



Kirjoitusohjeet

SUOMEN LÄÄKÄRILEHTI
FINLANDS LÄKARTIDNING
FINNISH MEDICAL JOURNAL
WWW.LAAKARILEHTI.FI

LÄÄKÄRILEHTI

2013

Haluatko
julkaista
alkuperäis-
tutkimuksen?

s. 5

**Kirjoitatko
katsauksen?**

s. 6

**Esittele
kiinnostava
tapaus**

s. 7

Miten lähetät
käsikirjoituksen

s. 5

Oppia
käytännön
kokemuksista

s. 8

**Ilmoita
sidonnaisuutesi**

s. 5

s. 8

**Kerro mielipiteesi
muillekin!**

SUOMEN LÄÄKÄRILEHTI
PL 49, 00501 HELSINKI
KÄYNTIOSOITE:
MÄKELÄNKATU 2, 6.KRS.
00500 HELSINKI
WWW.LAAKARILEHTI.FI

Suomen Lääkärilehti

Vastaava päätoimittaja

Hannu Ollikainen

– terveydenhuoltoartikkelit
hannu.ollikainen@laakarilehti.fi
Puh. (09) 393 0751

Lääketieteellinen päätoimittaja

Päivi Hietanen

– lääketieteelliset artikkelit
paivi.hietanen@laakarilehti.fi
Puh. (09) 393 0829

Toimituspäällikkö

Heli Mikkola

– keskustelu ja näkökulma
heli.mikkola@laakarilehti.fi
Puh. (09) 393 0754

Uutispäällikkö

Miia Soininen

miia.soininen@laakarilehti.fi
Puh. (09) 393 0819

Käytännön kysymyksissä pyydämme ottamaan yhteyttä:

Toimitusassistentti Hilikka Yletyinen

(muut kuin lääketieteelliseen osioon liittyvät käsikirjoitukset)
hilikka.yletyinen@laakarilehti.fi
Puh. (09) 393 0752

Toimitusassistentti Noora Järvinen

(lääketieteelliseen osioon tarkoitetut käsikirjoitukset)
noora.jarvinen@laakarilehti.fi
Puh. (09) 393 0821

Sisällysluettelo

1. Suomen Lääkärilehteen lähetettävät artikkelit	4
2. Julkaisemisen yleissäännöt	4
3. Sidonnaisuuksien ilmoittaminen	5
4. Käsikirjoituksen lähettäminen	5
5. Eri kirjoitustyyppien rakenne	5
Alkuperäistutkimukset	
Katsaukset	
Terveystieteiden artikkelit	
Käyttäjäpidempää -katsaukset	
Tapausselostukset	
Työssä-olion raportit	
Pääkirjoitukset	
Keskustelua-palsta	
Näkökulma-palsta	
6. Yleisiä ohjeita.....	9
7. Taulukot	9
8. Kuviot ja kuvat	10
9. Sähköinen liiteaineisto.....	10
10. Kirjallisuusviitteet	10
11. Englanninkielinen yhteenveto	12

Liitteet:

Tarkistuslista (palautettava)	14
Sopimus	15

Allekirjoitetun julkaisusopimuksen, sidonnaisuusilmoitukset ja tarkistuslistan voi lähettää verkkolomakkeen liitetiedostona tai postitse osoitteella: Suomen Lääkärilehti, PL 49, 00501 Helsinki.

1. Suomen Lääkärilehteen lähetettävät artikkelit

Suomen Lääkärilehti on Suomen Lääkäriliiton julkaisu, ja siinä julkaistaan lääketieteellisiä ja terveydenhuoltoon liittyviä alkuperäistutkimus-artikkeleita ja katsauksia. Niiden aiheiden tulee olla yleisesti kiinnostavia ja teksti on voitava ymmärtää ilman kyseisen alan erityisasiantuntemusta. Lisäksi lehdessä julkaistaan useita lääketiedettä käsitteleviä vakiopalstoja sekä pääkirjoituksia. Tämä aineisto on pääosin pyydettyä tai toimituksellista, mutta ehdotukset ovat aina tervetulleita. Lehden Keskustelu- ja Näkökulma-palstoille voi myös tarjota vapaasti kirjoituksia.

Jos käsikirjoitusidean synnyttä herää kysymys aiheeseen sopivasta kirjoitustyylistä, toimitus auttaa muodon valinnassa. Näin kirjoittaja voi laatia käsikirjoituksen alusta lähtien lopulliseen julkaisumuotoon liittyvien ohjeiden mukaisesti.

