

Tutkimustiedon kriittinen arviointi

Yleislääkäripäivät 23.11.2023

Jorma Komulainen ja Raija Sipilä



Ohjelma

Aika	Otsikko	Puhuja
9.45-10.00	Miksi tutkimuksia tulee arvioida kriittisesti: johdanto GRADE:een	Jorma Komulainen
10.00-10.25	Interventiotutkimukset	Raija Sipilä
10.25-10.50	Järjestelmälliset katsaukset	Jorma Komulainen
10.50-11.10	Yleislääkäri Käypä hoito -suositusten tekijänä ja lausujana	Raija Sipilä

Tavoitteet

Oppia tutkimustiedon kriittisen arvioinnin peruskäsitteet ja tietää mitä näkökulmia arvioinnissa otetaan huomioon.

Miksi tutkimuksia tulee arvioida kriittisesti? Johdanto GRADE:en

Jorma Komulainen



Onko tutkimusten arvioiminen siis jokaisen lääkärin taito vai eliitin etuoikeus?

Tutkimuksen laaja arviointiosaaminen lääkärikunnassa vähentää auktoriteettiä ja edistää rakentavaa, perusteltua keskustelua hoitolinjauksista. Tutkimuksen arviointitaito tuo myös riippumattomuutta tiedosta, jonka takana on taloudellinen tai muu intressi. Mielestämme lääketieteellisten tiedekuntien, lääkäriyhdistysten ja muiden toimijoiden panosta tutkimuksen arviointiosaamisen edistämiseksi tulee edelleen lisätä.

Kliinistä työtä tekeväälle kollegalle tutkimuksen arviointitaidon kehittäminen on hyvä investointi. Jokainen lääkäri tarvitsee tutkimuksen arviointiosaamista voidakseen hoitaa potilastaan parhaalla mahdollisella tavalla. Voidakseen arvostaa omaa osaamistaan lääkärin tulee pystyä perustelemaan hoitopäätöksensä tutkimustiedolla ja sen soveltamisella potilaansa parhaaksi.

Jorma Komulainen

LT, dosentti, lastentautien ja lastenendokrinologian erikoislääkäri

Käypä hoito -suositusten päätoimittaja (Duodecim)

Palko, pysyvä asiantuntija

Minulla ei ole muita aiheeseen liittyviä sidonnaisuuksia.

Mikä on GRADE?



GRADE

Welcome to the GRADE working group

From evidence to recommendations – transparent and sensible

The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (short GRADE) working group began in the year 2000 as an informal collaboration of people with an interest in addressing the shortcomings of grading systems in health care. The working group has developed a common, sensible and transparent approach to **grading quality (or certainty) of evidence and strength of recommendations**. Many international organizations have provided input into the development of the GRADE approach which is now considered the standard in guideline development.

<https://www.gradeworkinggroup.org/>

Näytön asteen arviointi RCT-asetelmissa ja niihin perustuvissa systemaattisissa katsauksissa

- RCT-tutkimuksista ja niihin perustuvista meta-analyyseistä saatu näyttö (kausaliteetista) on lähtökohtaisesti vahvaa (A), mutta näytön astetta saatetaan alentaa tutkimukseen liittyvien ongelmien vuoksi.
- Näytön asteen laskemisen syitä (GRADE)
 - Harhan riski (risk of bias)
 - Ristiriita tuloksissa (inconcistency)
 - Tulosten epäsuoruus (indirectness)
 - Tulosten epätarkkuus (imprecision)
 - Julkaisuharha (publication bias)
- Tutkimuksia arvioitaessa tulee arvioida kyseisen ongelman vakavuus (ei vakava, vakava, hyvin vakava).
- Vakava ongelmaa johtaa yhden tason laskuun näytön asteessa (esimerkiksi $A > B$), hyvin vakava ongelma vastaavasti kahden tason laskuun (esimerkiksi $A > C$).

Harhan riskin arviointi

- Satunnaistaminen (randomisation)
 - Järjestys (sequence)
 - Salaaminen (concealment)
- Tutkijoiden ja arvioijien sokkouttaminen (blinding)
- Tutkittavien sokkouttaminen
- Puuttuvat tiedot (incomplete data)
- Valikoiva tulosten raportointi (selective outcome reporting)
- Ei hoitoaieanalyysia (intention to treat analysis)
- Carry over –vaikutus (crossover tutkimusasetelmissä)
- Tutkimuksen varhainen lopettaminen
- Epäpätevät mittarit

Näytönasteen arviointi havaintotutkimuksissa

- Havaintotutkimuksista saatu näyttö interventioiden tehosta on lähtökohtaisesti heikkoa (C).
- Näytön astetta laskevat
 - Ongelmat sisäänottokriteereissä
 - Ali- tai ylikaltaistaminen tapaus-verrokkiasetelmissa
 - Altistuneiden ja altistumattomien valinta eri populaatioissa tehdyissä kohorttitutkimuksissa
 - Mittausvirheet altistumisessa ja lopputulosmittareissa
 - Puutteet sekoittavien tekijöiden hallinnassa
 - Seurannan puutteellisuus
- Näytön astetta nostavat
 - Suuri vaikutus ($RR < 0,5$ tai $> 2,0$) (huom! Edelleen ongelma vaikutuksen suuruuden arvioinnissa)
 - Näyttö annos-vaikutussuhteesta
 - Kaikki ajateltavissa olevat harhat heikentäisivät suhdetta
 - Biologisesti (tai psykologisesti) looginen vaikutus, joka osoitettu useissa havaintotutkimuksissa

