakkeen palautaneiden kokonaismäärä oli 129 ja vastausprosentti oli 29. Vastauksista 9 hylättiin, koska ne oli täytetty liian puutteellisesti.

5.3 Aineiston analyysi

Tutkimusaineisto tallennettiin ja analysoitiin SPSS 15.0 for Windows-tilasto-ohjelmalla. Taustamuuttujat luokiteltiin iän, työssäoloajan ja nykyisessä työpaikassa olemisen ajan osalta. Luokittelussa pyrittiin välttämään liian pieniä (alle 30) luokkia. Analyysia varten vastaajien iät luokiteltiin kolmeen luokkaan: 24-35 vuotta, 36-45 vuotta ja 46-63 vuotta. Työssäoloaika luokiteltiin myös kolmeen luokkaan: 0-5 vuotta, 6-15 vuotta ja 16-38 vuotta. Työssäoloaika tämänhetkisessä työpaikassa luokiteltiin kahteen luokkaan: 0-5 vuotta ja 6-36 vuotta. Sairaanhoitajien vastaanottoaika luokiteltiin kahteen luokkaan, jotka olivat itsenäinen hoitajavastaanotto ja yhteinen toisten hoitajien kanssa. Ammattinimike jaoteltiin sairaanhoitajiin ja lääkäreihin yhdistäen terveydenhoitajat ja osastonhoitajat sairaanhoitajien ryhmään ja ylilääkäri lääkäreiden ryhmään. Koska summamuuttujien osioiden tulee olla samansuuntaiset siten, että korkein myönteisyyden aste saa suurimman arvon (Burns ja Grove 2003), käännettiin summamuuttujien muodostamista varten yksi väittämä.

Aineiston taustamuuttujia kuvailtiin tarkastelemalla frekvenssejä, suhteellisia osuuksia ja tunnuslukuja. Lisäksi vastaajien iästä, työssäoloajasta ja työskentelystä tämänhetkisessä työpaikassa esitettiin keskiarvo, minimi ja maksimi sekä keskijajonta. Summamuuttujat muodostettiin osioista yhteisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuus ja käyttö, asenne, omaehtoinen tiedonhankinta ja sosiaalisen verkoston kautta saatu tieto. Organisaatiotekijöistä tiedotus ja koulutus yhdistettiin yhdeksi summamuuttujaksi ja omat summamuuttujat muodostettiin hallinnollisesta tuesta ja resurs-

seista. Suhteellisesta hyödystä, yhteensopivuudesta ja käytettävyydestä muodostettiin omat summamuuttujat. Summamuuttujien reliabiliteetikertoimet laskettiin. Puuttuvia arvoja ei korvattu, jonka vuoksi n-arvot jonkin verran vaihtelevat.

Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuus ja käyttö raportoitiin kuvaamalla summamuuttujien keskiarvot ja keskihajonnat. Ne käyttöä koskevat muuttujat, jotka eivät olleet summamuuttujassa, raportoitiin erikseen ja kuvattiin niiden saamat arvot frekvensseinä ja prosenttija-kaumina. Yksilökohtaisista tekijöistä, organisaatiotekijöistä ja yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden sisältöihin liittyvistä tekijöistä raportoitiin summamuuttujien keskiarvot ja keskihajonnat.

Yksilökohtaisten tekijöiden, organisaatiotekijöiden ja yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden ominaisuuksien yhteyttä niiden tunnettuuteen ja käyttöön tarkasteltiin Pearsonin korrelaatiokertoimen avulla. Tulososiossa korrelaatio on raportoitu korrelaatiokertoimella (r-arvo < .30 heikko korrelaatio, > .30 - 0.50 kohtalainen korrelaatio, > .50 voimakas korrelaatio) (Burns ja Grove 1997) ja tilastolliset merkitsevyydet p-arvolla ($p < 0,05$). Taustamuuttujien ja yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuuden ja käytön välisiä yhteyksiä tarkasteltiin parametrisilla testeillä (yksisuuntainen varianssianalyysi ja t-testi). Parametrisiin testeihin päädyttiin, koska tunnettuuden ja käytön suhteen laaditut summamuuttujat noudattivat normaalijakaumaa (Polit ja Beck 2004). Testeillä tarkasteltiin ryhmien keskiarvojen välisiä eroja (Heikkilä 2004) ja erojen tulkittiin olevan merkitseviä, kun p-arvo oli alle 0.05.

5.4 Mittarin validiteetti ja reliabiliteetti

Mittarin luotettavuus kuuluu kvantitatiivisen tutkimuksen tärkeimpiin piirteisiin ja sitä tutkitaan arvioimalla mittarin validiteettia ja reliabiliteettia. Mittarin sisäinen validiteetti kuvaa mittarin kykyä mitata sitä, mitä on tarkoitus mitata (Vehviläinen-Julkunen ja Paunonen 1997, Hirsjärvi ym. 2005) ja vastaavatko mittaukset tutkimuksen teoriaosassa esitettyjä käsitteitä (Heikkilä 2004). Tässä tutkimuksessa mittarin validiutta pyrittiin parantamaan operationaalistamalla Rogersin (2003) teorias- sa esiintyvät käsitteet nojautuen aikaisempiin tutkimuksiin ja suorittamalla esitutkimus. Tutkimuk- sen luotettavuutta pyrittiin parantamaan myös käyttämällä asenteiden selvittämiseksi Elovainion ja tutkimusryhmän kehittämää valmista mittaria.

Mittauksen reliabiliteetilla tarkoitetaan mittaustuloksen toistettavuutta eli ei - sattumanvaraisuutta (Uusitalo 2001, Heikkilä 2004). Tässä tutkimuksessa mittarin sisäistä johdonmukaisuutta tarkasteltiin Cronbachin alpha -kertoimen avulla. Sen avulla selvitetään summamuuttujien toimivuutta eli analysoidaan, miten yksittäiset yhteenlaskettavat korreloivat summan kanssa. Jos havaitaan, että yksittäinen yhteenlaskettava korreloi negatiivisesti tai huonosti summan kanssa, se voidaan poistaa ja tällöin alfan arvo nousee. (Laippala ym. 1997.) Cronbachin alpha-arvon tulisi olla yli 0.70 (Burns ja Grove 2003). Tässä tutkimuksessa summamuuttujat olivat sisäisesti johdonmukaisia; Cronbachin alpha -arvot vaihtelivat 0.727 - 0.909. Tutkimusongelmat, kysymysten numerot, summamuuttujat sekä Cronbachin alpha-arvot ilmenevät Taulukosta 1.

6 TULOKSET

6.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Tutkimukseen osallistui 129 henkilöä. Vastanneet olivat pääosin naisia, vastaajista 11 (9,2 %) oli miehiä. Kaikista vastaajista sairaanhoitajia oli hiukan yli puolet. Vastaajien keski-ikä oli 41,3 vuotta keskihajonnan ollessa 10,6. Kaikkien vastaajien keskimääräinen työssäoloaika oli 14,6 vuotta ja keskihajonta oli 11,1. Sekä sairaanhoitajista että lääkäreistä kaksi kolmasosaa oli ollut tämänhetkessä työpaikassa alle kuusi vuotta keskiarvon ollessa 6,7 vuotta.(Taulukko 2.)

Taulukko 2. Sairaanhoitajien ja lääkäreiden taustatiedot.

	Sairaanhoitajat			Lääkärit		
	n	%	vaihteluväli	n	%	vaihteluväli
Ikä			28 - 63			24 - 61
24-35 vuotta	16	43,9		25	24,4	
36-45 vuotta	21	29,8		17	34,3	
46-63 vuotta	26	26,3		15	41,3	
yht.	63	100,0		57	100,0	
Työuran pituus			0 - 38			0 - 35
0-5 vuotta	10	16,7		27	47,4	
6-15 vuotta	23	38,3		18	21,0	
16-38 vuotta	27	45,0		18	31,6	
yht.	63	100,0		57	100,0	
Nykyisessä työpaikassa			0 - 36			0 - 33
0-5 vuotta	39	61,9		37	64,9	
6-15 vuotta	16	25,4		12	21,0	
16-38 vuotta	8	12,7		8	14,0	
yht.	63	100,0		57	100,0	

Suurimmalla osalla sairaanhoitajista oli vakituinen työsuhde. Määräaikaisessa työsuhteessa toimi noin neljännes. Lääkäreistä kahdella kolmasosalla työsuhde oli vakituinen, noin neljänneksellä määräaikainen ja yksi kymmenesosa oli vuokratyövoimaa. Puolet sairaanhoitajista työskenteli itsenäisellä hoitajavastaanotolla ja puolet yhteisellä vastaanotolla toisten hoitajien kanssa. Lääkäreistä lähes kaikki työskentelivät avovastaanotoilla.

6.2 Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuus ja käyttö

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet tunnettiin keskimäärin kohtalaisesti (ka= 2,28, kh=0,69). Vajaa viidesosa vastaajista oli lukenut yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet huolellisesti läpi. Kaksi kolmasosaa oli lukenut ne pääpiirteissään. Yli puolet vastaajista katsoi, että he jollain tavalla tuntevat tärkeimmät perusteet. Kuudennes vastaajista ei katsonut tuntevansa keskeisimpiä yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita lainkaan. Vajaa 3% vastaajista oli tutustunut huolellisesti yhtenäisiin kiireettömän hoidon perusteisiin ja hiukan yli 5% vastaajista tunsivat tärkeimmät perusteet hyvin. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuus (%).

Tunnettuus	1 täysin eri mieltä	2 melko eri mieltä	3 melko samaa mieltä	4 täysin samaa mieltä	yht. (N)
Olen lukenut huolellisesti	37,4	44,3	15,7	2,6	115
Olen lukenut pääpiirteissään	16,5	18,3	57,4	7,8	115
Tunnen tärkeimmät	16,5	27,8	50,4	5,2	115

Vastaajista 60% piti yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttöä melko vakiintuneena tai hyvin vakiintuneena työtapana. Muiden vastaajien osalta käyttö oli vähäisempää ja hiukan alle kymmenesosa vastaajista katsoi, ettei yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttö kuulunut ollenkaan heidän vakiintuneeseen työtapaansa. Kaksi kolmasosaa vastaajista katsoi, että heidän tulisi käyttää niitä useammin. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttö vakiintuneena työtapana (%).

Käyttö	1 täysin eri mieltä	2 melko eri mieltä	3 melko samaa mieltä	4 täysin samaa mieltä	yht. (N)
On vakiintunut työtapana	8,1	32,4	54,1	5,4	111
Tulisi käyttää useammin	4,5	28,8	58,6	8,1	111

Yhtenäisten kiirettömän hoidon perusteiden käyttö potilaan ohjauksessa ja neuvonnassa oli keskimäärin epäsäännöllistä (ka=2,59, kh=0,61). Vastauksissa painottuivat säännöllinen ja epäsäännöllinen käyttö. Puolet vastaajista käytti erittäin säännöllisesti tai säännöllisesti yhtenäisiä kiirettömän hoidon perusteita ohjatessaan potilasta tarkoituksenmukaiseen hoitoon tai selvitellessään potilaalle hoitovaihtoehtoja. Kymmenesosa vastaajista ei käyttänyt koskaan kyseisiä perusteita tähän tarkoitukseen. Vajaa viidesosa vastaajista käytti näitä perusteita seuratessaan potilaan taudin etenemistä; suurimmalle osalle vastaajille käyttö oli epäsäännöllisempää ja yli viidesosa vastaajista ei tässä mielessä käyttänyt näitä perusteita koskaan. Noin puolet vastaajista käytti yhtenäisiä kiirettömän hoidon perusteita perustellessaan potilaalle hoidon tarvetta. Muille käyttö oli epäsäännöllisempää ja kymmenesosa vastaajista ei käyttänyt perusteita tähän tarkoitukseen koskaan. Runsas kolmannes vastaajista käytti yhtenäisiä kiirettömän hoidon perusteita erittäin säännöllisesti tai säännöllisesti hakiessaan tietoa hoidon porrastuksesta. Vajaa viidennes ei käyttänyt kyseisiä perusteita edellä mainittuun tarkoitukseen koskaan. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Yhtenäisten kiirettömän hoidon perusteiden käyttö potilaan neuvonnassa (%).