Kliinisten alkuperäistutkimusten on noudatettava Maailman lääkäriiliiton hyväksymän Helsingin julistuksen ohjeita tutkittavien informoimisesta, suostumuksen hankkimisesta ja potilasturvallisuudesta. Interventiotutkimukset on rekisteröitävä yleisesti hyväksyttiin tietokantaan.

2. Julkaisemisen yleissäännöt

Suomen Lääkärilehdelle tarjottavan artikkelin tulee pääsääntöisesti olla ennen julkaisematon. Lähtökohta on myös, että artikkeleita tarjotaan yhteen lehteen kerrallaan.

Alkuperäistutkimus- ja katsausartikkelit arvioi kaksi toimituksen ulkopuolista asiantuntijaa.

Suomen Lääkärilehti julkaisee artikkelit sekä painatuslehdessä että sähköisesti internetissä. Artikkeleita voidaan valikoidusti julkaista myös suurelle yleisölle suunnatussa Potilaan Lääkärilehdessä. Tekijänoikeudet julkaistavaksi hyväksyttiin artikkeliin siirtyvät kansainvälisen tekijänoikeuskäytännön mukaisesti Suomen Lääkärilehdelle.

Osa artikkeleista voidaan julkaista Lääkärilehden verkkosivulla nopeutetussa aikataulussa, jo ennen paperilehdessä ilmestymistä. Verkossa ensin -menettelyllä julkaistaan artikkeleita, jotka on tärkeää saada nopeasti lukijoiden ulottuville. Tällaisia ovat artikkelit, joissa on esimerkiksi hoitokäytäntöä muuttavaa tai laitehankin-

toihin vaikuttavaa tietoa. Verkkoon pääsevät nopeasti myös ne artikkelit, jotka taustoittavat tai stimuloivat ajankohtaista yhteiskunnallista keskustelua.

Lainatessaan artikkeliin kuvia tai kuvioita muista julkaisuista kirjoittajan on hankittava sekä paperiversion että sähköisen version kattava julkaisulupa. Myös internetistä lainattuun aineistoon tarvitaan lupa. Samoin valokuvissa esiintyviltä ihmisiltä, esimerkiksi potilailta, kirjoittajan on pyydettävä kirjallinen lupa julkaisemiseen.

Suomen Lääkärilehteen julkaistavaksi hyväksytty tai Suomen Lääkärilehdessä jo julkaistu artikkeli voidaan julkaista toisessa painotuotteessa tai sähköisessä mediassa vain Suomen Lääkärilehden suostumuksella. Suomen Lääkärilehdellä on oikeus ilman artikkelin kirjoittajan erillistä suostumusta julkaista artikkeli sähköisessä muodossa omissa sähköisissä palveluissaan, mukaan lukien Potilaan Lääkärilehdessä.

Mikäli lehdessä julkaistavasta tutkimuksesta järjestetään tiedotustilaisuus, se on ajoitettava julkaisemispäivään tai sen jälkeen.

Kansainvälisessä ammattilehdessä aiemmin julkaistu tutkimusraportti voidaan julkaista Suomen Lääkärilehdessä, mikäli asiasta tiedottaminen lehden lukijakunnalle nähdään erityisen tarpeelliseksi. Kirjoittajan on käsikirjoitusta päätoimittajalle tarjotessaan liitettävä mukaan kopio alkuperäisestä artikkelista tai sen käsikirjoitus, mikäli sitä ei vielä ole julkaistu. Lisäksi hänen on pyydettävä aineiston ensimmäisenä julkaisseen lehden päätoimittajalta kirjallinen lupa artikkelin uudelleenjulkaisemiseen Suomen Lääkärilehdessä. Artikkelin ei tarvitse olla suora käännös alkuperäisestä, vaan se voi olla esimerkiksi lyhennelmä.

Kaikki kirjoittajat vastaavat artikkelin koko sisällöstä, ja heidän kaikkien otaksutaan osallistuneen käsikirjoituksen työstämiseen. Alkuperäistutkimuksessa tämä tarkoittaa myös merkittävää panosta tutkimuksen suunnittelussa tai aineiston hankkimisessa tai tulosten analysoinnissa ja tulokannassa. Lopullisen käsikirjoituksen tulee olla jokaisen kirjoittajan hyväksymä, ja osoitukseksi tästä on saattekirjeessä oltava jokaisen kirjoittajan allekirjoitus.

Tekijänoikeudet koskevat myös verkkoa

Teosten, kuten tekstin tai kuvan, käyttöön tarvitaan aina lupa. Tämä koskee myös internetissä julkaistuja teoksia. Useat tekijät ja kustantajat ovat antaneet luvan teosten käyttöön opetuksessa ja tieteellisessä tutkimuksessa, mutta tämä lupa ei ulotu julkaisemiseen lehdessä. Teosten käyttö on voitu myös erityisesti kieltää ja tästä on merkintä verkkosivuilla.

