

Hoitosuositukset eivät muutu hoitokäytännöiksi itsestään

Hoitosuositukset tarjoavat klinikoille arvioitua ja koottua tietoa vaikuttavista hoitokäytännöistä. Suositukset eivät kuitenkaan itsestään muutu hoitokäytännöiksi. Hoitosuosituksien käyttöönoton yksittäisillä menetelmillä on enintään kohtalainen vaikutus ammattilaisten toimintatapoihin. Vaikutus voi olla suurempi, kun hoitosuosituksen toteutumisen esteet tunnistetaan ja menetelmät valitaan niiden ja paikallisten olosuhteiden mukaan. Aikaa kehittämistyölle on rajallisesti. Siksi on syytä edetä tarvelähtöisesti ja asettaa muutokselle selkeät tavoitteet. Hoitosuosituksien käyttöönotto kannattaa sitoa osaksi organisaation pitkäjänteistä kehittämistä, jolloin organisaatioon muodostuu kehittämistyötä tukevia rakenteita. Suomessa ja maailmalla on hyviä kokemuksia tällaisesta käytännöstä.

Uuden lääketieteellisen tutkimustiedon määrä on niin valtava, että perusterveydenhuollon lääkärillä ei ole mahdollisuuksia seurata sitä potilastyön ohella. Toisaalta, harvoin yksittäiset, isotkaan, tutkimukset antavat riittävän varmaa pohjaa toimintakäytäntöjen muuttamiselle (1). Kliinisen työn tueksi tarvitaan laadukkaita yhteenvetoja tutkimusnäytöstä, kuten systemaattisia katsauksia ja tutkimusnäyttöön perustuvia hoitosuosituksia.

Suomessa kansallisia näyttöön perustuvia Käypä hoito -suosituksia on laadittu vuodesta 1994 lähtien. Kansainvälisiin suosituksiin verrattuna etuna on, että niitä laadittaessa pohditaan tutkimusnäytön sovellettavuutta paikallisiin olosuhteisiin.

Lääkärit arvostavat hoitosuosituksia (2) (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, julkaisematon tieto), vaikka eivät toteuta niitä aina käytännössä. Uuden tiedon kertyminen pitää

toimintatavoissa. Joskus uusi tieteellinen näyttö ja hoitosuositukset otetaan käyttöön helposti. Uusien toimintatapojen omaksuminen on vaativaa etenkin silloin, kun tarvitaan monimutkaisia muutoksia klinisiin toimintatapoihin, eri ammattiryhmien yhteistyötä, muutosta potilaan käyttäytymisessä tai muutoksia hoidon organisoinnissa. Siksi terveydenhuollossa tarvitaan tietoa vaikuttavista tavoista hoitosuosituksien käyttöönotossa.

Hoitosuosituksien käyttöönoton teoriaa

Hoitosuosituksien käyttöönottoon liittyy kolme alakäsitettä: diffuusio, disseminointi ja implementointi (3). Diffuusiossa tarkoitetaan passiivista leviämistä, esimerkiksi hoitosuosituksen julkaisemista lehdessä tai internetissä. Disseminaatio on puolestaan kohdennettua ja kohderyhmän mukaan räätälöityä tietoa, jota levitetään muun muassa tiedottamalla. Implementoinnissa tuetaan aktiivisin menetelmin hoitosuosituksen muuttamista kliiniseksi toimintatavoiksi. Viimeisen kymmenen vuoden aikana on käytetty myös termiä ”knowledge translation” (4), joka sitoo yhteen jatkumon näytön kokoamisesta sen soveltamiseen. Suomen kielessä vakiintunutta termistöä ei ole käytössä, vaan implementoinnin lisäksi käytetään ainakin termejä juurrutus, jalkauttaminen, toimeenpano ja käyttöönotto, jota käytetään tässä katsauksessa. Termien sekamelskasta huolimatta kyse on käytännössä muutoksen läpiviennistä.

Terveydenhuollon tieteenalana hoitosuosituksien käyttöönoton menetelmien tutkimus on nuori. Vaikuttavia käyttöönoton menetelmiä on pyritty selittämään erilaisilla teorioilla. Grolin ja kumppanien mukaan teoriat voidaan jakaa kahteen alatyypiksi (5). Prosessiteoriat kuvaavat vaiheita, joita yksilön tai tiimin pitää

TAULUKKO 1. Yksilön muutoksen suunnittelun malli: muutoksen vaiheet, mahdolliset esteet ja esimerkkejä käyttöönoton menetelmistä (5).