Käyttö	1 en käytä koskaan	2 satunnaisesti	3 epä- säännöllisesti	4 säännöllisesti	5 erittäin säännöllisesti	yht. (N)
Ohjaus tarkoituksenmukaiseen hoitoon	10,7	8,0	30,4	48,2	2,7	112
Hoitovaihtoehtojen selvittely potilaalle	14,3	11,6	28,6	42,0	3,6	112
Seuratessani sairauden etenemistä	23,2	15,2	42,0	17,9	1,8	112
Perustellessani potilaalle hoidon tarvetta	11,6	14,3	25,9	41,1	7,1	112
Tarvitessani tietoa hoidon porrastuksesta	18,0	9,0	36,9	33,3	2,7	111

Lähes kaikkien eri erikoisalojen yhtenäisten kiirettömän hoidon perusteiden käytössä painottui epäsäännöllinen tai satunnainen käyttö. Säännöllisimmin käytettiin sisätautien ja kirurgian yhtenäisiä kiirettömän hoidon perusteita. Runsas viidennes käytti sisätautien ja runsas kolmannes kirurgian yhtenäisiä kiirettömän hoidon perusteita säännöllisesti tai erittäin säännöllisesti. Noin kuuden-

nes käytti naistentautien, lastentautien, silmätautien, neurologian, keuhkosairauksien ja kuvantamisen yhtenäisiä kiirettömän hoidon perusteita säännöllisesti tai erittäin säännöllisesti. Korva-, nenä- ja kurkkutautien vastaava osuus oli vajaa viidennes. Aikuis- ja lastenpsykiatrian, hammas- ja suusairauksien sekä apuvälinepalvelun yhtenäisiä kiirettömän hoidon perusteita käytettiin epäsäännöllisimmin tai ei koskaan. Puolet vastaajista ei käyttänyt hammas- ja suusairauksien, lastenpsykiatrian, apuvälinepalvelun ja kuvantamisen yhtenäisiä kiirettömän hoidon perusteita koskaan. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Eri erikoisalojen yhtenäisten kiirettömän hoidon perusteiden käyttö (%).

Käyttö	1 en käytä koskaan	2 satunnaisesti	3 epä- säännöllisesti	4 säännöllisesti	5 erittäin säännöllisesti	yht. (N)
Sisätaudit	20,7	22,4	33,6	21,6	1,7	116
Kirurgia	20,7	12,1	33,6	27,6	6,0	116
Naistentaudit	26,1	21,7	36,5	13,9	1,7	115
Lastentaudit	29,2	27,4	29,2	11,5	2,7	113
Silmätaudit	28,3	25,7	31,9	11,5	2,7	113
Korva-nenä-kurkkutaudit	24,1	24,1	32,8	16,4	2,6	116
Hammas- ja suusairaudet	52,1	19,7	20,5	6,8	0,9	117
Aikuispsykiatria	35,9	24,8	28,2	10,3	0,9	117
Lastenpsykiatria	48,3	24,1	20,7	6,0	0,9	116
Neurologia	28,4	24,1	33,6	11,2	2,6	116
Keuhkosairaudet	25,6	28,2	29,9	15,4	0,9	117
Apuvälinepalvelu	55,6	16,2	21,4	4,3	2,6	117
Kuvantaminen	50,8	11,9	19,5	12,7	5,1	118

6.3 Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuuteen ja käyttöön liittyvät tekijät

6.3.1 Yksilökohtaiset tekijät yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuudessa ja käytössä

Asenne

Vastaajien asenne yhtenäisiin kiireettömän hoidon perusteisiin oli keskimäärin myönteinen (ka=3,04, kh=0,41). Lähes kaikki vastaajat katsoivat, että yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet yhtenäistävät ja selkeyttävät hoitokäytäntöjä. Vajaa puolet vastaajista ei pitänyt yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita tiimityötä edistävänä tekijänä. Kaksi kolmasosaa vastaajista oli sitä mieltä, että kyseiset perusteet eivät kavenna työntekijöiden ammatillista autonomiaa. Kolme neljäsosaa vastaajista piti yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita käyttökelpoisena opetusvälineenä ja neljä viidesosaa katsoi, että perusteet yksinkertaistavat potilaan hoitoa ja parantavat terveydenhuollon laatua. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita kohtaan koettu asenne (%).

Asenne	1 täysin eri mieltä	2 melko eri mieltä	3 melko samaa mieltä	4 täysin samaa mieltä	yht. (N)
Yhtenäistävät hoitokäytäntöjä	0,0	1,7	60,0	38,3	115
Selkeyttävät hoitokäytäntöjä	0,0	4,4	65,8	29,8	114
Edistävät tiimityöskentelyä	4,7	33,6	43,9	17,8	107
Käyttökelpoinen opetusväline	0,9	24,8	55,0	19,3	109
Tarjoaa selkeän toimintamallin	0,9	11,1	57,3	30,8	117
Kaventavat ammatillista autonomiaa (käännetty)	7,3	59,6	28,4	4,6	109
Yksinkertaistavat potilaan hoitoa	0,0	21,1	63,2	15,8	114
Parantavat terveydenhuollon laatua	0,0	18,4	61,4	20,2	114

Omaehtoinen ja sosiaalisen verkoston kautta hankittu tieto

Omaehtoinen tiedonhankinta oli keskimäärin kohtalaista ($ka=2,44$, $kh=0,79$). Vajaa puolet vastaajista oli hakenut itsenäisesti tietoa yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista ammattilehdistä. Noin kaksi kolmannesta oli tutustunut itsenäisesti hoidon perusteisiin ja sama osuus vastaajista oli lukenut ammattilehdistä niiden käyttöönotosta. Noin viidesosa vastaajista ei ollut itsenäisesti tutustunut yhtenäisiin kiireettömän hoidon perusteisiin ollenkaan.

Sosiaalisen verkoston kautta saadun tiedon taso oli keskimäärin kohtalainen ($ka=2,06$, $kh=0,83$). Runsas puolet vastaajista oli kuullut yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista työtovereiltaan ja keskustellut niistä kollegojen kanssa. Kolmasosa vastaajista oli saanut tietoa keskustelutilaisuuksien kautta.

6.3.2 Organisaatiotekijät yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuudessa ja käytössä

Koulutus

Perehtyminen yhtenäisiin kiireettömän hoidon perusteisiin ja niiden käyttöön oli organisaation järjestämän koulutuksen ja tiedottamisen kautta keskimäärin varsin vähäistä ($ka=1,71$, $kh=0,66$). Suurin osa vastaajista koki, ettei yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita oltu esitelty sen enempää yhteisissä kokouksissa kuin esimiehenkään toimesta. Yli puolet vastaajista arvioi, että he eivät olleet saaneet koulutusta yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista eikä yksiköissä oltu järjestetty aiheesta koulutusta.

Yli puolet ilmoitti, ettei heille oltu esitelty yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita. Vajaa viidesosa vastaajista ilmoitti, että yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet oli esitelty koko henkilökunnalle ja kuudesosa oli osallistunut aiheita koskevaan koulutukseen. Viidesosa vastaajista oli saanut ensimmäisen tiedon silloin, kun aiheita koskeva kirja oli tuotu työpöydälle. Kuudesosa vastaajista ilmoitti, että koko yksikkö koulutettiin yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttöön. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Koulutuksen osuus yhtenäisten kiireettömän hoidon tunnettuudessa ja käytössä (%).

Koulutus	1 täysin eri mieltä	2 melko eri mieltä	3 melko samaa mieltä	4 täysin samaa mieltä	yht. (N)
Esittely kokouksessa	50,9	20,7	21,6	6,9	116
Esimies on esiteltyt	48,3	31,9	15,5	4,3	116
Kirja tuotiin pöydälle	49,1	31,6	15,8	3,5	114
Osallistunut koulutukseen	56,9	23,3	12,1	7,8	116
Esiteltiin koko henkilökunnalle	52,3	30,6	13,5	3,6	111
Koko yksikkö koulutettiin	48,7	38,3	10,4	2,6	115

Hallinnollinen tuki ja resurssit

Hallinnollista tukea yhtenäisten kiireettömän perusteiden käyttöön saatiin keskimäärin vähän ($k_a=1,64$, $k_h=0,59$). Vajaa kolmannes vastaajista ilmoitti, että esimies ajoittain muistuttaa yhtenäisten kiireettömän perusteiden käytöstä. Vajaa puolet katsoi, että esimies ei muistuta ollenkaan. Esi- miehet keräsivät vastaajien mukaan varsin vähän palautetta. Ohjausta sai tarvitessaan vajaa puolet vastaajista. Työpaikoilla oli vastaajien mukaan erittäin vähän nimettyjä ohjaushenkilöitä. (Taulukko 9.)

Resurssointi yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttöön oli järjestetty keskimäärin kohtalaisesti ($k_s=2,22$, $k_h=0,70$). Yli puolet vastaajista katsoi, että yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttö eri lähteistä on vaivatonta ja ne ovat helposti saatavilla. Lähes kaikki vastaajat arvioivat, että heillä ei ollut riittävästi aikaa perehtyä yhtenäisiin kiireettömän hoidon perusteisiin.

Taulukko 9. Hallinnollisen tuen osuus yhtenäisten kiireettömän hoidon tunnettuudessa ja käytössä. (%).

Hallinnollinen tuki	1 täysin eri mieltä	2 melko eri mieltä	3 melko samaa mieltä	4 täysin samaa mieltä	yht. (N)
Esimies muistuttaa	47,4	34,5	15,5	2,6	116
Esimies kerää palautetta	65,5	24,8	7,1	2,7	113
Saan ohjausta tarvitessani	28,7	29,6	38,3	3,5	113
Työpaikalla nimetty ohjaaja	76,7	19,0	2,6	1,7	116

6.3.3 Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden ominaisuudet niiden tunnettuudessa ja käytössä

Suhteellinen hyöty

Yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista oli keskimäärin melko paljon hyötyä potilaan hoidossa (ka=2,67, kh=0,70). Suurin osa vastaajista arvioi, että kyseistä perusteista oli hyötyä silloin, kun potilasta ohjattiin tarkoituksenmukaiseen hoitoon ja silloin, kun potilaalle perusteltiin eri hoitovaihtoehtoja. Yli puolet vastaajista katsoi, että perusteista ei ollut hyötyä sairauden etenemisen seurannassa. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista koettu hyöty (%).