Interventiotutkimukset

Raija Sipilä

LT, toimituspäällikkö

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim



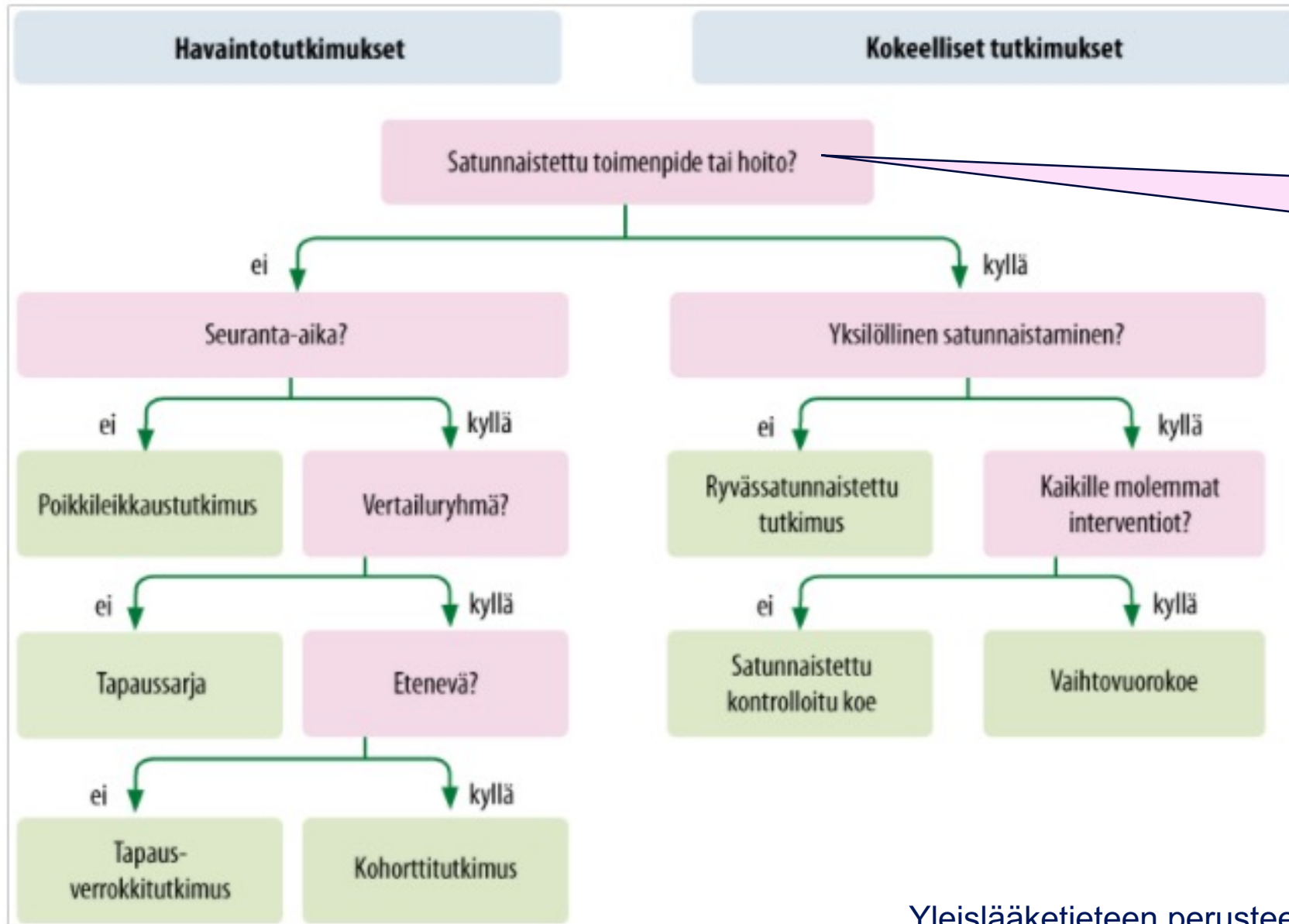
Raija Sipilä, LT, terveydenhuollon erikoislääkäri

**Päätoimi: Käypä hoito -toimituspäällikkö, Suomalainen Lääkäriseura
Duodecim**

GIN Nordic, puheenjohtaja 5/2023->

Tutkimus aiheet: hoitosuositukset ja niiden implementointi sekä de-
implementointi, potilaiden osallisuus

Ei muita aiheeseen liittyviä sidonnaisuuksia.

*Does it work?**Can it work?*

Päätäkö tutkija, mitä hoitoa annetaan?

Kuva 1. Lääketieteellisten alkuperäistutkimusten päätyypit.

Taulukko 1. Tutkimusasetelmia ja niiden käyttöalueita.

Tutkimusasetelma	Milloin käytetään?
Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	Intervention teho ja yleiset haitat
Kohorttitutkimus	Etiologia, riskitekijät, haitat, ennuste, arkivaikuttavuus
Tapaus-verrokkitutkimus	Etiologia, riskitekijät, harvinaiset haitat; harvinaisten tautien ennusteet; pitkä viive altisteen ja sairauden välillä
Poikittaistutkimus, ennen–jälkeen-asetelma	Vallitsevuus, riippuvuudet tautien tai riskitekijöiden välillä, kehittäminen, johtaminen

Laadullinen tutkimus

Jonkin ilmiön kuvaaminen ja ymmärtäminen

Määrittele kysymys - PICOst

P	Potilas, väestö, ongelma	Mitkä ovat potilaiden/väestön ominaisuudet? Ketä potilaat ovat? Mistä sairaudesta tai tilasta olet kiinnostunut?
I	interventio, altistus	Mitä teemme heille? Mille he ovat altistuneita?
C	Vertailu	Mihin vertaamme interventiota?
O	Lopputulosmuuttuja	Mitä tapahtuu? Mikä muuttuu? Mikä on lopputulos?
S	Tutkimustyyppi	Mikä on tutkimustyyppi?
t	Aika	Mikä on tutkimuksen seuranta-aika?

Käytetään kriittisessä arvioinnissa ja käyttökelpoinen oman tutkimusaiheen hahmottamisessa

Sopivia – vai sopimattomia – kysymyksiä?

- Vähentävätkö (mitkä tahansa) syöpähoidot kuolleisuutta (mitä tahansa) syöpää sairastavilla henkilöillä?
- Vähentävätkö hyytymistä estävät lääkkeet (ASA, sulfinpyratsoni, dipyridamoli, ticlodipini, clopidogreeli) merkittäviä tromboottisia tapahtumia (MI, AVH, alaraajatukos) ja kuolemia henkilöillä, joilla on todettu ateroskleroosi (sydämässä, aivoverisuonissa tai alaraajoissa)?
- Estääkö ASA (millä tahansa annoksella) iskeemistä aivohalvausta henkilöillä, joilla on todettu TIA?

Kolme keskeistä kysymystä

1. Onko tutkimus tehty niin hyvin, että voin luottaa sen tuloksiin?
2. Ovatko tutkimuksen antamat tulokset niin merkittäviä, että niiden mukainen hoito myös merkittävästi parantaa potilaan terveydentilaa ja hyvinvointia (tilastollinen ja kliininen)?
3. Ovatko tutkimuksen tulokset sovellettavissa potilaaseeni?

1. Onko tutkimus tehty niin hyvin, että voin luottaa sen tuloksiin?

1. Satunnaistaminen
2. Olivatko ryhmät samanlaisia?
3. Ketkä oli sokkoutettu?
4. Oliko hoitoon sitoutuminen riittävää?
5. Hoidettiinko ryhmiä samalla tavalla lukuun ottamatta tutkittavaa interventiota?
6. Oliko seuranta riittävän pitkä?
7. Oliko riittävä määrä tutkittavia mukana tutkimuksen loppuun?
8. Arvioitiinko potilaat niissä ryhmissä joihin heidät oli satunnaistettu (ITT)?