Muutoksen vaiheet	Tietoisuus	Hyväksyntä	Käyttöönotto	Ylläpito
Mahdollisia esteitä	Ei tiedä suosituksen olemassaoloa Ei tunne suosituksen sisältöä Suosituksen monimutkaisuus Epärealistinen kuva omasta toiminnasta suhteessa suositukseen	Näkee haittoja muutoksessa Muutoshaluttomuus Kyseenalaistaa arvot, käytettävyyden, onnistumisen ja omat kyvyt	Ajan ja taitojen puute Toimintatapa ei sovi omiin rutiineihin Riittämätön onnistuminen kokeiluissa Muiden negatiiviset reaktiot	Paluu vanhoihin tapoihin, retkahdus Organisaation tuen puute
Esimerkkejä menetelmistä	Toistuva samansuuntainen informaatio eri kanavien kautta (materiaali, koulutukset) Auditointi ja palaute Vertaisarviointi	Näytön esittäminen Tavoitteiden asettaminen Konsensusmenetelmät ja paikallinen sovellus hoitosuosituksesta Mielipidevaikuttajat Vertaistuki	Resurssit Harjoitus ja tuki Prosessin kirjaaminen tai muodostaminen Potilasmateriaalit Tavoitteet, arviointi ja uudet ratkaisut	Auditointi ja palaute Muistutteet Hoitopolut Resurssit ja tuki Palkitseminen

käydä läpi, jotta muutos toimintatavassa olisi pysyvä sekä eri vaiheisiin liittyviä muutoksen esteitä. Näitä muutoksen vaiheita ovat tietoisuus, hyväksyntä, muutos ja ylläpito (TAULUKKO 1). Vaikutusteoriat selittävät syitä muutoksen onnistumiseen tai epäonnistumiseen sekä sitä, miten eri menetelmät edistävät muutosta. Näissä teorioissa erotellaan yksilön, sosiaalisen ympäristön, organisaation ja yhteiskunnan kautta vaikuttavat menetelmät. Esimerkiksi oppimisteorian mukaan muutoksen lähtökohdiana on yksilö; ammattilainen muuttaa toimintatapaansa, koska näkee ongelman nykyisessä toiminnassaan.

Tutkijat eivät ole pystyneet osoittamaan yhtä kaikissa olosuhteissa toimivaa menetelmää. Tämä kuvaa ehkä osin terveydenhuoltojärjestelmän monimutkaisuutta (6).

Käyttöönoton esteet. Terveydenhuollon ammattilainen toimii osana hoitotiimiä, organisaatiota ja yhteiskuntaa. Hoitosuosituksen käyttöönoton esteet ja sitä edistävät tekijät voivat liittyä kaikkiin näihin toiminnan tasoihin sekä itse hoitosuositukseen (TAULUKKO 2) (7).

Hoitosuositukseen liittyvistä esteistä tärkeimmäksi on nostettu monimutkaisuus (8). Mitä selkeämmin hoitosuosituksessa kerro-

taan mitä, kuka, missä ja miten, sitä helpompi sitä on toteuttaa. Käyttöönotto on helpompaa, jos suosituksen takana on vahva näyttö, suosituksen aihe on kohderyhmälle keskeinen ja suositus on helposti saatavilla. Omistajuus, perusterveydenhuollon edustajien mukana olo tai paikallisen sovelluksen tekeminen, lisää sisällön hyväksyttävyyttä. Esteet vaihtelevat hoitosuosituksesta toiseen ja jopa yhden hoitosuosituksen yksittäisten suosituslauseiden välillä (9). Esimerkiksi akuutin aivoinfarktin lääkehoitoon liittyvän suosituslauseen esteet ovat erilaisia ja helpompia selvittää kuin hoitopaikaksi suositellun aivohalvauksyksikön toteuttamisen esteet.

Ammattilaiseen liittyviä esteitä ovat tiedon puute (ei tiedetä suosituksen olemassaolosta, tai ei tunneta sen tarkkaa sisältöä), asenteet ja aiemmat kokemukset (8). Ammattilainen voi kokea, että haitat ovat suuremmat kuin hyödyt, hoitosuositus rajoittaa hänen kliinistä autonomiaansa tai hoitosuositus ei ole sovellettavissa omaan väestöön. Joskus ammattilaisilta puuttuvat myös taidot toimia suosituksen mukaan.

Lääkäreiden tulee toimia potilaan parhaaksi, ja hoitopäätökset tulee tehdä yhdessä poti-

laan kanssa. Potilas-lääkärisuhde voi vaarantua, jos lääkäri toteuttaa hoitosuosituksen mukaista hoitoa kuuntelematta potilasta. Myös potilaiden ominaisuudet, tarpeet, toiveet ja asenteet voivat olla yhteistä hoitopäätöstä tehdessä este muutokselle (7, 8). Hoitosuositukset käsittelevät yleensä yksittäistä sairautta, ja siksi niitä on vaikea soveltaa monisairaiden potilaiden hoidossa (10).