Suhteellinen hyöty	1 täysin eri mieltä	2 melko eri mieltä	3 melko samaa mieltä	4 täysin samaa mieltä	yht. (N)
Hyöty ohjatessani potilasta tarkoituksenmukaiseen hoitoon	8,0	18,6	56,6	16,8	113
Hyöty hoitovaihtoehtojen perustelussa potilaalla	11,3	13,9	56,5	18,3	115
Hyöty seurattessa potilaan sairauden etenemistä	14,2	42,5	38,1	5,3	107

Yhteensopivuus ja käytettävyys

Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden sisältämä tieto soveltui käytäntöön keskimäärin melko hyvin ($k_a=2,57$, $k_h=0,75$). Yli puolet vastaajista arvioi, että yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden sisältämä tieto oli ajankohtaista ja luotettavaa. Kaksi kolmasosaa vastaajista arvioi yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden sisältämää tietoa ymmärrettäväksi.

Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttö koettiin keskimäärin vaivattomaksi ($k_a=2,66$, $k_h=0,58$). Kaksi kolmasosa vastaajista arvioi, että yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita on helppo käyttää. Lähes 80 % vastaajista katsoi, että perusteet ovat hyvä työväline. Vajaa puolet vastaajista arvioi, että yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet ovat eri lähteissä ilmaistu lukijaa miellyttävällä tavalla.

6.3.4 Yhteenveto yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuudesta ja käytöstä

Summamuuttujien keskiarvojen mukaan tarkasteltuna yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet tunnettiin keskimäärin kohtalaisesti ja niitä käytettiin potilaan ohjauksessa epäsäännöllisesti. Eri erikoisalojen yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttö oli yleensä epäsäännöllistä tai satunnaista. Asenne kyseisiä perusteita kohtaan oli myönteinen. Omaehtoinen tiedonhankinta perusteista oli laajempaa kuin sosiaalisen verkoston kautta saatu tieto.

Organisaation järjestämät resurssit yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuuteen ja käyttöön olivat vastaajien mukaan keskimäärin kohtalaisia. Sen sijaan hallinnollista tukea ja koulutusta vastaajat arvioivat saaneensa vähemmän. Yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita pidettiin keskimäärin hyödyllisinä, helppokäyttöisinä ja yhteensopivina aikaisempien käytäntöjen suhteen. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Käytön ja tunnettuuden sekä niiden taustatekijöiden summamuuttujien keskiarvot, keskihajonnat ja mediaanit

Summamuuttuja	ka	kh	md	N
Tunnettuus	2,28	0,69	2,33	111
Käyttötarkoitus*	2,59	0,61	2,65	103
Yksilökohtaiset tekijät				
Asenne	3,03	0,41	3,00	93
Omaehtoinen tiedonhankinta	2,44	0,79	2,67	114
Sosiaalisen verkoston kautta saatu tieto	2,07	0,83	2,00	117
Organisaatiotekijät				
Resurssit	2,22	0,67	2,33	109
Koulutus	1,71	0,66	1,50	105
Hallinnollinen tuki	1,64	0,59	1,50	109
Perusteista johtuvat tekijät				
Suhteellinen hyöty	2,67	0,70	2,67	108
Käytettävyys	2,66	0,58	2,67	96
Yhteensopivuus	2,57	0,75	2,67	101

asteikko 1 - 4, *asteikko 1 – 5

6.4 Taustamuuttujien yhteys yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuuteen ja käyttöön

Lääkärit käyttivät kaikkia eri erikoisalojen hoidon perusteita säännöllisemmin kuin sairaanhoitajat. Kirurgian ($p < .001$) ja naistentautien ($p = .001$) osalta erot olivat erittäin merkitseviä ja silmätautien, korva-, nenä- ja kurkkutautien, neurologian ja keuhkosairauksien osalta melkein merkitseviä. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Ammatin yhteys yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttöön eri erikoisalojen suhteen.

Käyttö Eri erikoisalat	Lääkärit			Sairaanhoitajat		
	ka	kh	n	ka	kh	n
Sisätaudit t=-1,57, df=106, p=.121	2,77	0,91	57	2,46	1,24	59
Kirurgia t=-5,48 df=114,p<.001	3,42	0,98	59	2,32	1,17	57
Lastentaudit t=-1,90, df=111, p=.059	2,51	0,98	55	2,12	1,17	58
Naistentaudit t=-3,28, df=113, p=.001	2,75	0,93	57	2,12	1,12	58
Silmätaudit t=-2,47,df=111, p=.015	2,60	0,99	55	2,10	1,13	58
Korva-nenä-kurkkutaudit t=-2,40,df=112, p=0,018	2,73	0,99	57	2,25	1,17	59
Hammas- ja suusairaudet t=.75,df=115,p=.450	1,77	0,94	57	1,91	1,11	60
Aikuispsykiatria t=-1,27,df=115,p=.206	2,28	1,01	57	2,03	1,08	60
Lastenpsykiatria t=-1,94,df=114,p=.054	2,05	1,02	57	1,69	0,95	59
Neurologia t=-2,41,df=114,p=.018	2,59	0,99	57	2,11	1,13	59
Keuhkosairaudet t=-2,42,df=115,p=.017	2,61	0,92	57	2,15	1,13	60
Apuvälinepalvelu t=.13,df=115,p=.895	1,80	1,05	57	1,83	1,09	60
Kuvantaminen t=-38,df=116,p=.704	2,14	1,27	57	2,04	1,32	61

asteikko 1 -5

Lääkärit tunsivat yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet hiukan paremmin kuin sairaanhoitajat ja käyttivät kyseisiä perusteita potilaan ohjauksessa säännöllisemmin kuin sairaanhoitajat. Erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Eri ammattiryhmien yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunteminen ja käyttö potilastyössä.

Ammatti	Tunnettuus			Käyttö		
	ka	kh	n	ka	kh	n
Sairaanhoitajat	2,16	0,77	54	2,94	1,13	54
Lääkärit	2,39	0,60	57	3,06	0,83	57

t= -1,76, df=99,9, p=.08
asteikko 1-4

t=-,61, df=96,7, p=.54
asteikko 1-5

46 - 63 -vuotiaat tunsivat yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet jonkin verran paremmin kuin nuoremmat ikäluokat ja käyttivät niitä hiukan säännöllisemmin kuin 36 - 45 -vuotiaat. Näiden ikäluokkien välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Nuorimmat työntekijät tunsivat yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet paremmin kuin 36 - 45 -vuotiaat ja käyttivät niitä säännöllisemmin kuin molemmat muut ikäluokat. Ryhmien väliset erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä. (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Eri ikäluokkien yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunteminen ja käyttö potilastyössä.

Ikäluokat	Tunnettuus			Käyttö		
	ka	kh	n	ka	kh	n
24 – 35 vuotta	2,29	0,70	40	3,15	0,95	39
36 – 45 vuotta	2,15	0,70	36	2,82	1,06	36
46 – 63 vuotta	2,40	0,69	35	3,03	0,94	36

F=1,18, df=2, p=.31
asteikko 1-4

F=1,04, df=2, p=.36
asteikko 1-5

Alle viisi vuotta potilastyössä toimineet tunsivat yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet paremmin kuin pidempään toimineet ja käyttivät niitä myös hieman säännöllisemmin kuin kauemmin toimi-

neet. 6 – 15 vuotta potilastyössä toimineet tunsivat yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet heikoimmin. Pisimpään työssä potilastyössä toimineet tunsivat perusteet parhaiten, mutta käyttivät niitä epäsäännöllisimmin. Ryhmien väliset erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Työssäoloajan yhteys yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttöön potilastyössä.

Työssäoloaika	Tunnettuus			Käyttö		
	ka	kh	n	ka	kh	n
0 – 5 vuotta	2,29	0,67	36	3,08	0,96	36
6 – 15 vuotta	2,17	0,68	34	3,06	0,94	31
16 – 38 vuotta	2,39	0,72	38	2,89	1,01	41

F=0,90, df=2, p=.41
asteikko 1-4

F=0,47, df=2, p=.63
asteikko 1-5

Pidempään samassa työpaikassa toimineet tunsivat yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet hiukan paremmin kuin lyhyemmän aikaa toimineet ja käyttivät niitä potilaan kanssa säännöllisemmin kuin vähemmän aikaa toimineet. Ryhmien väliset erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. (Taulukko 16.)

Taulukko 16. Samassa työpaikassa toimimisaajan yhteys yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuuteen ja käyttöön.

Nykyisessä työpaikassa	Tunnettuus			Käyttö		
	ka	kh	n	ka	kh	n
0 - 5 vuotta	2,24	0,67	65	2,92	1,03	71
6 - 36 vuotta	2,35	0,73	43	3,15	0,89	40

t=-,79, df=108, p=.43
asteikko 1-4

t=-1,18, df=109, p=.24
asteikko 1-5

6.5 Yksilökohtaisten tekijöiden yhteys yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuuteen ja käyttöön

Mitä myönteisempi asenne vastaajilla oli yhtenäisiin kiireettömän hoidon perusteisiin, sitä paremmin he myös tunsivat ne ($r=.28$, $p=.009$). Hoidon perusteiden käyttö oli myös sitä säännöllisempää, mitä myönteisempi asenne vastaajilla niihin oli ($r=.38$, $p=.009$). Mitä enemmän vastaajat olivat itsenäisesti hankkineet tietoa yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista, sitä paremmin he ne tunsivat ($r=.64$, $p<.001$) ja sitä säännöllisemmin he niitä käyttivät ($r=.36$, $p<.001$). Sosiaalisen verkoston kautta saadulla tiedolla oli edellä mainitun kaltainen yhteys sekä perusteiden tunnettuuteen ($r=.49$, $p<.001$) että niiden käyttöön ($r=.38$, $p<.001$). (Taulukko 17.)

Taulukko 17. Eri yksilökohtaisten tekijöiden yhteydet yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuuteen ja käyttöön

Yksilökohtaiset tekijät	Tunnettuus		Käyttö	
	r	p-arvo	r	p-arvo
Asenne	.28	.009	.38	<.001
Omaehtoinen tiedonhankinta	.64	<.001	.36	<.001
Sosiaalisen verkoston kautta saatu tieto	.49	<.001	.38	<.001

r=Pearsonin korrelaatiokerroin

6.6 Organisaatiotekijöiden yhteys yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuuteen ja käyttöön

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet tunnettiin sitä paremmin ($r=.53$, $p<.001$) ja niitä käytettiin sitä säännöllisemmin ($r=.39$, $p<0,001$), mitä enemmän vastaajat kokivat saaneensa resursseja. Mitä enemmän vastaajat kokivat saaneensa hallinnollista tukea, sitä paremmin he tunsivat perusteet ($r=.53$, $p<.001$) ja sitä säännöllisemmin he käyttivät niitä ($r=.37$, $p<0,001$). Koulutuksen yhteys yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden sekä tunnettuuteen ($r=.45$, $p<0,001$) että käyttöön ($r=.31$, $p<0,001$) oli samansuuntainen kuin resurssien ja hallinnollisen tuen yhteydet perusteiden tunnettuuteen ja käyttöön. (Taulukko 18.)

Taulukko 18. Eri organisaatiotekijöiden yhteydet yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuuteen ja käyttöön.