1.1 Satunnaistaminen

Tavoite: sekä tunnetut että tuntemattomat lopputulokseen vaikuttavat tekijät jakautuvat sattumanvaraisesti -> ryhmien vertailukelpoisuus, ennuste lähtötilanteessa sama

Jokaisella yhtä suuri todennäköisyys päätyä joko hoito- tai kontrolliryhmään

- Satunnaistettiinko asianmukaisesti (random sequence allocation)?
- Salattiinko satunnaistaminen (concealment of allocation)?

Voidaan tehdä

- Yksilöt, lohkot (block), ryppäät (cluster)
- Osittaminen (stratification)



1.2. Arvioi myös, onnistuiko satunnaistaminen eli olivatko ryhmät samanlaisia tutkimuksen alkuvaiheessa.

1.3. Sokkouttaminen

Sokkouttamisella pyritään estämään tutkittavan tai tutkijan ennakoasenteiden vaikutus lopputulokseen

-> kaksoissokkoutus

MUISTA!

Kun ei pystytä sokkouttamaan, on tärkeitä käyttää objektiivista lopputulosmittaria

1.4. Hoitoon sitoutuminen

Kuinka täydellisesti tutkittava toteuttaa hoitomenetelmää

Mitä täydellisempää hoitoon sitoutuminen on, sitä luotettavampaa tietoa saadaan vaikuttavuudesta

- Soveltamisen yhteydessä on hyvä muistaa, että sitoutuminen on yleensä parempaa tutkimusasetelmassa kuin arjessa.

1.5. Hoidettiin ryhmää samalla tavalla

Tulee hoitaa tutkittavia hoitomenetelmiä lukuun ottamatta samalla tavalla

Toisen ryhmän saama lisäinterventio voi pienentää tai suurentaa ryhmien välistä eroa

1.6. Oliko seuranta riittävän pitkä?

Riittävä seurannan pituus riippuu lopputulosmuuttujasta.

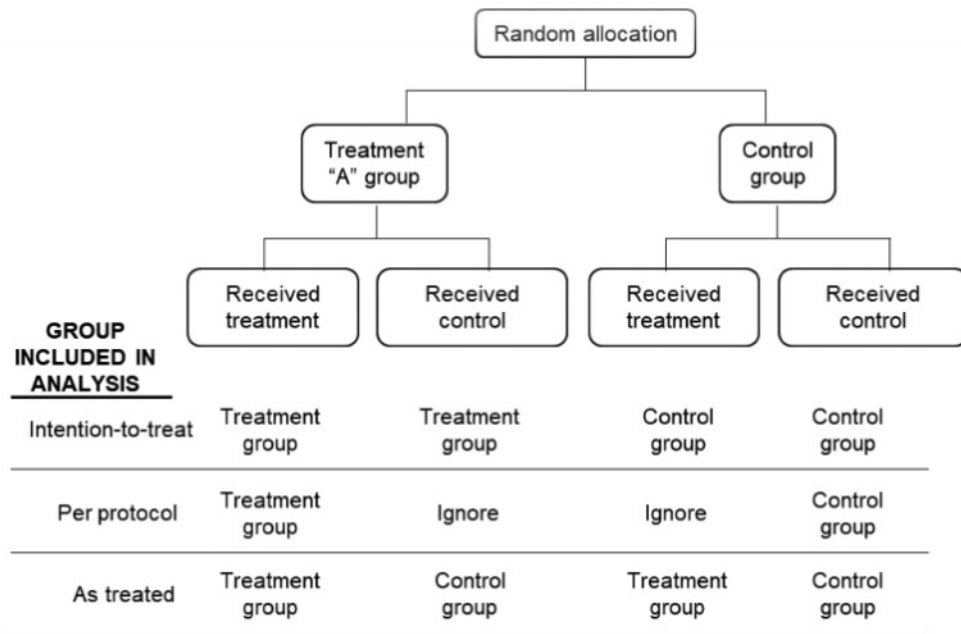
1.7. Oliko riittävä määrä tutkittavia mukana tutkimuksen loppuun

Merkityksellisyys on riippuvaista poispudonneiden osuuden ja lopputulostapahtumien suhteesta

Poispudonneiden osuus merkityksellistä erityisesti, jos

- poispudonneiden määrä on erilaista eri ryhmissä
- poispudonneet ovat erilaisia kuin tutkimuksessa jatkaneet

1.8. Arvioitiinko potilaat niissä ryhmissä joihin heidät oli satunnaistettu (ITT)?



Analysointiinko potilaat niissä ryhmissä, joihin heidät oli satunnaistettu?

Tavoite: ryhmien vertailukelpoisuus säilyy

Imputaatio

- Tutkimuksen keskeyttäneiden kohdalla puuttuvat tiedot korvataan kunkin seuranta-ajankohdan mahdollisimman todennäköisellä arvolla.
- Esim. kaltaisten ryhmän keskiarvo tai last observation carried forward
- **Miten vaikuttaa tuloksiin?**

Mitä lisää GRADEstä?