Organisaatioon liittyvien esteiden on arveltu olevan jopa tärkeimpiä (7, 11). Johdon tuki ja hyvä vuorovaikutus edistävät yhteisten tavoitteiden asettamista. Kehittämistä tukevia rakenteita ja pitkäjänteistä kehittämiskulttuuria tarvitaan myös (8). Organisaation johdon tehtävänä on varmistaa kehittämistyölle riittävästi aikaa, henkilökuntaa ja tarvittavat laitteet.

Yhteiskunta vaikuttaa terveydenhuollon toimintatapoihin taloudellisten ja poliittisten päätösten, kuten korvausjärjestelmän kautta (8). Tutkimuksissa julkisuus ja terveydenhuoltoon liittyvät kohut eivät ole nousseet esiin merkittävänä esteinä. Kuitenkin Suomessa käynnissä oleva kolesterolikeskustelu ja samanaikainen väestötasolla tapahtunut kolesterolipitoisuuksien suurentuminen (12) herättää kysymyksen julkisuuden vaikutuksista hoitosuositusten toteutumiseen.

Menetelmiä hoitosuosituksen käyttöönottoon. Koska käyttöönoton esteitä on erilaisia, myös käytettävissä olevia menetelmiä on paljon (TAULUKKO 3).

Hoitosuosituksen tai sen osan julkaiseminen tieteellisessä lehdessä, jakaminen postitse tai sähköisesti on kenties eniten käytetty menetelmä. Yksinään koulutuksellisen materiaalin lähettämisen vaikutus toimintakäytäntöihin on pieni (13). Se on kuitenkin edullinen tapa lisätä ammattilaisten tietoisuutta hoitosuosituksesta ja tietoa sen sisällöstä.

Koulutuksella (konferenssit, luennot ja interaktiiviset koulutustilaisuudet) on pieni vaikutus käytäntöihin mutta hieman suurempi tietoon (14). Vaikutus on samansuuruinen käytetäänpä koulutusta ainoana menetelmänä tai yhdessä toisen menetelmän kanssa. Vaikutus lisääntyy osallistujamäärän kattavuuden kasvassa, ja kun erilaisia koulutusmenetelmiä yhdistetään. Menetelmänä koulutus on melko

TAULUKKO 2. Hoitosuosituksen käyttöönottoon vaikuttavia tekijöitä.

Hoitosuositus
Yksinkertaisuus ja selkeys Vahva näyttö, jota on helppo arvioida Omistajuus Sovellettavuus yleensä ja tietyn potilaan kohdalla
Ammattilainen
Tieto: tietoisuus hoitosuosituksesta ja sisällön tuttuus Asenteet: Yksimielisyys, kyvykkyys, miten uskoo muutoksen vaikuttavan hoitotulokseen, haluttomuus muutokseen (inertia) Tarvittavat uudet taidot
Organisaatio
Johtajuus ja päätöksenteon rakenteet Vertaisten tuki ja hyvä vuorovaikutus Muutoksen tukirakenteet Resurssit: aika, henkilöstö, raha, laitteet jne. Henkilöstön vaihtuvuus
Ympäristö
Potilaan tiedot, asenteet ja ominaisuudet, kuten muut sairaudet Säädökset, lait ja korvauskäytännöt Arvot

halpa, koska kustannukset syntyvät pääosin koulutuksessa käytetystä ajasta. Sitä voidaan käyttää tiedon lisäämiseen ja yksinkertaisia asioita käsiteltäessä toimintatapojen muuttamiseen.

Paikallisen mielipidevaikuttajan vaikutus toimintatapoihin on vaihteleva, keskimäärin kohtalainen (15). Menetelmän yleistettävyyttä heikentää se, että tutkimuksissa mielipidevaikuttajan asema ja rooli sekä valinta ovat harvoin selkeästi kuvattu. Yhden kuvauksen mukaan mielipidevaikuttaja on miellyttävä henkilö, joilla on kollegoidensa keskuudessa epävirallinen asema vaikuttajana (15). Tällainen asema ei ole pysyvä, vaan se ansaitaan toistuvasti osoittamalla taidot ja sosiaalinen kyvykkyys.

Vierikoulutuksessa (engl. outreach visit) koulutettu henkilö tapaa ammattilaisen tämän omassa työympäristössä (16). Näissä

TAULUKKO 3. Ammatilaisen toimintatapoihin kohdistuvien menetelmien vaikuttavuus.