Organisaatiotekijät	Tunnettuus		Käyttö	
	r	p-arvo	r	p-arvo
Resurssit	.53	<.001	.39	<.001
Hallinnollinen tuki	.53	<.001	.37	<.001
Koulutus	.45	<.001	.31	.001

r=Pearsonin korrelaatiokerroin

6.7 Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden ominaisuuksien yhteys niiden tunnettuuteen ja käyttöön

Mitä hyödyllisemmiksi vastaajat kokivat yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet, sitä paremmin he tunsivat ne ($r=.54, p<.001$) ja sitä säännöllisemmin he niitä käyttivät ($r=.72, p<.001$). Kun yhtenäiset kiireettömän hoidon kriteerit koettiin helposti käytettäväksi, ne tunnettiin paremmin ($r=.50, p<.001$) ja niitä käytettiin säännöllisemmin ($r=.47, p<.001$). Mitä paremmin vastaajat kokivat liittävänsä yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden sisältämän tiedon aikaisempiin kokemuksiinsa ja omaksumaansa tietoon, sitä laajemmin he tunsivat perusteet ($r=.60, p<.001$) ja käyttivät niitä sitä säännöllisemmin ($r=.49, p<.001$). (Taulukko 19.)

Taulukko 19. Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden ominaisuuksien yhteydet niiden tunnettuuteen ja käyttöön

Perusteiden ominaisuudet	Tunnettuus		Käyttö	
	r	p-arvo	r	p-arvo
Suhteellinen hyöty	.54	<.001	.72	<.001
Käytettävyys	.50	<.001	.47	<.001
Yhteensopivuus	.60	<.001	.49	<.001

r=Pearsonin korrelaatiokerroin

6 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa siitä, missä määrin kolme vuotta sitten laaditut yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet tunnetaan ja kuinka laajasti niitä käytetään perusterveydenhuollossa Pirkanmaalla. Lisäksi mielenkiinnon kohteena oli selvittää, miten yksilökohtaiset, organisaatiotekijät ja yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden ominaisuuksista johtuvat tekijät olivat yhteydessä niiden tunnettuuteen ja käyttöön. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella olevien terveyskeskusten avovastaanottojen sairaanhoitajat ja lääkärit. Tutkimukseen osallistui 18 Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella olevaa terveydenhuollon kuntayhtymää, terveyskeskusta, terveyskeskuksen kuntayhtymää, sosiaali- ja terveyskeskusta, terveys- ja palvelukeskusta tai sosiaali- ja terveystoimea. Yhden kaupungin terveyskeskus ja yhden perusturvakeskuksen sairaanhoitajat eivät osallistuneet tutkimukseen.

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet tunnettiin kohtuullisen hyvin ottaen huomioon, että perusteet on laadittu kolme vuotta sitten. Runsas kaksi kolmannesta vastanneista oli lukenut perusteet pääpiirteissään ja runsas puolet katsoi tuntevansa tärkeimmät perusteet. Vaikka sosiaali- ja terveysministeriön (2005) aloitteesta julkaistut perusteet laadittiin ensisijaisesti lääkäreiden käyttöön, niistä on hyötyä myös muulle potilaan hoitoon ja tutkimukseen osallistuvalla henkilökunnalla. Koska perusteet laadittiin ohjeistuksena ensisijaisesti lääkäreille, muiden ammattiryhmien kuin lääkäreiden perehtyminen yhtenäisiin kiireettömän hoidon perusteisiin on voinut olla erilaista. Tämän tutkimuksen mukaan lääkärit tunsivat kyseiset perusteet paremmin kuin sairaanhoitajat, mutta ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Verrattaessa tämän tutkimuksen tuloksia uusien hoitosuosituksen tunnettuuteen, ovat tulokset samansuuntaisia. Uudet hoitosuositukset opitaan tuntemaan ajallisesti varsin vaihtelevasti ja niiden omaksumiseen vaikuttavat sekä yksilöistä että organisaatiosta lähtöisin olevat tekijät (Miilunpalo ym. 2002, Kuronen ym. 2006).

Tulosten mukaan noin puolet vastaajista käytti säännöllisesti yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita potilaan tarkoituksenmukaiseen hoitoon ohjaamiseen, hoitovaihtoehtojen selvittelyyn ja hoidon tarpeen perusteluun potilaalle. Sairauden etenemisen seurantaan perusteita käytettiin selvästi vähemmän. Lääkärit käyttivät perusteita säännöllisemmin potilaan ohjaamisessa kuin sairaanhoitajat,

mutta ryhmien välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Kuntaliitossa tehdyn selvityksen mukaan terveyskeskuslääkärit käyttivät yhtenäisiä kiirettömän hoidon perusteita taustatukena keskustellessaan potilaan kanssa eri hoitovaihtoehtoista ja tehdessään päätöstä lähettää potilas erikoissairaanhoidon. Sairaanhoitajat käyttivät perusteita keskustellessaan potilaan kanssa hoitoon pääsystä ja hoidon porrastuksesta sekä arvioidessaan yhdessä potilaan kanssa tämän toimintakykyä. (Heinämäki ym. 2007.)

Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että säännöllisimmin käytettiin ns. laajojen erikoisalojen, kuten sisätautien ja kirurgian, perusteita. Viidennes vastanneista arvioi, että he eivät käyttäneet edellä mainittujen erikoisalojen perusteita koskaan. Korva-, nenä- ja kurkkutautien osuus oli vajaa viidennes. Naistentautien sekä keuhkosairauksien ja kuvantamisen yhtenäisiä kiirettömän hoidon perusteita käytettiin seuraavaksi säännöllisemmin, osuuden ollessa noin kuudennes. Lastentautien, silmätautien ja neurologian osuus oli vajaa kuudennes. Hammas- ja suusairauksien, aikuis- ja lastenpsykiatrian sekä apuvälinepalvelun yhtenäisiä kiirettömän hoidon perusteita käytettiin harvemmin. Puolet vastaajista ei käyttänyt hammas- ja suusairauksien, lastenpsykiatrian, apuvälinepalvelun ja kuvantamisen yhtenäisiä kiirettömän hoidon perusteita koskaan. Lääkärit käyttivät eri erikoisalojen yhtenäisiä kiirettömän hoidon perusteita säännöllisemmin kuin sairaanhoitajat. Erot eri ammattiryhmien välillä olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä kirurgian ja naistentautien osalta sekä melkein merkitseviä silmätautien, korva-, nenä- ja kurkkutautien, neurologian ja keuhkosairauksien osalta.

Eri erikoisalojen yhtenäisiä kiirettömän hoidon perusteita käytettiin vaihtelevasti. Vakiintuneena työtapana näitä käytettiin kohtalaisen säännöllisesti. Stakesin (2008) selvityksen 87 % terveyskeskuksista sovelsi perusteita lähettäessään potilaitaan erikoissairaanhoidon. Kansallisen terveyshankkeen seurantar ryhmän aluetukihenkilöille suorittamassa kyselyssä 55 % vastaajista arvioi, että yhtenäisten kiirettömän hoidon perusteiden käyttöönotossa on edistytty hyvin tai erittäin hyvin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.) Kyseisen tutkimuksen tulos antaa erilaisen kuvan kyseisten perusteiden käyttöönoton laajuudesta verrattuna tähän tutkimukseen.

Hoitosuositukseen suhtaudutaan terveydenhuollossa sekä kansainvälisten että kansallisten tutkimusten mukaan myönteisesti (Watkins ym. 1999, McKinlay 2001, Kuronen ym. 2006). Tämän tutkimuksen mukaan lähes kaikki vastanneet katsoivat, että yhtenäiset kiirettömän hoidon perusteet

yhtenäistävät ja selkeyttävät hoitokäytäntöjä, tarjoavat selkeän toimintamallin ja parantavat terveydenhuollon laatua. Tulos on samansuuntainen Kurosen ja tutkimusryhmän (2006) suorittaneen tutkimuksen mukaan, jossa yhtenä asennetta kuvaavana tuloksena oli se, että suositusten katsotaan parantavan terveydenhuollon laatua. Tämän tutkimuksen mukaan asenteella ja yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuudella oli heikko yhteys, kun taas asenteen ja kyseisten perusteiden käytön välillä yhteys oli kohtalainen. Tuloksen mukaan voidaan tulkita, että myönteinen asenne helpottaa käyttöönottoa, mutta se ei lisää kiinnostusta tutustua aiheeseen syvemmin.

Yhtenäisiin kiireettömän hoidon perusteisiin tutustuttiin hyvin itsenäisesti joko lukien ammattilehdistä niiden käyttöönotosta tai keskustelemalla aiheesta kollegoiden kanssa. Aiheesta järjestettyihin keskustelutilaisuuksiin oli osallistuttu varsin vähän. Omaehtoinen tiedon hankinta lisäsi aiheen tuntemista, mutta ei merkittävästi ollut yhteydessä käyttöönottoon. Sosiaalisen verkoston kautta saadulla tiedolla oli yhteyttä yhtenäisten kiireettömän hoidon tunnettuuteen ja käyttöön. Yhteys oli voimakkaampi tunnettuuteen kuin käyttöön. Aikaisempien tutkimusten mukaan yhteiset keskustelut kollegoiden kanssa ovat tehokas tapa jakaa ja saada tietoa (Hayward ja Moore 1997). Kyseinen informaatiokanava syrjäyttää usein yleiset tiedotusvälineet tiedon levittäjänä (Newton ym. 1996). Tieto uudesta toimintamallista leviää hoitoyhteisöissä, joissa työskennellään tiiviissä yhteistyössä, yleensä nopeasti (Landrum 1998).

Vastanneet olivat osallistuneet varsin vähäisesti yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita käsittelevään koulutukseen, sillä vain vajaa viidennes arvioi kouluttautuneensa kyseisten perusteiden käyttöön. Kolmasosa arvioi, että yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet oli esitelty yhteisessä kokouksessa. Esimiehet olivat esitelleet kyseisiä perusteita vajaalle viidennekselle vastanneista. Koulutuksella oli yhteyttä yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuuteen ja käyttöön. Tuominen tutkimusryhmineen (2008) toteaa, että perusterveydenhuollon henkilökuntaa on koulutettu yhtenäisten kiireettömän hoidon sisältöön ja käyttöön. Koulutus on ollut systemaattista niissä terveyskeskuksissa, missä sitä on toteutettu (Tuomola ym. 2008). Hoitosuosituksia koskevat aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että koulutuksella ja tiedotuksella (Elovainio ym. 1999) on yhteyttä niiden käyttöönottoon. Ongelmana on ollut usein se, missä määrin koulutuksiin osallistutaan. Lääkärit osallistuvat sairaanhoitajia aktiivisemmin koulutuksiin. (Miilunpalo ym. 2002, Kuronen ym. 2006.)

Sairaanhoitajat ja lääkärit saivat varsin vähän organisaatiolta henkilökohtaista tukea yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttöön. Aikaisempien tutkimusten mukaan auditointi, palautteen kerääminen, muistuttaminen ja opettaminen edistävät hoitosuositusten käyttöönottoa (Michie ja Johnston 2004, Roine ym. 2003). Elovainio kollegoineen (1999) katsovat, että suositusten käyttöönotossa tulisi kuulla käyttäjienkin mielipiteitä, odotuksia ja pelkoja etukäteen, jotta implementointi voidaan suunnitella ottaen kyseiset seikat huomioon. Tämän tutkimuksen mukaan hallinnollisella tuella oli voimakas positiivinen yhteys yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuuteen, mikä voidaan tulkita siten, että vastanneet hyötyivät organisaation tuesta perehtyessään kyseisiin perusteisiin. Mitä enemmän vastanneet olivat saaneet tukea, sitä säännöllisempää yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttö potilaiden hoidossa oli ollut.