Valikoiva lopputulosmuuttujien raportointi

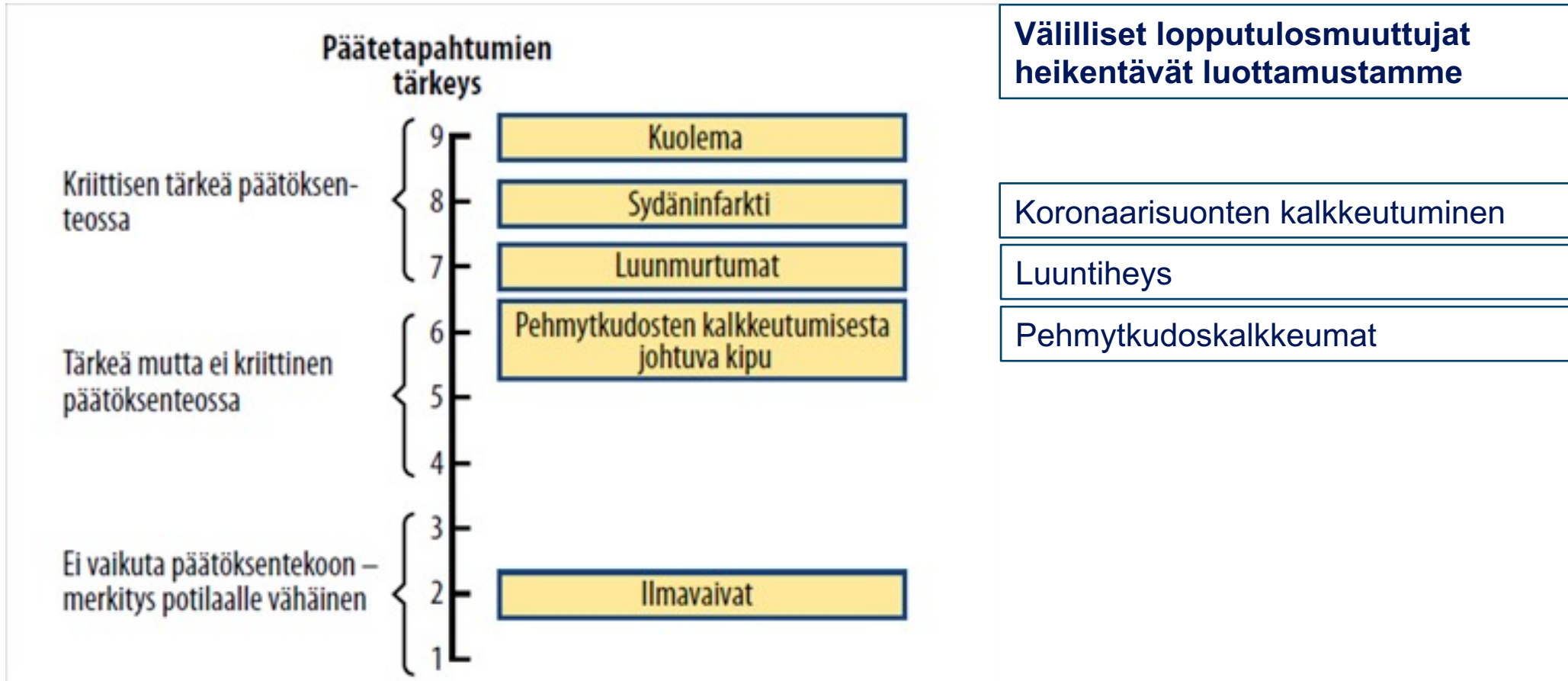
Muut harhan lähteet

- Carry over -vaikutus (crossover -tutkimusasetelmissa)
- Tutkimuksen varhainen lopettaminen
- Epäpätevät mittarit

2. Ovatko tutkimuksen antamat tulokset niin merkittäviä, että niiden mukainen hoito myös merkittävästi parantaa potilaan terveydentilaa ja hyvinvointia

1. Ovatko käytetyt päätemuuttajat potilaan kannalta merkityksellisiä ja tärkeitä hoitopäätöksen tekemisessä?
2. Kuinka suuri oli intervention vaikutus?
3. Kuinka tarkka oli arvio intervention vaikutuksesta?

2.1 Käytetyt päätemuuttajat



Fosfaattipitoisuutta alentavien lääkkeiden vaikutus potilailla, joilla on munuaisten vajaatoiminta.

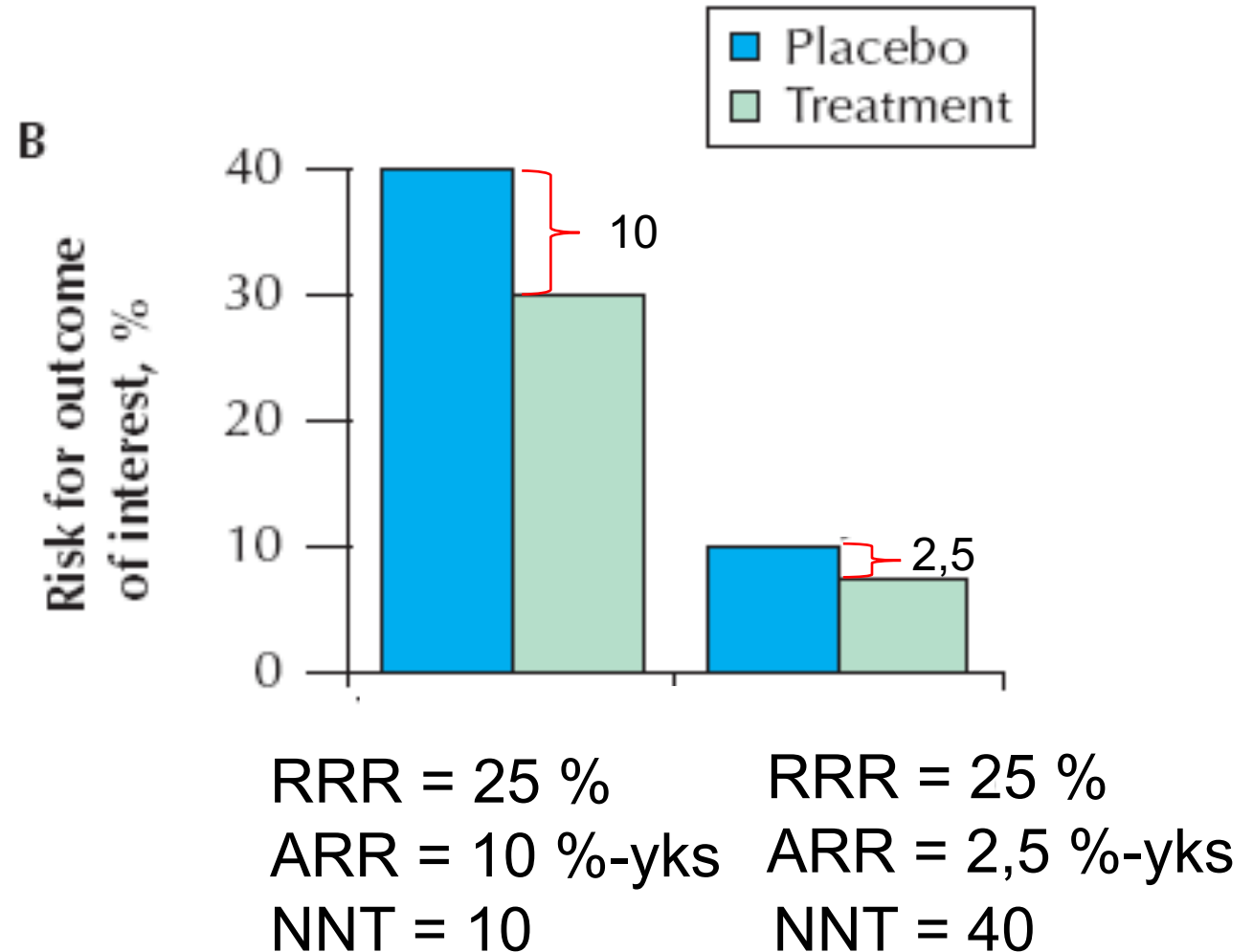
Lähteet: Guyatt et al 2008 ja GRADE handbook
<https://gdt.grade.org/app/handbook/handbook.html>

2.2 Kuinka suuri oli intervention vaikutus

Piste-estimaatti = numeerinen,
mitattu tulos

RCT-tutkimuksissa usein
käytettyjä:

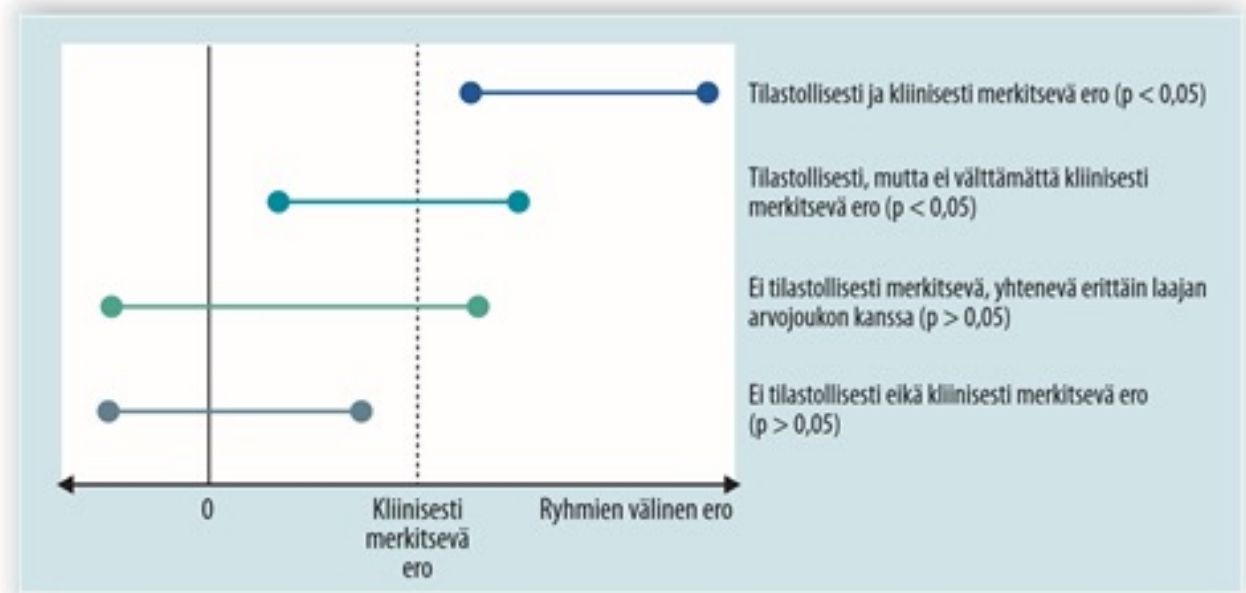
- Jatkuvalle muuttujalle ryhmien muutoksen keskiarvojen ero
- Dikotomiselle muuttujalle:
absoluuttinen riskin vähenemä (ARR), suhteellinen riskin vähenemä (RRR), number needed to treat (NNT)



2.3 Kuinka tarkka oli arvio intervention vaikutuksesta?

Lopputuloksen piste-estimaatin luottamusväli kertoo arvion tarkkuudesta:

- kapea = luotettavampi tulos
- leveä = epäluotettavampi tulos



3. Ovatko tutkimuksen tulokset sovellettavissa potilaaseeni?

1. Ovatko potilaani riittävän samankaltaisia kuin tässä tutkimuksessa?
2. Arvioitiinko kaikkia kliinisesti merkittäviä vaikutuksia?
3. Ovatko intervention todennäköiset hyödyt sen mahdollisia haittoja suurempia ja ovatko ne aiheutuvien kustannusten arvoisia?
4. Ovatko interventiot toteutettavissa terveydenhuoltojärjestelmässämme?

Järjestelmälliset katsaukset

Jorma Komulainen



Katsaus vai järjestelmällinen katsaus?

	Katsaus	Järjestelmällinen katsaus
Kysymyksen asettelu	Ei systemaattista	Määritelty kliininen kysymys
Kriteerit tutkimuksille	Ei systemaattista	Asetettu ennen kirjallisuushakua
Kirjallisuushaku	Ei järjestelmällinen	Järjestelmällinen
Tutkimusten laatu	Ei arvioitu systemaattisesti	Arvioitu
Tulokset	Usein narratiivinen	Esitetty systemaattisesti, meta-analyysissä kvantitatiivisesti
Käyttö	Antaa yleiskuvan	Kuten RCT, antaa vahvempaa näyttöä

Järjestelmällisen katsauksen toteutus

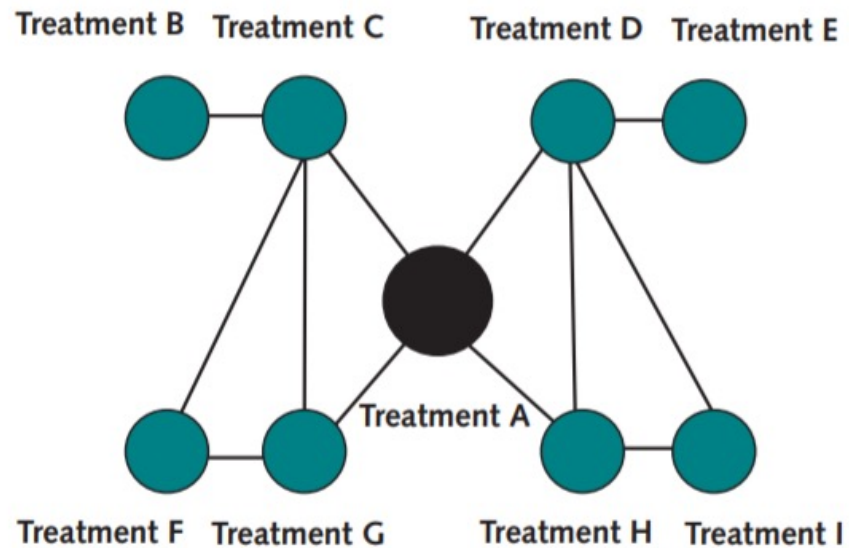
1. Tutkimuskysymyksen määrittely
2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerien määrittely
3. Kirjallisuushaku ja artikkelien valinta
4. Tiedon uuttaminen ja luotettavuuden arvioiminen
5. Tutkimustulosten yhdistäminen (laadullinen tai meta-analyysi)
6. Johtopäätökset