Menetelmä	Menetelmän kuvaus	Hoidon absoluuttinen paranneminen, % (mediaani (interkvartaaliväli))	Viite
Kirjallisen materiaalin jakaminen	Hoitosuositus tai sen tiivistelmä julkaistaan tieteellisessä lehdessä, lähetetään postissa tai sähköisessä muodossa	0,02 suurempi (vaihteluväli -0,06 – +0,29) ¹	(13)
Koulutus	Kongressit, luennot ja interaktiiviset koulutukset	6,0 (1,8–15,9)	(14)
Paikallinen mielipidevaikuttaja	Henkilö, jonka kollegat nimeävät vaikuttajaksi. Pystyy vaikuttamaan asenteisiin ja toimintatapoihin.	12,0 (6,0–14,5)	(15)
Vierikoulutus	Kouluttaja tapaa ammatilaisen hänen omalla työpaikallaan. Apuna käytetään usein palautetta toimintatavoista.	5,6 (3,0–9,0)	(16)
Auditointi ja palaute	Toimintatapoja ja hoidon tuloksia seurataan mittauksilla ja seurannan tuloksista annetaan palaute	4,3 (0,5–6)	(17)
Sähköiset muistutteen	Sähköisiä potilasasiakirjoihin sisällytettyjä päätöksentekijärjestelmiä	4,2 (0,8–18,8)	(18)

¹Absoluuttinen riskiero, menetelmän tehon mediaani

henkilökohtaisissa tapaamisissa keskustellaan rajatusta aiheesta ja peilataan ammatilaisen nykyistä toimintatapaa ja tuloksia esimerkiksi hoitosuositukseen. Kansainvälisesti tätä menetelmää on käytetty paljon lääkemäärämissä käytäntöjen kehittämisessä, jossa vaikutus on ollut yhdensuuntaisesti positiivinen, suuruudeltaan kuitenkin pieni (16). Vierikoulutus on tehokkaampaa, kun sitä käytetään toisen menetelmän kanssa yhdessä.

Auditoinnissa tavoitteena on mitata nykyistä toimintaa. Tulosten avulla toimintaa voidaan verrata esimerkiksi hoitosuositukseen, tunnistaa muutostarpeet ja seurata muutoksen toteutumista. Auditoinnin ja palautteen yhteiskäytöllä on ollut vaihteleva – keskimäärin pieni – vaikutus toimintatapoihin (17). Näyttää siltä, että auditoinnin ja palautteen käyttö on vaikuttavampaa silloin, kun lähtötaso verrattuna tavoitteeseen on alhainen. Lisäksi palaute on vaikuttavampaa, silloin kun antajana on ohjaaja tai kollega, palaute on toistuvaa, se annetaan sekä suullisesti että kirjallisesti tai se sisältää tavoitteet ja toimintasuunnitelman.

Muistutteen ovat ryhmä erilaisia menetelmiä. Alkujaan ne ovat olleet yksittäiseen lääkäriin kohdistuvia potilasasiakirjoihin kiinnitettyjä lappuja ja edistyneimmillään nykyään monimutkaisia, sähköisiin potilastietojärjes-

telmiin sisällytettyjä päätöksentekijärjestelmiä. Sähköisillä muistutteilla on saavutettu pieniä tai kohtalaisia muutoksia toiminnassa (18). Päätöksentekijärjestelmän vaikutus on suurempi, jos se antaa muistutteen automaattisesti sähköisestä potilastietojärjestelmästä, muistutteen ovat selkeitä suosituksia tilannearvion sijaan ja tuki tulee päätöksentekohetkellä (19). Perusterveydenhuoltoon kohdistuneessa järjestelmällisessä katsauksessa, lähes neljä viidestä tutkimuksesta sai ainakin osittain aikaan muutoksia toimintatavoissa (20). Näiden järjestelmien riskinä on muistutteen liiallinen määrä ja sitä kautta niihin turtuminen. Päätöksentekijärjestelmä on yleisin organisaation rakenteisiin vaikuttava menetelmä, jota on tutkittu.

Henkilökuntaan kohdistuvia menetelmiä ovat muun muassa työnjaon muutokset, tiimityön kehittäminen ja palveluohjaus (case management). Sekä menetelmät että niiden onnistumista mittaavat muuttujat ovat niin erilaisia, että näiden tutkimusten tuloksia ei pysty yhdistämään. Minkään menetelmän kohdalla ei ole havaittu yhdenmukaisia tuloksia (21). Näyttää kuitenkin siltä, että hoitosuositusten käyttöönottoa pystytään tukemaan muuttamalla ammatillisia rooleja ja työnjakoa sekä kehittämällä tiimityötä. Palveluohjauksesta,

TAULUKKO 4. Tehtävät hoitosuosituksen käyttöönoton suunnittelussa ja läpiviennissä.