Organisaatiot olivat järjestäneet hyvin mahdollisuuksia käyttää yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita. Vastanneiden arvion mukaan kyseisiä perusteita oli helppo käyttää eri lähteistä ja ne olivat helposti saatavilla. Aikaresursseja niihin perehtymiseen ja käytön opetteluun oli sen sijaan niukasti. Organisaation mahdollistamalla resursseilla oli voimakas positiivinen yhteys yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuuteen ja kohtalainen positiivinen yhteys niiden käyttöön. Mäkelä ja Thorsen (1999) suosittavat, että hoitosuositusten käyttöönottoa tulisi tukea monin eri tavoin: kirjallisella, audiovisuaalisella ja sähköisellä materiaalilla, järjestämällä mahdollisuuksia osallistua konferensseihin, rekrytoimalla ohjaavia henkilöitä sekä auditoimalla, muistuttamalla ja keräämällä palautetta. Hoitosuosituksia koskevien aikaisempien tutkimusten mukaan työssä koettu kiire on haitannut niihin tutustumista (Roine ym. 2003, Palomäki ym. 2004, Kuronen ym. 2006).

Yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista oli hyötyä ohjattaessa potilasta tarkoituksenmukaiseen hoitoon ja perusteltaessa hänelle hoitovaihtoehtoja. Yli puolet vastanneista arvioi, ettei kyseisistä perusteista ollut hyötyä seurattaessa potilaan sairauden etenemistä. Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteista koetulla hyödyllä oli voimakas positiivinen yhteys sekä niiden tunnettuuteen että käyttöön. Vaikuttaa siltä, että mikäli kyseisistä perusteista koetaan olevan hyötyä potilaan hoidossa, sitä laajemmin niihin halutaan perehtyä ja käyttää niitä. Käyttöön ei riitä vielä se, että yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista on hyötyä terveydenhuollolle kokonaisuudessaan, vaan vasta omassa työssä koettu hyöty parantaa niihin perehtymistä ja niiden käyttöönottoa. Tuomisen ja tutkimusryhmän (2008) selvityksessä kuvattiin, että muutamissa terveyskeskuksissa kiinnitettiin erityinen huomio yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden hyödylliseen ominaisuuteen toimia apuväli-

neenä potilaan kohtaamisessa, mikä helpotti lääkäreiden ja muun hoitohenkilökunnan päivittäistä työtä. Tämä viittaa samaan omassa työssä koettuun hyötyyn, mikä tässäkin tutkimuksessa tuli esille. Hader ja hänen tutkimusryhmänsä (2007) toteavat tutkimuksessaan, että hoitosuositusten käyttöönottoon vaikuttaa mm. osoitettu riskitön hyöty potilaan hoidossa.

Yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita pidettiin hyvänä työkaluna ja helposti käytettävänä, millä oli positiivinen yhteys niiden tunnettuuteen ja käyttöön. Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että hoitosuositusten käyttöönoton edistämiseksi suositusten tulisi olla konkreettisia ja selkeitä (Michie ja Johnston 2004), sisältää hyvän työkalun ominaisuudet (Watkins 1999, Grol ja Grimshaw 2003) sekä olla uskottavia, houkuttelevia ja käytettävyydeltään hyviä (Perälä ja Pelkonen 2006).

Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden sisältämää tietoa pidettiin melko ajankohtaisena, luotettavana ja hyvin ymmärrettävänä, millä oli voimakas positiivinen yhteys kyseisten perusteiden tunnettuuteen. Michie ja Johnston (2004) toteavat hoitosuositusten implementointia käsittelevässä tutkimuksessaan, että mitä konkreettisemmin ja tarkemmin suositus on ilmaistu, sitä laajemmin sitä käytettiin. Näiden tutkijoiden mukaan suositus tulisi tarvittaessa laatia uudestaan sen käytön lisäämiseksi ja helpottamiseksi. Tämän tutkimuksen mukaan yhtenäisiin kiireettömän hoidon perusteisiin tutustuttiin helpommin silloin, kun sen sisältämä tieto avautui lukijalle vaivattomasti.

7.2 Eettiset kysymykset

Tutkimusluvut haettiin kunkin terveyskeskuksen käytännön mukaisesti (Vehviläinen-Julkunen 1997) joko kirjallisesti tai sopimalla puhelimitse johtavien viranhaltijoiden kanssa. Tutkimusluvun saamisen jälkeen tutkija oli yhteydessä kunkin terveyskeskuksen ylilääkäriin, ylihoitajaan tai osastonhoitajaan, jotka suorittivat kyselylomakkeiden jakelun terveyskeskusten avovastaanottojen sairaanhoitajille ja lääkäreille. Tutkimukseen osallistuneita henkilöitä informoitiin kyselylomakkeen mukana olevalla saatekirjeellä tutkimuksen tarkoituksesta sekä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja luottamuksellisuudesta (Vehviläinen-Julkunen 1997, Burns ja Grove 2003). Vastanneet palauttivat kyselylomakkeet postitse tutkijan kotiosoitteeseen. Tutkimukseen osallistuneiden nimet eivät tulleet missään vaiheessa tutkijan tietoon. Tutkija esitteli saatekirjeessä itsensä, ohjaajansa ja mukana olevat muut henkilöt ja ilmoitti opiskelupaikkansa sekä perustelut tehdä tutkimusta.

Lisäksi hän antoi yhteystietonsa mahdollisia kysymyksiä varten. Vastatut kyselylomakkeet ja sähköinen data säilytettiin vain tutkijan saatavilla. (1998 Nieswiadomy.)

Aineisto tallennettiin huolellisesti ja analysoitiin tieteellisesti luotettavasti hyödyntäen koko kerättyä aineistoa. Tutkimustulokset raportoitiin mahdollisimman virheettömästi sekä tuloksia vääristämättä tai muuttamatta. (Leino-Kilpi 2003.)

7.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan validiteetin eli pätevyyden näkökulmasta, millä tarkoitetaan tutkimuksen kykyä mitata sitä, mitä on ollut tarkoitus selvittää. Validilla mittarilla suoritettavat mittaukset ovat keskimääräisesti oikeita ja niissä ei ole systemaattista virhettä. Validiteetissa erotetaan sisäinen ja ulkoinen validiteetti. Tutkimuksen sisäinen validiteetti arvioi mittausten vastaavuutta teoriaosassa esitettyjen käsitteiden kanssa. (Heikkilä 2004.) Tämän tutkimuksen sisäistä validiteettia on pyritty vahvistamaan käyttämällä osittain valmiiksi validoitua mittaria (Elovainio ym, 1999) ja muodostamalla väittämät käyttäen apuna teoriaa soveltavia tutkimuksia. Kuitenkin aloittelevan tutkijan työnä tämän tutkimuksen sisäiseen validiteettiin on suhtauduttava kriittisesti. Ulkoinen validiteetti kuvaa sitä, kuinka hyvin tulokset ovat yleistettävissä (Burns ja Grove 2003) ja siirrettävissä tilanteeseen, jossa myös muut tutkijat tulkitsevat tutkimustulokset samalla tavoin (Heikkilä 2004). Tässä tutkimuksessa vastausprosentin jäätyä hyvin alhaiseksi, pitää tutkimuksen luotettavuuteen suhtautua kriittisesti ja sen tuloksia tulee yleistää varovasti.

Tämä tutkimus suoritettiin kokonaistutkimuksena, jonka perusjoukkoon kuului 453 sairaanhoitajaa ja lääkäriä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueen terveyskeskusten avovastaanotoilta. Lomake esitettiin eräässä keskisuomalaisessa terveyskeskuksessa. Testauksen jälkeen poistettiin virhetulkin-tojen vuoksi yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuutta koskeva väittämä sekä lisätettiin neljä kyseisten perusteiden käyttöä koskevaa väittämää. Kyselylomakkeet lähetettiin postissa puhelimitse sovituille yhteyshenkilöille, jotka jakoivat ne työyksiköissä työskenteleville sairaanhoitajille ja lääkäreille. Määräaikaan mennessä vastaukset palautti 129 työntekijää, vastausprosentiksi saatiin 29. Kysymyksiin oli pääosin vastattu huolellisesti, mutta puuttuviakin vastauksia löytyi. Yhdeksän lomaketta hylättiin liian puutteellisten vastausten vuoksi.

Vastausprosenttien alhaisuus on usein tyypillistä postikyselyinä tehdyssä aineistonkeruussa (Oppenheim 1999, Valli 2001). Heikkilän (2004) mukaan postikyselyyn vastausprosentti vaihtelee yleensä 20 – 60 prosentin välillä, mutta (Vallin 2001) mukaan riittävänä vastausprosenttina voidaan useimmiten pitää kuuttakymmentä. Kato vääristää tuloksia, koska ei tiedetä, mitä mieltä olivat he, jotka eivät vastanneet (Heikkilä 2004). Metsämuurosen (2003) mukaan suuri kato ei tutkimuksen kannalta ole ongelma, ellei jokin tietty vastaajaryhmä jää tutkimuksessa joko kokonaan pois tai liian vähälle edustukselle. Tässä tutkimuksessa oli keskeistä, että sairaanhoitajien ja lääkäreiden edustus muodostui suunnilleen samanlaiseksi.

Heikkilän (2004) mukaan tärkeä palautusprosenttiin vaikuttava asia on se, kuinka tärkeänä vastaajat pitävät tutkimusta. Tässä tutkimuksessa lähes kaikkiin hylättyihin vastauksiin oli kirjoitettu kommentti, jossa ilmaistiin, että yhtenäiset kiireettömän hoidon kriteerit ovat niin vierasta asiaa, ettei henkilö pystynyt siihen vastaamaan. Aiheen tuntemattomuus saattoi osaksi olla syynä siihen, että kyselyyn ei vastattu ollenkaan. Tällöin kyse ei välttämättä ole siitä, kuinka tärkeä asia on, vaan siitä kuinka tutusta tai vieraasta asiasta on kyse. Aineisto edusti luultavasti joukkoa, jolla oli edes jotain tietoa kyseisestä aiheesta. Vastaamatta jättäneiden aktivoimiseksi kyselylomakkeeseen olisi voitu laittaa avoin kysymys siitä, mitä vastaaja aiheesta tietää.

Tässä tutkimuksessa vastaamisaktiivisuutta pyrittiin parantamaan olemalla yhteydessä terveyskeskusten johtaviin viranhaltijoihin, jotka suorittivat kyselylomakkeiden jakelun ja pystyivät näin motivoimaan lomakkeiden täyttämistä. Kyselylomakkeen mukana ollut saatekirje pyrittiin muotoilemaan niin, että se olisi motivoinut vastaamista (Heikkilä 2004). Vastaamisen aktivoimiseksi saatekirje muotoiltiin värilliselle paperille. Tutkijan henkilökohtaiset käynnit työyksiköissä olisivat selvittäneet tutkimuksen tarkoitusta ja antaneet mahdollisuuden tarkentaville kysymyksille, mikä mahdollisesti olisi parantanut vastausaktiiviteettiä.