Meta-analyysi

Laadittu kuten systemaattinen katsaus

Alkuperäistutkimusten tulokset koottu yhteen ja esitetty kvantitatiivisesti

Verkostometa-analyysi



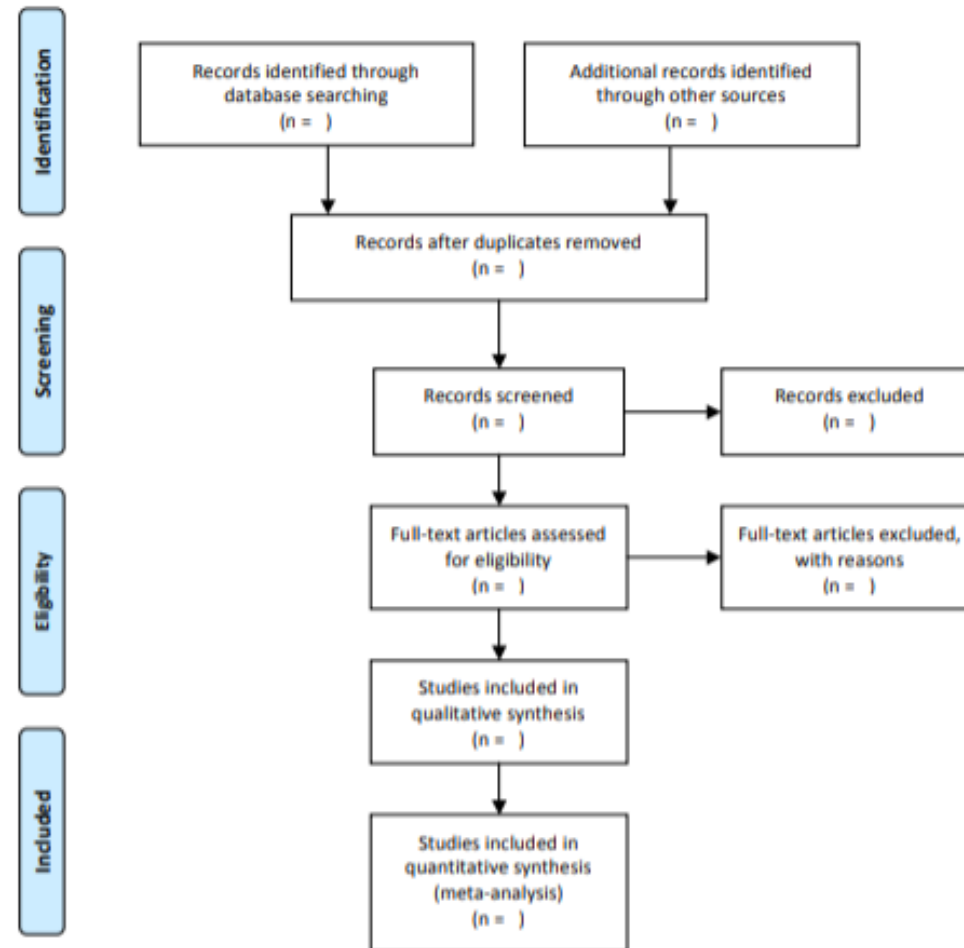
- Verkostometa-analyysin tulokset voivat olla harhaanjohtavia, jos siihen sisältyvien tutkimusten tuloksissa esiintyy ristiriitaisuuksia.
- Vastaavasti yhdenmukainen tieto tuottaa verkostometa-analyysissä tilastollisen tarkkuuden lisääntymisen ansiosta tarkempia estimaatteja kuin pelkkä suoraan vertailuun perustuva meta-analyysi.
- Verkostometa-analyysi mahdollistaa (ainakin teoriassa) useiden interventioiden keskinäisen paremmuusjärjestyksen arvioimisen.

Järjestelmällisen katsauksen arviointi

1. Mikä on tutkimuskysymys (PICO), ja onko se kliinisesti mielekäs?
2. Soveltuvatko tutkimusasetelmat vastaamaan kysymykseen?
3. Onko katsaus tehty pätevällä tavalla?
4. Mitkä ovat ensi- ja toissijaiset lopputulokset?
 - Tilastollinen merkitsevyys
 - Kliininen merkittävyys
 - Tarkkuus
5. Mille potilasryhmille tulokset ovat sovellettavissa?

Ovatko tulokset luotettavia?

1. Kuvataanko kysymyksenasettelu ja kriteerit tutkimusten mukaan ottamiselle hyvin ja ovatko ne asianmukaiset?
 - Rajattu kliininen kysymys
2. Onko todennäköistä että kaikki tutkimukset ovat mukana analyysissä?
 - Hakustrategia, julkaisuharha, lopputulosmittereiden valikoiva julkaiseminen
3. Ovatko alkuperäistutkimukset laadukkaita?
 - Alkuperäistutkimusten kuvaus, harhan riski arvioitu, herkkyysanalyysit
4. Voidaanko analyysi toistaa?

**PRISMA 2009 Flow Diagram**

Julkaisuharha: Funnel plot -kuvio

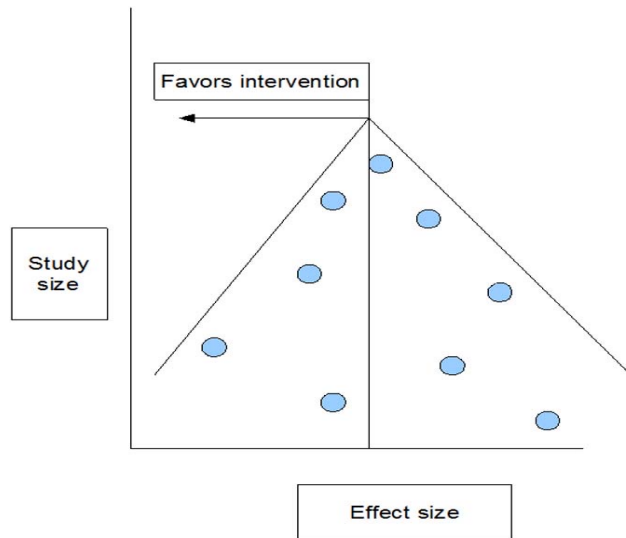


Figure 1 Hypothetical funnel plot which **does not** show publication bias

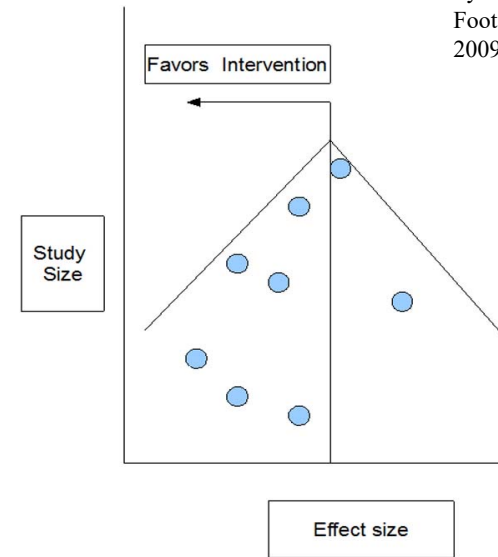


Fig. 2 Hypothetical funnel plot which **does** show publication bias

Turlik M. Evaluating the results of a Systematic Review/Meta-Analysis: Foot and Ankle Online Journal 2009;2:5

Alkuperäistutkimusten laadun arviointi

Author	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Alvarez Lerma 2001	+	?	+	+	+	+	-
Awad 2014	+	+	+	?	+	+	-
Beaucalre 1999	?	?	+	+	-	+	-
Brun-Buisson 1998	+	?	+	+	+	+	-
Damas 2006	?	?	+	+	+	+	?
Freire 2010	?	?	+	?	+	+	-
Heyland 2008	+	+	+	+	+	+	-
Koller 2004	?	?	+	?	+	+	-
Koller 2012	?	+	+	?	+	+	-
Ramirez 2013	?	?	+	?	+	+	-
Rea-Neto 2008	?	?	+	+	-	+	-
Shorr 2005	?	?	+	-	+	-	-

Satunnaistaminen
Sokkouttaminen
Tulokset

Laadultaan tasokkaat ja heikkotasoiset tutkimukset on yleensä syytä arvioida erikseen ja perustaa johtopäätökset laadukkaiden tutkimusten tuottamiin meta-analyysin tuloksiin.