Tehtävä	Sisältö
Tunnista tarve ja nykytilanne	<p>Tarve: mihin suositukseen liittyy suurin ero suosituksen ja toimintatapojen välillä? Mieti, pystytäänkö toimintatapojen muutoksella vähentämään haittaa, lisäämään hoidon tehoa tai tehokkuutta, ja onko muutos mahdollinen</p> <p>Varmista, että asia on tärkeä eri osapuolille (johto, lääkärit, hoitajat, muut ammattiryhmät)</p> <p>Tunnista ryhmät, joita asia koskee: KENEN pitää tehdä MITÄ toisin?</p> <p>Varmista muutostarve selvittämällä, miten toimitte tällä hetkellä</p> <p>Pohdi kuinka isosta ja monimutkaisesta asiasta on kyse, riittävätkö kevyet keinot vai tarvitaanko isompi projekti</p> <p>Asettakaa yhdessä selkeät, mitattavissa olevat ja realistiset tavoitteet</p>
Tunnista käyttöönoton esteet ja edistäjät	<p>Pohtikaa yhdessä, mitkä tekijät juuri meillä estävät ja edistävät hoitosuosituksen toteutumista ja käyttöönottoa</p> <p>Ota huomioon terveydenhuollon monimutkaisuus: moniammatillisuus, organisaatiorakenne, potilaan asema ja ulkoiset tekijät</p>
Tee suunnitelma	<p>Pohdi, keiden apua tarvitset ja onko organisaatioissasi käytettävissä kehittäjälääkäreitä tai -hoitajaa</p> <p>Varaa aikaa</p> <p>Suunnittele muutoksen menetelmät: huomioi esteet ja edistäjät. Muista, että organisaatioissa on muutoksen eri vaiheissa olevia ihmisiä</p> <p>Hoitosuosituksen paikallinen sovellus auttaa hahmottamaan mitä on tarkoitus tehdä</p>
Seuraa muutosta	<p>Mittaa toimintatapojen muutosta</p> <p>Jos seuranta antaa aiheita, muokkaa suunnitelmaa</p> <p>Anna palautetta ja palkitse onnistumisesta</p>

jossa hoitaja ottaa enemmän vastuuta tietyn sairauden hoidosta lääkärin parina, näyttää olevan hyötyä kroonisiin sairauksiin liittyvien hoitosuositusten käyttöönotossa (22). Vaikutus on kuitenkin pienempi, kun pyritään vaikuttamaan useisiin riskitekijöihin samanaikaisesti.

Kannustimet jaetaan palkitsemisperusteen mukaan: työaika, annettu palvelu, väestön koko ja hoidon laatu. Työaikaan lukuun ottamatta palkitseminen näyttäisi olevan tehokasta noin kahdessa tapauksessa kolmesta (23).

836 Kannustimilla voidaan parantaa hoidon pro-

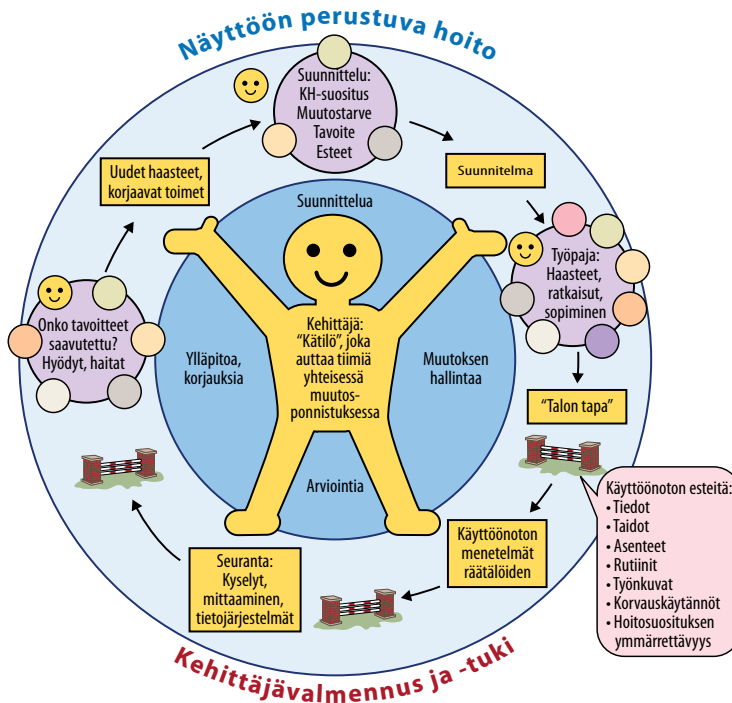
sessia, mutta ne eivät lisää hoitosuositusten toteutumista. Tunnetuin perusterveydenhuollon kannustinjärjestelmä lienee Englannissa käytössä oleva Quality and outcomes framework. Tutkimusten mukaan hoidon tulokset paranevat mitatuissa asioissa mutta voivat jopa heiketä sellaisissa, joita ei mitata (24, 25). Lisäksi kehitys näyttää saavuttavan lakipisteensä jo vuoden kohdalla.