Heikkilän (2004) mukaan mittauksen reliabiliteetti määritellään kyvyksi tuottaa ei - sattumanvaraisia tuloksia. Reliabiliteetti on sitä suurempi, mitä vähemmän tuloksissa on sattuman vaikutusta (Valli 2001). Tässä tutkimuksessa reliabiliteettia mitattiin tarkastelemalla mittareiden sisäistä johdonmukaisuutta Cronbachin alfa-kertoimella, joiden arvot summamuuttujien suhteen olivat välillä 0.727 – 0.909. (Taulukko 1.) Arvojen ollessa yli 0.7 voidaan tulkita, että mittarin osiot mittaavat samantyyppisiä asioita (Burns ja Grove 2003, Heikkilä 2004).

7.4 Johtopäätökset

Tutkimustulokset toivat uutta tietoa yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuudesta ja käytöstä sekä niihin yhteydessä olevista tekijöistä. Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan käyttää arvioitaessa yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttöönottoa muualla Suomessa ja kehittää edelleen niiden käyttöönottoon liittyviä osatekijöitä. Kuitenkin suhteellisen ison kadon vuoksi tutkimustuloksia voidaan korkeintaan varovasti yleistää.

Kolme vuotta voimassa olleet yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet ovat asettumassa perusterveydenhuollon avovastaanottojen lähete- ja hoitokäytäntöihin. Käyttöönotto on tämän tutkimuksen mukaan lähtenyt hyvin alkuun. Alkuun lähinnä lääkäreiden käyttöön tarkoitettu ohjeistus on saanut käyttäjäkseen myös sairaanhoitajia. Yhtenäiset kiireettömän hoidon luotiin diagnoosipohjaisesti tukemaan lähetekäytäntöä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Tämän tutkimuksen perusteella havaittiin, että hoitotyöntekijät käyttävät hoidon perusteita myös suurelta osin taustatukena toimiessaan potilaan kanssa; ohjatessaan häntä tarkoituksenmukaiseen hoitoon ja perustellessaan hoitoon liittyviä vaihtoehtoja.

Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden tunnettuus ja käyttöönotto ovat suureksi osaksi perustuneet sairaanhoitajien ja lääkäreiden aktiivisuuteen hakea niistä tietoa. Kokemuksen kautta saatu tieto niiden hyödyistä on vahvistanut käyttöönottoa ja sosiaalisten verkostojen kautta tieto on siirtynyt eteenpäin. Sen sijaan hallinnollista tukea työntekijät saivat selvästi vähemmän. Systemaattinen kaikkien potilaan hoitoon ja ohjaukseen osallistuvien ammattiryhmien koulutus, tiedotus ja käyttöönoton tuki työpaikoilla todennäköisesti edistää käyttöönottoa laajemmin.

Näyttöön perustuvuus potilaan hoidossa nähdään usein tarpeena luoda erilaisia ohjeita ja suosituksia. Näitä luotaessa on hyvä kiinnittää huomio siihenkin, että suositukset laaditaan pitkälle käyttäjiä ajatellen ja arjen käytäntöjä tukien. Nykyisen tiedontulvan aikakautena hyvätkin aiheet saattavat jäädä huomiotta siksi, että niistä ajateltu hyöty tai niiden ulkoinen muoto eivät vastaa lukijan tiedontarpeeseen.

7. 5. Jatkotutkimusaiheet

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet luovat suuntaviivoja potilaiden tutkimukselle ja hoidolle perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyössä. Jatkotutkimusaiheena olisi tarpeen tutkia:

- minkälaisia kokemuksia erikoissairaanhoidossa on yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käytöstä
- kuinka hyvin potilaat tuntevat yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet ja oikeutensa tarkoituksenmukaiseen hoitoon
- miten yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet ovat toimineet potilaan ja hoitohenkilökunnan yhteistyössä
- yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden sisältöjen arviointi ja kehittäminen vastaamaan niiden käyttäjien tarpeita
- miten sähköisellä tiedonsiirrolla ja kirjaamisella tuetaan yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttöönottoa

9 LÄHTEET

Alanen S, Ijäs J, Kaila M, Mäkelä M, Välimäki M. 2008. Hypertension guideline implementation: experiences of Finnish primary care nurses. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 14, 830-835.

Burns N, Grove SK. 2003. *Understanding Nursing Research*. 3rd edition. W.B. Saunders Company, Philadelphia.

Calltorp J. 1999. Priority setting in health policy in Sweden and comparison with Norway. *Health Policy* 50 (1-2), 1-22.

Coast J. 1997. Rationing within the NHS should be explicit. The case against. *British Medical Journal* 314, 1118-1122.

Conroy M, Shannon W. 1995. Clinical guidelines: their implementation in general practice. *British Journal of General Practice* 45, 371-375.

De Coster C, McMillan S, Brant R, McGurran J, Noseworthy T, Primary care panel of the Western Canada Waiting list project. 2007. The Western Canada waiting list project: development of a priority referral score for hip and knee arthroplasty. *Journal of Evaluation in Clinical Waiting List Project* 13, 192-197.

Doyal L. 1997. Rationing with the NHS should be explicit. The case for. *British Medical Journal* 314, 1114-1118.

Edgar W. 2000. Rationing in health care – A New Zealand perspective on an international dilemma. *EMH. Schweizerische Ärztezeitung* 81(4), 190-194.

Elomaa L. 2003. *Research evidence implementation and its requirements in nursing education*. Department of Nursing Science. University of Turku. Kirjapaino Pika Oy. Turku.

Elovainio M, Eccles M, Mäkelä M. 1999. Attitudes towards guidelines and a scale for measuring them. Teoksessa: Thorsen T, Mäkelä M. (toim.) *Changing Professional Practice. Theory and practice of clinical guidelines implementation*. Danish Institute for Health Services Research and Development. DSI Rapport 99.05, 153-164.

Erikoissairaanhoitolaki. 1989. 1.12.1989/1062 asetuksineen.

Flores G, Lee M, Bauchner H, Kastner B. 2000. Pediatricians' attitudes, beliefs and practices regarding clinical practice guidelines: A national survey. *Pediatrics* 105, 496-501.

Gauld R, Derrett S. 2000. Solving the surgical waiting list problem? New Zealand's "Booking System". *International Journal of Health Planning and Management* 15, 259-272.

Gifford WA, Davies B, Edwards N, Graham ID. 2006. Leadership strategies to influence the use of clinical practice guidelines. *Canadian Journal of Nursing Leadership*. 19(4), 72-88.

- Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. 2004. Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly* 82(4), 581-629.
- Grol R, Grimshaw J. 2003. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet* 362(9391), 1225-1230.
- Hader JM, White R, Lewis S, Foreman J, McDonald P, Thompson L. 2007. Doctors' views of clinical practice guidelines: a qualitative exploration using innovation theory. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 13, 601-606.
- Ham C. 1997. Priority setting in health care: learning from international experience. *Health Policy* 42, 49-66.
- Harisalo R. 1984. Innovaatioiden diffuusio kunnallishallinnossa. *Acta Universitatis Tamperensis. Ser. A. Vol 163. Vammala.*
- Harrison S, Dowswell G, Wright J. 2002. Practice nurses and clinical guidelines in a changing primary care context: an empirical study. *Journal of Advanced Nursing* 39(2), 299-307.
- Hayward R, Moore K. 1997. Canadian physicians' attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines. *Canadian Medical Association Journal* 196(12), 1715-1732.
- Heikkilä T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Heinämäki R, Voipio-Pulkki L-M, Mäenpää T, Kaila M. 2007. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet perusterveydenhuollossa – fokusryhmähaastattelut Pirkanmaalla. *Suomen Lääkärilehti* 43 (10), 4019-4022.
- Hetemaa T, Vuorenkoski L, Keskimäki I. 2003. Priorisointi ja jonoasettamisindikaatiot – kirjallisuuskatsaus. Sosiaali – ja terveysministeriö. *Monisteita* 2003:6. Helsinki.
- Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P. 2005. Tutki ja kirjoita. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Hubbard S, Hayashi S. 2003. Use of diffusion of innovations theory to drive a federal agency's program evaluation. *Evaluation and Program Planning* 26, 49 –56.
- Kaila M, Saarelma O, Lindgren J, Nuutinen L, Pasternack A. 2002. Suositut suositukset. *Duodecim* 118(6), 561-562.
- Kaila M, Rintanen H, Saalasti-Koskinen U. 2006. Käypä hoito -suositusten käyttöönotto terveyskeskuksissa. *Suomen Lääkärilehti* 61(19), 2142 – 2143.
- Kaivola J, Myllymäki K. 2004. Hoitosuositukset ja laki. *Duodecim* 120(24), 2971-2976.
- Kanste O. 2005. Moniulotteinen hoitotyön johtajuus ja hoitohenkilöstön työuupumus terveydenhuollossa. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto. *Acta Universitatis Ouluensis D* 815.

- Keskitalo M. 2002. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö. Johtavien viranhaltijoiden näkemyksiä organisaatioiden välisestä yhteistyöstä ja yhdistämisestä Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.
- Ketola E, Kaila M, Mäkelä M. 2004. Käypä hoito -suositukset - kokeilusta kulmakiveksi. Duodecim 120(24), 2949-2954.
- Ketola E, Kaila M, Mäkelä M, Vuorenkoski L. 2005. Guidelines International Networkin toinen kokous ja terveydenhuollon priorisoinnin viides maailmankongressi. Duodecim 121, 572-574.
- Ketola E, Kaila M, Kunnamo I. 2006a. Kansainvälinen hoitosuositusverkosto kokoontui Lyonissa joulukuussa 2005. Duodecim 122(3), 351-352.
- Ketola E, Mäntyranta T, Mäkinen R, Voipio-Pulkki L-M, Kaila M, Tulonen-Tapio J, Nuutinen M, Aalto P, Kortekangas P, Brander P, Komulainen J. 2006b. Hoitosuosituksesta hoitoketjuksi. Opas hoitoketjujen laadintaan ja toimeenpanoon. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Helsinki.
- Kinnunen J, Lammintakanen J, Myllykangas M, Ryyänen O-P, Takala J. 1998. Health care priorities as a problem of local resource allocation. The International Journal of Health Planning and Management 13(3), 216-229.
- Kolehmainen S. 1997. Innovaatioiden diffuusio ammattikorkeakoulureformissa. Innovaatioiden diffuusion liittyvien tekijöiden tarkastelua yhdessä ammattikorkeakoulureformiin osallistuvassa kokeiluyksikössä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos.
- Kortteisto T. 2005. Hoitosuositus päätöksenteon tukena. Arviointitutkimus alaselän sairauksien hoitosuosituksen käytöstä ja merkityksestä perusterveydenhuollon lääkärin päätöksenteon tukena. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Kumpusalo E, Ellonen M, Keinänen-Kiukaanniemi S, Mattila K. 1991. Yleislääketiede. Vammalan kirjapaino Oy.
- Kunnamo I, Jousimaa J. 2004. Tietoverkot ja sähköinen maailma hoitosuosituksen toteuttamisessa. Duodecim 120, 2977-2984.
- Kuronen R, Jallinoja P, Ilvesmäki V, Patja K. 2006. Miten valtimotautiriskejä koskevat hoitosuositukset on otettu käyttöön? Suomen Lääkärilehti 44(61), 4571- 4577.
- Laijärvi H, Kaunonen M. 2005. Summa-asteikot hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 17(2), 89-96.
- Laippala P, Paavilainen E, Koponen H. 1997. Kuvailevaa tilastotiedettä – summamuuttujien rakenteellista tarkastelua. Teoksessa: Paunonen M, Vehviläinen-Julkunen K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. 76-90.
- Laki kansanterveyslain muuttamisesta. 2004. 855/2004.