Tilastollinen merkitsevyys on perusedellytys, mutta tuloksen kliininen merkittävyys tulee myös arvioida.

Voidaanko analyysi toistaa

Kriteerit on kuvattu

Mukaan otetut tutkimukset on arvioitu ja kuvattu taulukkoon

Useampi kuin yksi henkilö on osallistunut analyysiin sen kaikissa vaiheissa

Ovatko tulokset samankaltaisia?

Tulosten visuaalinen tarkastelu

- Kuinka samanlaisia ovat piste-estimaatit
- Menevätkö luottamusvälit päällekkäin

Tulosten samankaltaisuuden tilastollinen testaus

- **Heterogeenisuuden testaus**: Nollahypoteesi = erot aiheutuvat sattumasta
 - Alhainen p merkitsee sattuman epätodennäköisyyttä erojen selittäjänä
- **I² testi**: Mikä osuus vaihtelusta aiheutuu vaikutuksen erosta (eikä sattumasta)
 - 0-40% = ei ilmeisesti merkittävää heterogeenisuutta
 - 30-60% = ilmeisesti kohtalainen heterogeenisuus
 - 50-90% = ilmeisesti huomattava heterogeenisuus
 - 75-100% = suuri heterogeenisuus

Tulosten merkitys

Dikotominen muuttuja

- Suhteellinen riski ja sen muutos (tai vetosuhde)
- NNT

Jatkuva muuttuja

- Jos sama mittausmenetelmä → painotettu keskimääräinen ero (weighted mean difference)
- Jos eri mittausmenetelmiä → vaikutuksen suuruus (effect size), joka ilmaistaan SD-yksikkönä
 - 0,2 SD = pieni vaikutus
 - 0,5 SD = kohtalainen vaikutus
 - 0,8 SD = suuri vaikutus

Summary of findings -taulukko

Pravastatin versus placebo for lowering LDL cholesterol

Patient or population: participants with normal or abnormal lipid profiles

Settings: ambulatory clinics

Intervention: pravastatin

Comparison: placebo

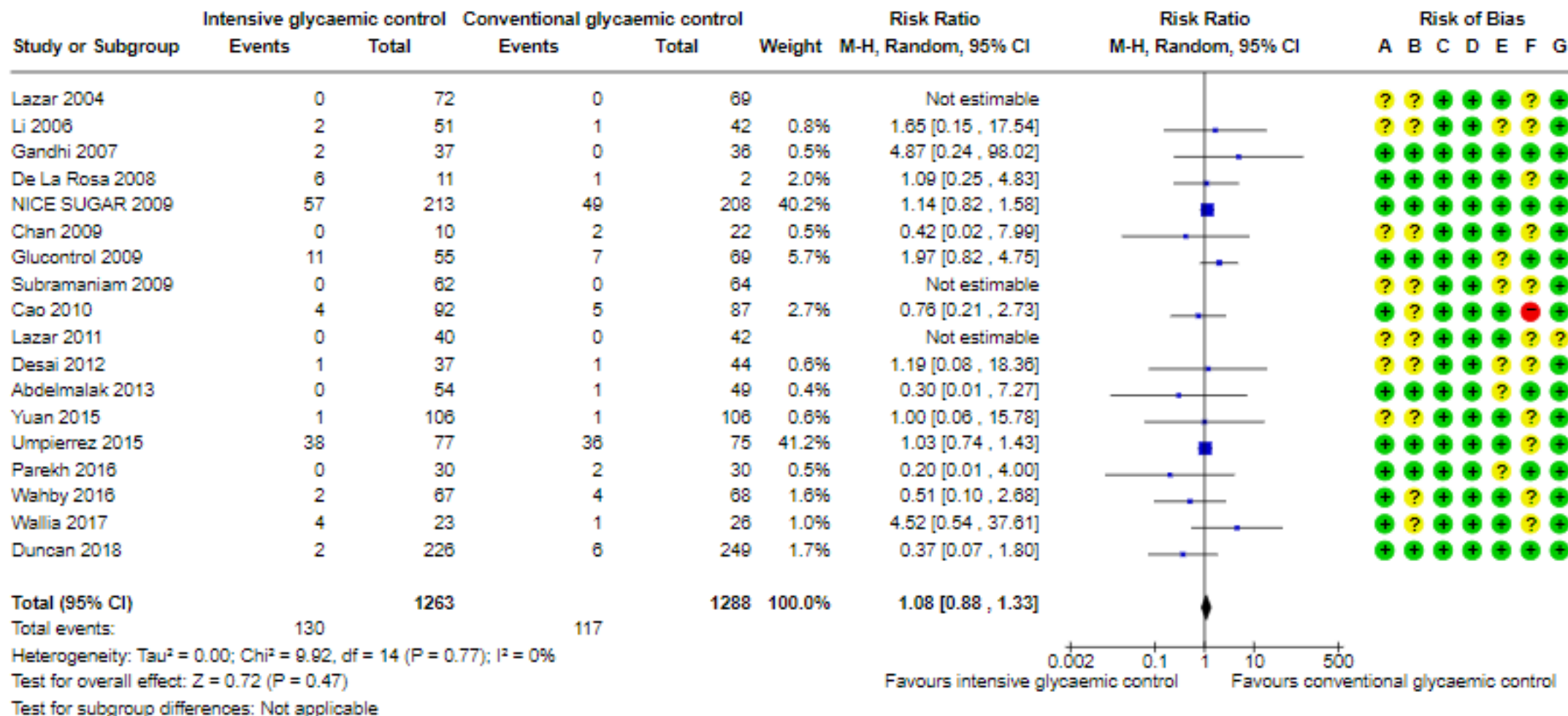
Pravastatin dose (3-12 weeks)	Relative effect (Mean Difference) (95% CI)	No of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Comments
10 mg/day LDL cholesterol	MD -21.59 (-23.58 to -19.60)	765 (11)	⊕⊕⊕⊕ High	I ² = 33% Effect predicted from log dose-response curve, -21.7%
20 mg/day LDL cholesterol	MD -25.70 (-26.77 to -24.63)	3117 (22)	⊕⊕⊕⊖ Moderate ^a	I ² = 58% Effect predicted from log dose-response curve, -25.1%
40 mg/day LDL cholesterol	MD -28.37 (-29.22 to -27.52)	4869 (35)	⊕⊕⊕⊖ Moderate ^a	I ² = 74% Effect predicted from log dose-response curve, -28.5%
80 mg/day LDL cholesterol	MD -34.39 (-37.00 to -31.77)	881 (4)	⊕⊕⊕⊕ High	I ² = 0% Effect predicted from log dose-response curve, -31.9%