Jos etsit verkkosivulta esimerkiksi kuva-aineistoa artikkeliin, tarkista, mitä sivulla sanotaan tekijänoikeuksista. Esimerkiksi tieteellisten yhdistysten verkkosivulla aineistoa, joka on vapaasti käytettävissä opetustarkoituksiin, mutta tällaisen aineiston julkaisemiseen lehdessä on pyydettävä erillinen lupa. Verkkosivulta kaapattu kuva ei riitä laadultaan painotyöhön, vaan kuvasta täytyy saada alkuperäinen tiedosto (high resolution).

Lisätietoja tekijänoikeuksista:

<http://www.kopiosto.fi>
<http://www.kopiraitti.fi>
<http://www.kuvastory.fi>

3. Sidonnaisuuksien ilmoittaminen

Suomen Lääkärilehti noudattaa kansainvälistä lääketieteen lehtien käytäntöä sidonnaisuuksien ilmoittamisesta. Tarkoituksena on kertoa lukijoille ja artikkelin arvioijille kytkökset, jotka ovat voineet vaikuttaa kirjoituksen sisältöön. Sidonnaisuudet eivät kuitenkaan vaikuta julkaisupäätökseen, vaan se tehdään sisällöllisin ja toimituksellisin perustein. Sidonnaisuudet ilmoitetaan kolmelta vuodelta ennen artikkelin lähettämistä. Ilmoitetut sidonnaisuudet julkaistaan artikkelin lopussa.

Sidonnaisuuksien ilmoittamiseen käytetään ICMJE:n (International Committee of Medical Journal Editors) lomaketta, jossa selvitetään tutkimusta varten saatu rahoitus ja kirjoittajan tai hänen laitoksensa saamat muut tulot, joilla on merkitystä kyseisen artikkelin kannalta. Sidonnaisuuslomake löytyy osoitteesta <http://www.laakarilehti.fi/kirjoittaja/lomake3.html>.

Jos on epävarma jonkin yhteyden ilmoittamisesta, on parempi ilmoittaa se varmuuden vuoksi kuin jättää mainitsematta jotain, mikä saattaisi kiinnostaa lukijaa. Julkisia rahoitusläheteitä ei tarvitse raportoida.

Lähetettävään kirjoitukseen liittyvät muut kuin taloudelliset sidonnaisuudet, jotka on tärkeää saattaa lukijan tietoon, tulee myös ilmoittaa.

Esimerkiksi sitä, että kirjoittaja on osallistunut koulutustilaisuuden yhteydessä lääkeyrityksen tarjoamalle aterialle tai luennoinut julkisen yhteisön tai yhdistyksen järjestämässä tilaisuudessa, jota lääkeyritys on tukenut taloudellisesti, ei tarvitse ilmoittaa. Myöskään tutkimusapurahaa rahastosta, jonka pääomaa lääkeyritys on kartuttanut, ei katsota sidonnaisuudeksi.

4. Käsikirjoituksen lähettäminen

Julkaistavaksi tarjottava artikkeli liiteaineistoinen lähetetään toimitukseen sähköisesti osoitteesta <http://www.laakarilehti.fi/kasikirjoitukset>. Sivulta löytyvät myös linkit ICMJE:n sidonnaisuusilmoituslomakkeeseen ja julkaisusopimukseen.

5. Eri kirjoitustyyppien rakenne

Käsikirjoituksen alkuun laaditaan otsikkosivu, jossa on otsikon lisäksi kirjoittajan nimi siinä muodossa, jota hän haluaa käytettävän, korkein akateeminen oppiarvo, virka-asema sekä laitos ja osasto, jossa kirjoittaja työskentelee. Nämä

tiedot ilmoitetaan kaikista kirjoittajista, siinä järjestyksessä kuin heidät on tarkoitus luetella. Lisäksi otsikkoarkille merkitään yhteyshenkilön nimi, osoite, puhelinnumero ja sähköpostiosoitte. Sivun alareunaan kirjataan artikkelin merkimmää, joka sisältää välilyönnit.