- Laki erikoissairaanhoidon lain muuttamisesta. 2004. 856/2004.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta. 2004. 857/2004.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 9 §:n muuttamisesta. 2004. 858/2004.
- Lammintakanen J. 2005. Health care prioritisation. Evolution of the concept, research and policy process. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 116. Kuopion yliopisto.
- Landrum B. 1998. Marketing innovations to nurses, part 1: How people adopt innovations. *Journal of WOCN* (25)4, 194-199.
- Lauslahti S. 2007. Kunnan erikoissairaanhoidon kustannushallinnan keinot ja niiden käyttämisen esteet. Akateeminen väitöskirja. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 602. <http://acta.uta.fi>.
- Leeman J, Jackson B, Sandelowski M. 2006. An evaluation of how well research reports facilitate the use of findings in practice. *Journal of Nursing Scholarship* 38(2), 171-177.
- Leino-Kilpi H. 2003. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa: Leino-Kilpi H, Välimäki M. *Etiikka hoitotyössä*. WS Bookwell Oy. Juva. 284-302.
- Lia-Hoagberg B, Schaffer M, Strohschein S. 1999. Public health nursing practice guidelines: An evaluation of dissemination and use. *Public Health Nursing* 16(6), 397-404.
- Marmor T, Boyman D. 1999. Medical care and public policy: the benefits and burdens of asking fundamental questions. *Health Policy* 49, 27-43.
- McConnell ES, Lekan D, Hebert C, Leatherwood L. 2007. Academic practice partnerships to promote evidence-based practice in long-term care: oral hygiene care practices an exemplar. *Nursing Outlook* 55(2), 95-105.
- McKinlay E, McLeod D, Dowell T, Howden-Chapman P. 2001. Clinical practice guidelines. A selective literature review. Wellington School of Medicine. University of Otago.
- McKinlay E, McLeod D, Dowell A, Marshall C. 2004. Clinical practice guidelines' development and use in New Zealand: an evolving process. *The New Zealand Medical Journal* 117(1199), 1-11.
- Mechanic D. 1995. Dilemmas in rationing health care services: the case for implicit rationing. *British Medical Journal* 310(6995), 1655-1659.
- Metsämuuronen J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Michel Y, Sneed N. 1995. Dissemination and use of research findings in nursing practice. *Journal of Professional Nursing* 11(5), 306-311.

- Michie S, Johnston M. 2004. Changing clinical behaviour by making guidelines specific. *British Medical Journal* 328(7435), 343-345.
- Miettinen M. 1996. Yliopistosairaalan, terveystieteiden keskuksen ja yksityisen lääkäriaseman innovatiivisuuden edellytykset. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 37. Kuopion yliopiston painatuskeskus. Kuopio.
- Miilunpalo S, Toropainen E, Mäkinen M. 2002. Miten valtakunnalliset suositukset tunnetaan terveyskeskuksissa? *Duodecim* 118(6), 613-619.
- Milner FM, Estrabrooks CA, Humphrey C. 2005. Clinical nurse educators as agents for change: increasing research utilization. *International Journal of Nursing Studies* 42(8), 899-914.
- Mulvey K, Hayashi S, Hubbard S, Kopstien A, Huang J. 2003. The TIPS evaluation project: a theory driven approach to dissemination research. *Evaluation and Program Planning* 26, 45-47.
- Myllymäki K. 2005. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. *Suomen Lääkärilehti* 60(12-13), 1375.
- Mäkelä M, Thorsen T. 1999. A framework for guidelines implementation studies. Teoksessa: Mäkelä M, Thorsen T. 1999. *Changing Professional Practice. Theory and practice of clinical guidelines implementation.* Danish Institute for Health Services Research and Development. DSI Rapport 99.05, 23-56.
- Mäki T. 2000. Laadunhallintainnovaation diffuusio Suomen terveydenhuollossa. Lisensiaatintutkimus. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja – talouden laitos. Kuopio.
- New B. 1996. The rationing agenda in the NHS. *British Medical Journal*. 312, 1593-1601.
- Newton J, Knight D, Woolhead G. 1996. General practitioners and clinical guidelines: a survey of knowledge, use and beliefs. *British Journal on General Practice* 46, 513 – 517.
- Nieswiadomy RM. 1998. *Foundations of nursing research.* Appleton & Lange. Stamford. Connecticut.
- Norheim O, Ekeberg Ø, Evensen S, Halvorsen M, Kvernebo K. 2001. Adoption of new health care services in Norway (1993 – 1997): specialists' self-assessment according to national criteria for priority setting. *Health Policy* 56, 65-79.
- Nummenmaa J. 2007. Näyttöön perustuvat hoitosuositukset ja yleislääkärin työ. Akateeminen väitöskirja. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 587. <http://acta.uta.fi>.
- Nuutinen M. 2000. Hoitoketju. *Duodecim* 116, 1821-1828.
- Nylander, O. 2005. Hoitoon pääsemisen perusteiden ja enimmäisaikojen uudistus terveydenhuollossa vuonna 2005. Teoksessa: Heikkilä, M, Roos M. (toim.). *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005.* Stakes. Gummerus Kirjapaino. Saarijärvi. 142-175.

- Oppenheim AN. 1992. Questionnaire Design, Interviewing and Attitude Measurement. Pinter Publishers Ltd. London.
- Oranta O, Routasalo P, Hupli M. 2002. Sairaanhoidaja tutkimustiedon hyödyntäjänä - estävät ja edistävät tekijät. *Hoitotiede* 1(14), 26-37.
- Paré G, Trudel M-C. 2007. Knowledge barriers to PACS adoption and implementation in hospitals. *International Journal of Medical Informatics* (76) 22-33.
- Pajukoski M. 2005. Asiakkaan asema sosiaali- ja terveydenhuollossa – oikeudellinen näkökulma. Teoksessa: Heikkilä M, Roos M. 2005 (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Stakes. Gummerus Kirjapaino. Saarijärvi. 176-205.
- Palomäki A, Erhola M, Jaatinen P, Järvinen M, Lehtonen O-P, Nurmikari M, Kaila M. 2004. Hoito-ohjelmat terveystieteiden arkityössä. Hämeenlinnan seutuhanke II. *Suomen Lääkärilehti* 59 (30 – 32), 2823-2826.
- Pekkala E. 2006. Hoitotyön suositusten arviointi ja käyttöön otto. *Sairaanhoidaja* 12, 16-17.
- Perälä M-L ja Pelkonen M. 2006. Hoitotyön suositukset osana näyttöön perustuvaa toimintaa. *Sairaanhoidaja* 12, 12-15.
- Polit D, Beck CT. 2004. Nursing research. Principles and Methods. Seventh edition. Lippincott, Williams & Wilkins. Philadelphia.
- Puffer S, Rashidian A. 2004. Practice nurses' intentions to use clinical guidelines. *Journal of Advanced Nursing* 47(5), 500-509.
- Redfern S, Christian S. 2003. Achieving change in health care practice. *Journal of Evaluation in clinical Practice* (9) 225-238.
- Rodgers S. 2000. The extent of nursing research utilization in general medical and surgical wards. *Journal of Advanced Nursing*. (32) 182-193.
- Rogers E. 2003. Diffusion of Innovations. 5th edition. Free Press. New York.
- Rogers E, Scott K. 1997. The Diffusion of Innovations Model and Outreach from the National Network of Libraries of Medicine to Native American Communities. Draft paper prepared for the National Network of Libraries of Medicine, <http://nmlm.gov/evaluation/pub/rogers/>. Luettu 18.07.2007.
- Roine R, Kaila M, Nuutinen M, Mäntyranta T, Nuutinen L, Auvinen O, Mustajoki P. 2003. Käypä hoito -suositusten toimeenpano erikoissairanhoidossa. *Duodecim* 119(5), 399-406.
- Ryynänen O-P, Myllykangas M, Niemelä P, Kinnunen J, Takala J. 1998. Attitudes to prioritisation in selected health care activities. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 7, 320-329.
- Ryynänen O-P, Myllykangas M, Kinnunen J, Takala J. 1999. Attitudes to health care prioritisation methods and criteria among nurses, doctors, politicians and the general public. *Social Science and Medicine*. 49, 1529-1539.

Ryynänen O-P, Kukkonen J, Myllykangas M, Lammintakanen J, Kinnunen J. 2006. Priorisointi terveydenhuollossa. Mitä maksaa, kuka maksaa. Tammer-Paino Oy. Tampere.

Sabin J. 1998. Fairness as a problem of love and heart: a clinician perspective on priority setting. *British Medical Journal*. 317, 1002-1004.

Schmidt NA, Brown JM. 2007. Use of the innovation-decision process teaching strategy to promote evidence-based practice. *Journal of Professional Nursing* 23(3), 150-156.

Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastot. 1999. Stakes. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 - kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki 2001.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2002:6. Helsinki 2002.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. Hoidon hinta ja tasa-arvo terveydenhuollon eettisenä haasteena. Etene -julkaisu 2003:6. Helsinki 2003.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004a. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:33. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2004.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004b. Terveydenhuollon palvelu paranee. Kiireettömään hoitoon määräajassa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2004:13. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2004.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004c. Kuulemistilaisuus koskien terveydenhuollossa annettavan hoidon perusteiden laatimista 12.10.2004. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2004.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2005a. Potilaan oikeudet. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2005:5. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2005.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2005b. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:5. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2005.

Sundqvist S. 2003. Mikä on innovaatio? Teoksessa Franck L, Karinen E-M, Lindqvist J, Puumalainen K, Sundqvist S, Taalikka S. (toim.) Innovaatioiden diffuusio tietoliikennealalla: Kuinka innovaatiot omaksutaan ja miten ne yleistyvät? Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Kauppatieteiden osasto. Lappeenranta. 13-22.

Suomen sairaanhoitajaliitto 2004. Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin hoitotyössä – käsikirja hoitotyön suositusten laadintaan. Helsinki 2004.

Surakka T. 2006. Osastonhoitajan työ erikoissairaanhoidossa 1990-luvulla ja 2000-luvulla. toimivalta, vastuullisuus ja asiantuntijuus lähijohtajuudessa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Teperi J. 2005. Terveyspalvelujen kehitys 1990-luvulla. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J.(toim.) Suomalaisen terveys. Kustannus Oy Duodecim, Kansanterveyslaitos ja Stakes. Saarijärven Offset Oy. Saarijärvi. 337-345.

Tuominen U, Pekurinen M, Mikkola H. 2008. Hoitotakuun toiminnalliset vaikutukset erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. Teoksessa Pekurinen M, Mikkola H, Tuominen U.(toim.) Hoitotakuun tulokset – hoitotakuun vaikutus terveydenhuollon menoihin, toimintaan ja sairausvaikutuskorvauksiin. Raportteja 5/2008. Stakes. Helsinki. 30-38.