CI: confidence interval; LDL: low-density lipoprotein; MD: mean difference

Adams SP, et al.. Pravastatin for lowering lipids.
Cochrane Database 2023

Meta-analyysin tulosten esittäminen

Bellon et al. Perioperative glycaemic control for people with diabetes undergoing surgery. Cochrane database 2023



Archie Cochrane (1909-1988)



“Because resources would always be limited, they should be used to provide equitably those forms of health care which had been shown in properly designed evaluations to be effective.” (1972)

“It is surely a great criticism of our profession that we have not organised a critical summary, by specialty or subspecialty, adapted periodically, of all relevant randomised controlled trials.” (1979)

First Cochrane centre in Oxford (1992)

The Cochrane Collaboration (1993)

Cochrane Finland (1996)

Yleislääkäri Käypä hoito -suositusten tekijänä ja lausujana

Raija Sipilä



Ketkä tekevät KH-suosituksia

- Keväällä 2020 työn alla olevat ja julkaistut Käypä hoito -suositukset, Käyvän hoidon rekisteristä
- 789 työryhmien jäsentä, jotka ovat itse ilmoittaneet tietonsa
 - Lääkäreitä 642 (81 %)
 - Hammaslääkärit, psykologit, sairaanhoitajat, ravitsemustieteilijät, fysioterapeutit
- Noin 40 % HUS, reilu 10 % muista YO-shp:stä kustakin
- Yhteensä 52 lääketieteen, hammaslääketieteen ja psykologian erikoisalaa, joista TOP 10:



Ilmoitettu 1. erikoisala	N
Yleislääketiede	58
Sisätaudit	53
Lastentaudit	47
Naistentaudit ja synnytykset	42
Psykiatria	40
Neurologia	38
Anestesiologia ja tehohoito	27
Silmätaudit	22
Keuhkosairaudet ja allergologia	18
Ihotaudit ja allergologia	16

Miten yleislääkäri voi vaikuttaa KH-suositukseen?

SYLY aktiivinen aihe-ehdotuksissa ja isäntäyhdistyksenä

- Työryhmän pj
- Työryhmän jäsen

Lausuntokierros

Palaute julkaistusta suosituksesta

Miksi tarvitsemme yleislääkäreitä työryhmiin?

Wonca-puun osa-alueet	Sisältö
Terveydenhuollon toimintakokonaisuuksien hallinta	<ul style="list-style-type: none"> • Ymmärrys terveydenhuollon kokonaisuudesta • Hoitosuosituksen sovellettavuus pth:oon • Resurssien, tarpeiden ja osaamistason huomiointi pth:ssa • Perusterveydenhuollon näkökulmasta oleellisten asioiden hahmottaminen
<i>Yleislääkärit ovat KH-suositusten keskeinen käyttäjä- ja kohderyhmä*</i>	
Alalle ominaiset ongelmanratkaisutaidot	<ul style="list-style-type: none"> • Seulomattoman väestön asiantuntijuus
Kokonaisvaltainen työote	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen, ei yksittäiset sairaudet tai diagnoosit
Laaja-alainen työote	<ul style="list-style-type: none"> • Kansansairauksien asiantuntijuus • Laaja osaaminen
Potilaslähtöinen työote	
Yhteisösuuntautunut työote	Ei mainintoja

* *Wonca-puun osa-alueiden lisäksi tunnistettu teema*

Yleislääkärin tehtävät työryhmässä

Tuoda esille perusterveydenhuollolle tärkeitä asioita

Arvioida tutkimustiedon sovellettavuutta perusterveydenhuollossa hoidettaville ja pohtia, miten sovellettavuus otetaan huomioon suosituslauseiden muotoilussa

Osallistua suosituksen kirjoittamiseen

Miksi mukaan Käypä hoito -työhön?

Käytännön työtä tekevän yleislääkärin näkemys on tärkeä osa suosituksen kirjoittamisesta, jotta suositus palvelee ensisijaista kohderyhmää, meitä perusterveydenhuollossa, mahdollisimman hyvin.

Tarjoaa mahdollisuuden syventää tieteellistä osaamista ja tutkimustiedon kriittisen arvioinnin taitoja.

Työryhmässä tutustuu kollegoihin eri aloilta ja eri puolilta Suomea, ja työ antaa uudenlaista näkökulmaa sekä perustyöhön että erilaisiin alueellisiin toimintatapoihin Suomessa.

Duodecim tarjoaa hyvin koulutusta ja tukea työhön.

Virkistävää ja mielenkiintoista vaihtelua normaaliin työarkeen!

*Terhi Manner, Vantaan tk
Nielutulehdus -työryhmä*

Lausuntokierrokset

Lausuntokierroksia

- 2022 yhteensä 10
- 2023 yhteensä 12 (13.11. mennessä)

Lausuntopyyntöjä lähetettiin vuonna 2023

- ka 83 / suositus
- Vaihteluväli 45 - 146

Vastauksia

- Ka 25 / suositus
- Vaihteluväli 15 - 59

Yhtä lukuun ottamatta vähintään 1 yleislääkäri lausujana, yleensä useampi (0-6)

Lausuntokierroksella on merkitystä



Kuva 1. Atooppisen ekseeman hoito lääkevoiteella

Palautteella on merkitystä

Kysymys lasten astman diagnosoinnin työnjaosta.

Sekaannuksien välttämiseksi 0-5 -vuotiaiden ja 6-11 -vuotiaiden lääkekaavioihin tehtiin pieniä muutoksia ja suositustekstiin tarkennettiin muutamalla lauseella lasten astman diagnosointia.

Miten steroidin vähennyksen yhteydessä hyvässä hoitotasapainossa olevaa seurataan, vai eikö tarvitse seurata.

Lisätty suositukseen ”Lääkehoidon keventäminen” –kappaleeseen ”Lääkemuutosten vaste tulee arvioida”.

Keskeisen tärkeä osio ei-keuhkolääkäreille eli astmahoitajille ja pth-lääkäreille on ansiokas ”Ohje astmapotilaan PEF-kotiseurantaan”. Siihen toivoisin lisäyksenä tulkintaohjeen seuranta-PEF:stä: ”Jos astma on hyvässä tasapainossa, alla kuvattuja diagnostisia muutoksia ei tulisi olla.”

Lisäys tehtiin kyseiseen ohjeeseen.



Kiitos!