Alkuperäistutkimukset

- Tiivistelmä (enimmäispituus 2 300 merkkiä): välitsikot Lähtökohdat, Menetelmät, Tulokset, Päätelmät
- Ydinviesti: Tästä asiasta tiedettiin ja Tämä tutkimus opetti, molempiin enintään kolme pääasialla ranskalaisin viivoin
- Enimmäispituus 22 000 merkkiä välilyönnit mukaan lukien. Osiot: Johdanto, Aineisto ja menetelmät (sisältää kappaleen Tilastomenetelmät), Tulokset, Pohdinta
- Kirjallisuusviitteet (eivät sisälly enimmäismerkkimäärään)
- Englanninkielinen tiivistelmä (enimmäispituus 3 500 merkkiä): välitsikot Background, Methods, Results ja Conclusions (ei sisälly enimmäismerkkimäärään)
- Kuviot, kuvat ja taulukot (eivät sisälly enimmäismerkkimäärään)

Tiivistelmä

Käsikirjoituksen toiselle sivulle laaditaan tiivistelmä, jossa käytetään seuraavia välitsikoita: Lähtökohdat, Menetelmät, Tulokset ja Päätelmät. Tiivistelmän enimmäispituus on 2 300 merkkiä sisältäen välilyönnit. Lähtökohdissa kerrotaan mitä tutkittiin ja mikä oli tutkimuksen tavoite. Menetelmissä kuvataan miten asiaa selvitettiin ja määritellään tutkimusasetelma (prospektiivinen/retrospektiivinen, diagnostiikkaa koskeva/hoitotutkimus/preventiivitutkimus, kohortti/satunnaistettu/tapaus-verrokkitutkimus). Hoitotutkimuksesta kerrotaan osallistujien lukumäärä, sukupuoli ja hoito. Osallistujien valintakriteerit ja valikoituminen kuvataan myös. Keskeiset päätetapahtumat mainitaan. Tuloksissa kuvataan lyhyesti mitä tutkimuksessa löytyi. Päätulokset esitetään 95 %:n luottamusvälein sekä soveltuviin tilanteisiin tilastollinen merkitsevyys ja NNT. Päätelmiin kirjoitetaan keskeinen tuloksiin pohjautuva päätelmä ja sen merkitys.

Ydinviesti

Kolmannelle sivulle laaditaan yhteenvedo, joka sisältää kirjoituksen ydinviestin. Otsikot ovat Tästä asiasta tiedettiin ja Tämä tutkimus opetti,

Esimerkki tiivistelmästä

Lähtökohdat

Tässä tutkimuksessa on selvitetty varfariinihoidon toteutumista Oulun kaupungissa.

Menetelmät

Tutkimus on retrospektiivinen rekisteritutkimus, jossa lähdeaineistona käytettiin potilastietojärjestelmästä poimittuja tietoja perusterveydenhuollon tilaamista P-TT-INR-tutkimuksista ajanjaksolla 1.7.2010–30.6.2011. Analysoitavassa potilasjoukossa oli 2 940 potilasta. Varfariinihoidon piirissä olevien potilaiden INR-kokeiden määriä ja tulosten pysymistä hoitotasolla on tarkasteltu ikäryhmittäin sekä yksilötasolla. Potilaille laskettiin TTR-arvot (time in therapeutic range) Rosen-daalien menetelmällä.

Tulokset

Varfariinihoidossa olevilta potilailta otettiin keskimäärin 15,9 INR-koetta vuodessa. Koetuloksista 63,8 % oli hoitotasolla ja 77,6 % laajennetulla hoitotasolla. Suurin osa hoitoalueen ulkopuolella olleista INR-arvoista oli sen alapuolella (INR alle 2,0). Varfariinihoito oli hyvällä tasolla (TTR > 70 %) 54,7 %:lla potilaista. Koko aineiston TTR oli 66,4 % (95 %:n luottamusväli 66,3–66,5 %) mikä on hieman parempi kuin

joiden kummankin alle sijoitetaan enintään kolme virkettä ranskalaisin viivoin.

Johdanto

Tutkimusseloste aloitetaan otsikoimattomalla johdannolla aiheeseen. Johdantokappaleen tulee olla lyhyt ja siinä tulee selvästi mainita tutkimuksen tavoitteet. Kirjallisuuden referointi on johdannossa tarpeen siinä määrin kuin se johdattaa lukijan aiheeseen ja antaa taustan sille, miksi tutkimus on tehty.

Aineisto ja menetelmät

Aineisto ja menetelmät osassa kuvataan, miten tutkimuksen tavoitteessa asetettuihin kysymyksiin on etsitty vastaus. Menetelmät on pyrittävä selvittämään lyhyesti, kuitenkin niin, että muut voivat selvityksen perusteella tarvittaessa toistaa tutkimuksen. Tutkimuksessa käytetty kyselylomake on liitettävä käsikirjoitukseen, jotta se voidaan julkaista lehden sähköisessä versiossa.