Teorioiden perusteella usean menetelmän yhtäaikainen käyttö voisi olla vaikuttavampaa kuin yksittäisen menetelmän käyttö, koska näin pystytään vaikuttamaan useampaan muutoksen esteeseen samanaikaisesti. Tutkimuksissa vaikutus on kuitenkin ollut samaa luokkaa kuin yksittäistä menetelmää käytettäessä (26). Tätä voi selittää se, että esteitä ei ole tunnistettu ja menetelmiä ei ole valittu tunnistettujen esteiden perusteella. Menetelmien räätälöinti tunnistettujen muutoksen esteiden perusteella verrattuna hoitosuosituksen levittämiseen näyttäisi lisäävän hoitosuositusten toteutumista (27).

Kaikilla muutokseen tähtäävillä menetelmillä on havaittu olevan pieni tai kohtalainen vaikutus toimintatapoihin (TAULUKKO 3). Pääsääntöisesti vaikutukset ovat olleet suurempia ammattilaisten toimintatapoihin kuin potilaiden hoitotuloksiin. Tuloksia tulkittaessa on hyvä muistaa, että hoitosuositusten käyttöönoton tutkimus on usein käytännönläheistä ja siksi siihen liittyy harhan lähteitä: menetelmät eivät ole niin yksiselitteisesti kuvattavissa kuin esimerkiksi lääketutkimuksissa, tutkimukset on toteutettu erilaisissa ympäristöissä, kohdistuneet erilaisiin toimintoihin ja niiden onnistumista on mitattu eri mittareilla.

Teoriasta käytäntöön

Hoitosuosituksen käyttöönotto on monimutkainen prosessi, jonka tavoitteena ovat sekä yksittäisen potilaan hyvä hoito että organisaation laadukkaat ja tasa-arvoiset hoitokäytännöt. Organisaation muutos vaatii yksilöiden toimintatapojen muuttumista. Toisaalta yksilön muutoksen vaiheisiin liittyy erilaisia esteitä, ja jokaisessa vaiheissa voidaan käyttää erilaisia menetelmiä (TAULUKKO 1).



KUVA. Kehittämisprosessi, jota koulutettu kehittäjä koordinoi. KH = Käypä hoito -suositus

Hoitosuosituksen käyttöönoton lähtökohdaksi tulisi aina olla tarve muutokseen eli epäsuhta näytön ja toimintatapojen välillä (**TAULUKKO 4**). Tärkeää on, että tarpeen tunnistavat sekä kliinistä työtä tekevät terveydenhuollon ammattilaiset että johtajat. Tarpeen tunnistamisen jälkeen muutos etenee tavoitteiden asettamisesta esteiden ja hyötyjen tunnistamisen kautta toteutuskeinojen suunnitteluun, suunnitelman toteuttamiseen ja muutoksen seurantaan (**TAULUKKO 4, KUVA**). Suunnittelussa on tärkeää muistaa, että organisaation yksilöt ovat muutoksen eri vaiheissa eri aikaan.

Suunniteltujen askelten lisäksi olennainen tekijä onnistumisessa on organisaation muutosmyönteinen ilmapiiri. Hyvä vuorovaikutus johdon ja työntekijöiden sekä eri ammattiryhmien välillä lisää eri osapuolten sitoutumista tavoitteisiin. Hoitosuosituksen sitominen suunnitelmalliseen kehittämistyöhön ja henkilökohtaisiin kehittämissuunnitelmiin auttaa edelleen muutosten toteuttamisessa. Vaan mikä neuvoksi, jos asiat ovat periaatteessa kunnossa mutta käytännössä perustyötä tekevät ovat kuormitettuja ilman uutta projektiäkin?

Perusterveydenhuollon kehittäjät käyttöönottoa tukevana rakenteena. Hoitosuosituksen muuttamisessa hoitokäytännöiksi tarvitaan tukea, aika- ja henkilöpanoksia sekä kehittämistyötä. Yksi tapa luoda organisaatioon tällaisia rakenteita on kouluttaa kehittäjiä eli ”muutoskättilöitä”, jotka vaikuttavat muutoksen syntymiseen. Konkreettisemmin kehittäjä auttaa organisaatiota hahmottamaan muutostarpeet ja tavoitteet, toimii muutosprojektin vetäjänä, räätälöi menetelmät paikallisten olosuhteiden mukaan ja auttaa luomaan muutosmyönteisen ilmapiirin organisaatioon (**KUVA**). Tällainen henkilö tarvitseekin useita taitoja, joita ei saa lääkärin peruskoulutuksen aikana (**TAULUKKO 5**). Kehittämisprosessi mukailee PDSA-laatuympeyriä (**KUVA**) (28). Muutos tapahtuu suunnittelun, muutoksen, arvioinnin ja ylläpidon jatkumona. Järjestelmällisen katsauksen mukaan perusterveydenhuollon yksiköt pystyvät kehittäjän avulla lähes kolme kertaa todennäköisemmin ottamaan hoitosuosituksen käyttöön kuin verrokkiryhmä ilman mitään aktiivisia toimenpiteitä (29). Vaikuttavampaa tällainen kehittäminen on silloin, kun