Tuomola S, Idänpään-Heikkilä U, Lehtonen O-P, Puro M. 2008. Arviointiselvitys vuosina 2002-2007 toteutetusta Kansallisesta Terveyshankkeesta. Terveyspalvelujen tulevaisuuden turvaamista koskevan valtioneuvoston periaatepäätöksen toteutuminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:22. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Uusitalo H. 2001. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdanto tutkielman maailmaan. WS Bookwell Oy. Juva.

Valli R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Ps-kustannus. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä. 1019/2004.

Watkins C, Harvey I, Langley C, Gray S, Faulkner A. 1999. General practitioners' use of guidelines in the consultation and their attitudes to them. British Journal of General Practice 49, 11-15.

Vehviläinen A, Voipio-Pulkki L-M, Pomoell R, Myllymäki K, Keikkala S. 2006. Kansallisen terveyshankkeen toimijoiden itsearviointi hankkeen toteutumisesta perusterveydenhuollossa - tilanne vuonna 2006. Yleislääkäri 29(8), 28-32.

Vehviläinen-Julkunen K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Paunonen M. Vehviläinen-Julkunen K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva. 26-33.

Vehviläinen-Julkunen K, Paunonen M. 1997. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen M, Vehviläinen-Julkunen K. (toim) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva. 206-214.

Vuorenkoski L, Saarni S. 2006. Priorisointi ja terveydenhuollon oikeudenmukaisuus. Teoksessa Teperi J, Vuorenkoski L, Manderbacka K, Ollila E, Keskimäki I (toim.). Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Stakes. 35-40.

Vuorinen Riitta. 2008 Muutosjohtaminen suomalaisessa yliopistosairaalassa osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arvioimana. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Acta Electronica Universitatis Tampereensis 776. <http://uta.fi>.

Arvoisa vastaanottaja!

Pyydän Teitä ystävällisesti vastaamaan oheiseen kyselylomakkeeseen. Kyselylomake liittyy pro gradu - tutkielmaani, joka on osa terveystieteiden maisteri-tutkintoa.

Tutkimukseni tarkoituksena on selvittää, miten kolme vuotta käytössä olleet yhtenäiset kiirettömän hoidon perusteet tunnetaan ja miten ne on otettu käyttöön perusterveydenhuollossa. Pyrin myös selvittämään, minkälaiset tekijät ovat vaikuttaneet perusteiden tunnettuuteen ja käyttöönottoon. Kohderyhmänä ovat Pirkanmaan terveyskeskusten avovastaanotoilla toimivat lääkärit ja sairaanhoitajat.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja siihen vastataan nimettömänä. Lomake muodostuu pääosin väittämistä ja sen täyttämiseen kuluu aikaa n. 10 min. Toivon Teidän antavan tärkeää asiantuntemustanne tätä tutkimusta varten.

Tutkielman ohjaajina ovat Tampereen yliopiston hoitotieteen laitokselta professori Päivi Åstedt - Kurki ja lehtori Katja Joronen. Tutkimuksessa ovat mukana myös dosentti Minna Kaila FinOHTA:sta ja ylilääkäri Doris Holmberg-Marttila Tampereen yliopistollisesta sairaalasta.

Pyydän Teitä ystävällisesti sulkemaan täyttämäne kyselylomakkeen oheiseen kirjekuoreen ja postittamaan sen ____ mennessä kirjekuoreessa olevaan osoitteeseen. Postimaksu on maksettu.

Vastauksestanne lämpimästi kiittäen

Ritva Heinämäki

Esh, TtM-opiskelija

e-mail: ritva.heinamaki@uta.fi

LIITE 2

KYSELYLOMAKE YHTENÄISTEN KIIREETTÖMÄN HOIDON PERUSTEIDEN TUNNETTUUDESTA JA KÄYTTÖSTÄ PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA PIRKANMAALLA

Kyselylomake sairaanhoitajille/terveydenhoitajille

Vastaa seuraaviin kysymyksiin ympyröimällä sopiva vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sille varattuun paikkaan.

1. Sukupuoli
1 nainen
2 mies
2. Ikä _____ vuotta
3. Työssäoloaika _____ vuotta tai _____ kuukautta
4. Työssä tässä työpaikassa _____ vuotta tai _____ kuukautta
5. Tämänhetkinen toimi/ammatti _____
6. Onko työsuhteesi
1 määräaikainen
2 vakituinen
7. Minkälaisella vastaanotolla toimit
1 itsenäisellä hoitajavastaanotolla
2 yhteisellä vastaanotolla

LIITE 4

KYSELYLOMAKE YHTENÄISTEN KIIREETTÖMÄN HOIDON PERUSTEIDEN TUNNETTUUDESTA JA KÄYTÖSTÄ PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA PIRKANMAALLA

Kyselylomake lääkäreille

Vastaa seuraaviin kysymyksiin ympyröimällä sopiva vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sille varattuun paikkaan.

1. Sukupuoli 1 nainen
2 mies
2. Ikä _____ vuotta
3. Työssäoloaika _____ vuotta tai _____ kuukautta
4. Työssä tässä työpaikassa _____ vuotta tai _____ kuukautta
5. Tämänhetkinen toimi/ammatti _____
6. Onko toimesi 1 määräaikainen
2 vakituinen
3 vuokratyövoimaa
7. Työskenteletkö pääasiassa 1 avovastaanotolla
2 vuodeosastolla

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
8. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet yhtenäistävät hoitokäytäntöjä	4	3	2	1
9. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet selkeyttävät hoidon porrastusta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä	4	3	2	1
10. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet edistävät tiimityöskentelyä	4	3	2	1
11. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet ovat käyttökelpoinen opetusväline	4	3	2	1
12. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet tarjoavat selkeän toimintamallin	4	3	2	1
13. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet kaventavat työntekijöiden ammatillista autonomiaa	4	3	2	1
14. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet yksinkertaistavat potilaan hoitoa	4	3	2	1
15. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet parantavat terveydenhuollon laatua	4	3	2	1
16. Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttö on minulle vakiintunut työtapana	4	3	2	1
17. Minun tulisi käyttää yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita useammin	4	3	2	1

	Erittäin säännöllisesti	Säännöllisesti	Epäsäännöllisesti	Satunnaisesti	En käytä koskaan
18. Käytän yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita ohjatessani potilasta tarkoituksenmukaiseen hoitoon	5	4	3	2	1
19. Käytän yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita selvittäökseni potilaalle hoitovaihtoehtoja	5	4	3	2	1
20. Käytän yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita seurattessani potilaan sairauden etenemistä	5	4	3	2	1
21. Käytän yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita perustellessani potilaalle hoidon tarvetta	5	4	3	2	1
22. Käytän yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita tarvittessani tietoa hoidon porrastuksesta	5	4	3	2	1
23. Käytän sisätautien yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita	5	4	3	2	1
24. Käytän kirurgian yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita	5	4	3	2	1
25. Käytän naistentautien yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita	5	4	3	2	1
26. Käytän lastentautien yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita	5	4	3	2	1
27. Käytän silmätautien yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita	5	4	3	2	1

	Erittäin säännöllisesti	Säännöllisesti	Epäsäännöllisesti	Satunnaisesti	En käytä koskaan
28. Käytän korva-, nenä- ja kurkkutautien yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita	5	4	3	2	1
29. Käytän hammas- ja suusairauksien yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita	5	4	3	2	1
30. Käytän aikuispsykiatrian yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita	5	4	3	2	1
31. Käytän lastenpsykiatrian yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita	5	4	3	2	1
32. Käytän neurologian yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita	5	4	3	2	1
33. Käytän keuhkosairauksien yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita	5	4	3	2	1
34. Käytän apuvälinepalvelun yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita	5	4	3	2	1
35. Käytän kuvantamisen yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita	5	4	3	2	1

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
36. Olen hakenut tietoa yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista ammattilehdistä	4	3	2	1
37. Olen osallistunut tilaisuuteen, jossa keskusteltiin yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista	4	3	2	1
38. Olen keskustellut yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista kollegoiden kanssa	4	3	2	1
39. Olen osallistunut yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden laadintaan	4	3	2	1
40. Olen tutustunut itsenäisesti yhtenäisiin kiireettömän hoidon perusteisiin niiden ilmestyttyä	4	3	2	1
41. Olen kuullut yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista työtovereiltani	4	3	2	1
42. Olen kuullut yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista potilailta	4	3	2	1
43. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet on esitelty minulle yhteisessä kokouksessa	4	3	2	1
44. Esimieheni on esitellyt minulle yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet	4	3	2	1
45. Olen saanut ensimmäisen tiedon yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista silloin, kun kirja oli tuotu työpaikalleni	4	3	2	1
46. Olen lukenut ammattilehdestä, että yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet tulevat käyttöön	4	3	2	1
47. Olen osallistunut työyksikköni järjestämään koulutukseen, jossa käsiteltiin yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita	4	3	2	1
48. Työyksikössäni yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet on esitelty koko henkilökunnalle	4	3	2	1

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
49. Koko työyksikköni on koulutettu yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttöön	4	3	2	1
50. Esimieheni muistuttavat työntekijöitä aika ajoin yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käytöstä	4	3	2	1
51. Työyksikköni esimiehet keräävät palautetta yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käytöstä	4	3	2	1
52. Minulla on mahdollisuus käyttää yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita vaivattomasti eri lähteistä	4	3	2	1
53. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet ovat tarvitessani helposti saatavilla	4	3	2	1
54. Saan työpaikallani tarvitessani ohjausta yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käytössä	4	3	2	1
55. Työpaikallani on nimetty henkilö, joka ohjaa yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käytössä	4	3	2	1
56. Työssäni on riittävästi aikaa perehtyä yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttöön	4	3	2	1
57. Henkilökuntapula on haitannut yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttöä	4	3	2	1
58. Työpaikallani on kirjallinen ohje yhtenäisten kiireettömän perusteiden käytöstä	4	3	2	1
59. Minulle on hyötyä yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista ohjatukseni potilasta tarkoituksenmukaiseen hoitoon	4	3	2	1
60. Minulle on hyötyä yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista perustellessani potilaalle hoitovaihtoehtoja	4	3	2	1

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
61. Minulle on hyötyä yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista seurattessani potilaan taudin etenemistä	4	3	2	1
62. Yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita on helppo käyttää	4	3	2	1
63. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet on ilmaistu eri lähteissä lukijaa miellyttävällä tavalla	4	3	2	1
64. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet on hyvä työväline potilaan hoidossa	4	3	2	1
65. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet ovat epäkäytännöllisiä	4	3	2	1
66. Olen tutustunut yhtenäisiin kiireettömän hoidon perusteisiin, koska ne sisältävät ajankohtaista tietoa	4	3	2	1
67. Haen yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista luotettavaa tietoa	4	3	2	1
68. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet on ilmaistu ymmärrettävästi	4	3	2	1
69. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet sisältävät itsestään selvää tietoa	4	3	2	1
70. Olen lukenut yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet huolellisesti läpi	4	3	2	1
71. Olen lukenut yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet pääpiirteissään	4	3	2	1
72. Tunnen mielestäni tärkeimmät yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet	4	3	2	1
73. Olen vain selailut yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita	4	3	2	1