YDINASIAT

- ▶▶ Terveydenhuollossa tehdään työtä moniammatillisessa ympäristössä. Toimintatapojen muutoksen pohjaksi tarvitaan yhteinen sopimus.
- ▶▶ Tutkituilla hoitosuosituksen käyttöönoton menetelmillä on pieni tai kohtalainen vaikutus ammattilaisten toimintatapoihin.
- ▶▶ Menetelmiä pitää räätälöidä olosuhteiden ja muutoksen esteiden mukaan, sillä yksittäistä joka tilanteessa toimivaa menetelmää ei ole.
- ▶▶ Organisaation johdon tehtävänä on sitouttaa eri tahot hoitosuosituksen käyttöönottoon ja varmistaa kehittämistyölle riittävät aika- ja henkilöresurssit.

se on intensiivistä, menetelmät räätälöidään kohderyhmän mukaan ja kehittäjäillä on pieni määrä yksiköitä vastuullaan. Koska tämä kehittämisprosessi on melko raskas, se sopii

TAULUKKO 5. Kehittäjän tarvitsemia taitoja.

Vuorovaikutus
Yksilöiden ja tiimien välillä
Myönteisen ilmapiirin luonti
Luottavaisuus
Rohkaisu
Verkostoituminen
Tilanteiden ja tunteiden tunnistaminen: "tuntosarvet"
Organisointi
Ajankäyttö
Ennakointi
Johtaminen
Järjestyksenpito
Projektin vetäminen
Rajaaminen ja keskittyminen olennaiseen
Ryhmädynamiikka
Kuuntelu
Kyseenalaistaminen
Neuvottelu, konfliktitilanteiden hallinta
Reflektointi
Yhteisymmärryksen luominen ja kaikkien huomioiminen
Päätöksenteko

parhaiten käytettäväksi, kun tarvitaan monen ammattiryhmän yhteistyötä ja ongelma on monimutkainen. Suomessa on kokemuksia organisaation sisäisistä kehittäjistä ainakin kahdessa hankkeessa (Rohto ja Helsingin terveyskeskuksen Preventiohanke). Molemmissa toimipaikkakohtaisina kehittäjinä ovat toimineet lääkäri-hoitajaparit, joiden apuna on ollut alueellinen tukihenkilö. Kehittäjät ovat peilanneet oman toimipaikkansa toimintakäytäntöjä suositukseen, tunnistaneet muutostarpeita ja suunnitelleet näiden pohjalta työpajoja, jossa työyhteisö on yhdessä sopinut talon tavasta toteuttaa hoitosuositusta. He ovat myös toteuttaneet arviointeja muutoksen tueksi.

Lopuksi

Viimeisten vuosien aikana perusterveydenhuollon organisaatioissa on käynyt kova myllerrys, ja samaan aikaan uudet tuulet puhaltavat valtakunnallisesti koko terveydenhuollon organisoinnissa. Nämä suuremmat muutokset syrjäyttävät helposti klinisen kehittämisen, vaikka siihen on jatkuvaa tarvetta näytön muuttuessa.

Ilman aikaa, tukea ja rakenteita kehittäminen ja päivitettyjen hoitosuosituksen käyttöönotto jäävät tekemättä. Hyvin suunnitellunakin organisaatiotasolla vuoden aikana pystytään käymään läpi enintään 2-4 hoitosuositusta perusteellisemmin. Näiden isompien ponnistusten pitäisi perustua tarpeeseen, ja ne tulisi sijoittaa organisaation pitkäjänteiseen kehittämiseen yksittäisten projektien sijaan. Menestyksekkäs toiminnan kehittäminen perusterveydenhuollossa vaatii terveydenhuollon monimutkaisuuden tunnustamista; eri kohdissa vaikuttavien esteiden tunnistamista ja niihin vaikuttamista. Suomessa ja maailmalla on hyviä kokemuksia koulutetuista kehittäjistä hoitosuosituksen käyttöönotossa. ■

RAIJA SIPILÄ, LT, toimituspäällikkö
Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

MARJA-LIISA LOMMI, LL, apulaisylilääkäri
Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto

SIDONNAISUUDET

Raija Sipilä: Ei sidonnaisuuksia

Marja-Liisa Lommi: Luentopalkkio (Orion)

KIRJALLISUUTTA

1. Ioannidis JP. Evolution and translation of research findings: from bench to where? *PLoS Clin Trials* 2006;1:e36.
2. Lugtenberg M, Burgers JS, Besters CF, Han D, Westert GP. Perceived barriers to guideline adherence: a survey among general practitioners. *BMC Fam Pract* 2011;12:98.
3. Lomas J. Diffusion, dissemination, and implementation: who should do what? *Ann N Y Acad Sci* 1993;703:226–35; discussion 235–7.
4. Davis D, Evans M, Jadad A, ym. The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect. *BMJ* 2003;327:33–5.
5. Grol RP, Bosch MC, Hulscher ME, Eccles MP, Wensing M. Planning and studying improvement in patient care: the use of theoretical perspectives. *Milbank Q* 2007;85:93–138.
6. Campbell NC, Murray E, Darbyshire J, ym. Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *BMJ* 2007;334:455–9.
7. Fleuren M, Wiefferink K, Paulussen T. Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study. *Int J Qual Health Care* 2004;16:107–23.
8. Francke AL, Smit MC, de Veer AJ, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC Med Inform Decis Mak* 2008;8:38.
9. Lugtenberg M, Zegers-van Schaick JM, Westert GP, Burgers JS. Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. *Implement Sci* 2009;4:54.
10. Lugtenberg M, Burgers JS, Clancy C, Westert GP, Schneider EC. Current guidelines have limited applicability to patients with comorbid conditions: a systematic analysis of evidence-based guidelines. *PLoS One* 2011;6:e25987.
11. Solberg LI, Brekke ML, Fazio CJ, ym. Lessons from experienced guideline implementers: attend to many factors and use multiple strategies. *Jt Comm J Qual Improv* 2000;26:171–88.
12. Vartiainen E, Borodulin K, Sundvall J, Laatikainen T, Peltonen M. FINRISKI-tutkimus: väestön kolesterolitaso on vuosikymmenien laskun jälkeen kääntynyt nousuun. *Suom Lääkäril* 2012;67:2364–8.
13. Giguere A, Légaré F, Grimshaw J, ym. Printed educational materials: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;10:CD004398.
14. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, ym. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;15:CD003030.
15. Flodgren G, Parmelli E, Doumit G, ym. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;10:CD000125.
16. O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, ym. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;4:CD000409.
17. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, ym. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;6:CD000259.
18. Shojania KG, Jennings A, Mayhew A, Ramsay CR, Eccles MP, Grimshaw J. The effects of on-screen, point of care computer reminders on processes and outcomes of care. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;8:CD001096.
19. Kawamoto K, Houlihan CA, Balas EA ja Lobach DF. Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. *BMJ* 2005;330:765.
20. Bryan C, Boren SA. The use and effectiveness of electronic clinical decision support tools in the ambulatory/primary care setting: a systematic review of the literature. *Inform Prim Care* 2008;16:79–91.
21. Wensing M, Wollersheim H, Grol R. Organizational interventions to implement improvements in patient care: a structured review of reviews. *Implement Sci* 2006;1:2.
22. Berra K. Does nurse case management improve implementation of guidelines for cardiovascular disease risk reduction? *J Cardiovasc Nurs* 2011;26:145–67.
23. Flodgren G, Eccles MP, Shepperd S, Scott A, Parmelli, Beyer FR. An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;6:CD009255.
24. Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbald B, Roland M. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *N Engl J Med* 2007;357:181–90.
25. Doran T, Fullwood C, Gravelle H, ym. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med* 2006;355:375–84.
26. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, ym. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004;8:1–72.
27. Baker R, Camosso-Stepinovic J, Gillies C, ym. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;17:CD005470.
28. Dogherty EJ, Harrison MB, Baker C, Graham ID. Following a natural experiment of guideline adaptation and early implementation: a mixed-methods study of facilitation. *Implement Sci* 2012;7:9.
29. Baskerville NB, Liddy C, Hogg W. Systematic review and meta-analysis of practice facilitation within primary care settings. *Ann Fam Med* 2012;10:63–74.

Summary

Treatment recommendations do not automatically translate into treatment practices

Treatment recommendations provide clinicians with evaluated and compiled information about effective treatment practices. The recommendations do not, however, automatically translate into treatment practices. Individual methods of application of treatment recommendations have at the most a moderate effect on the methods of operation of professionals. The effect may be stronger, if the obstacles to the realization of a treatment recommendation are recognized and the methods selected accordingly, observing the local conditions. The application of treatment recommendations should be bundled with the long-term development of the organization, whereby structures supporting the development work are formed within the organization.