Tilastomenetelmät

Tutkimusasetelman kuvaamisessa on usein syytä käyttää vuokaaviota. Käytetyt tilastomenetelmät on hyvä ilmoittaa niin tarkasti, että lukija voi tarvittaessa tarkistaa analyysit. Tämä edellyttää aineiston raportoimista sellaisilla tunnusluvuilla, joilla analyysit voi toistaa. Tuloksista annetaan tunnusluvut (esim. luottamusvälit), jotka kuvaavat, kuinka tarkka arvio esimerkiksi intervention tehosta on saatu ja kuinka suuri teho on, pelkkien hypoteesien testauksen (p-arvot) sijasta. Tilastolliset termit, lyhenteet ja symbolit määritellään. Jos tutkimuksessa on käytetty vähänkin epätavallisia menetelmiä, niistä on annettava tarkat kirjallisuusviitteet. Myös analyysiohjelmat, joilla tulokset saatiin, raportoidaan.

Tulokset

Tulokset tulee ilmoittaa loogisessa järjestyksessä niin, että ne vastaavat tutkimuksen tavoitteisiin. Tärkeimmät tulokset kirjoitetaan ensin. Taulukoita ja kuvioita käytetään keskeisten tulosten esittämiseen ja tilastollisen validiteetin osoittamiseen. Taulukkoon on yleensä hyvä sisällyttää otoskoko (n) ja esittää numerotiedot joko absoluuttisina tai suhteellisina (%). Taulukoita ja kuvioita tehdään siis vain niistä tuloksista, jotka selventävät tutkimuksen päätavoit-

teita, eikä niiden tietoja toisteta tekstissä eikä toisissaan. Kun numeerisia tuloksia esitetään johdoksina, kuten prosentteina, on esitettävä myös absoluuttiset luvut, joista johdokset on laskettu.

Pohdinta

Pohdintaosiossa kootaan yhteen päätulokset, käsitellään omaan tutkimukseen liittyviä ongelmia ja arvioidaan kriittisesti tutkimusmenetelmiä. Oman tutkimuksen heikkouksia ja vahvuuksia arvioidaan suhteessa muiden tutkimuksiin ja verrataan saatuja tuloksia kirjallisuudessa aiemmin esitettyihin tuloksiin. Pohdinnassa tulee myös esittää, mikä on tutkimuksen merkitys klinikoille tai terveydenhuollon päättäjille. Pohdinnassa ja päätelmissä on keskityttävä vain asioihin, joihin tulokset antavat aihetta. Lopuksi voidaan esittää, mitä aiheesta tulisi vielä tutkia.

Kiitokset

Artikkelin loppuun voidaan liittää kiitokset niille henkilöille, jotka ovat osallistuneet alkuperäisjulkaisussa raportoidun tutkimuksen tekemiseen, mutta joiden panos ei ole riittävä kirjoittajaksi.

Englanninkielinen tiivistelmä

Alkuperäisartikkelista laaditaan englanninkielinen tiivistelmä (ks. s. 13).

Katsaukset

- Tiivistelmä (enintään 800 merkkiä): 4–6 lausetta ranskalaisin viivoin
- Enimmäispituus 22 000 merkkiä välilyönnit mukaan lukien. Osiot: johdanto, väliotsikoidut kappaleet, lopussa yhteenveto
- Kirjallisuusviitteet (eivät sisälly enimmäismerkkimäärään)
- Englanninkielinen tiivistelmä (enimmäispituus 3 500 merkkiä): tiivistelmän tiedot ja aiheen laajempi viitekehys (eivät sisälly enimmäismerkkimäärään)
- Kuviot, kuvat ja taulukot (eivät sisälly enimmäismerkkimäärään)

Katsaus-otsikon alla julkaistaan sekä perinteisiä laajempia katsauksia, joissa referoidaan kattavasti aiheesta julkaistu kirjallisuus, että lyhyempiä käytännönläheisiä kirjoituksia.

Katsausartikkelin tiivistelmä muodostuu käsikirjoituksen toiselle sivulle kootuista 4–6 lau-

monissa kansainvälisissä tutkimuksissa. Parhaiten hoitotasolla oli 70–80-vuotiaiden koetulokset.

Päätelmät

Varfariinihoito on Oulussa hyvällä kansallisesella ja kansainvälisellä tasolla. Hoidon taso kuitenkin vaihtelee potilaiden kesken erittäin paljon: suuri osa potilaista on hoitoalueella suurimman osan aikaa (TTR > 70 %), mutta osa potilaista ei hyödy hoidosta ollenkaan. Potilaiden antikoagulaatiohoitoa tulisi tarkastella kokonaisuutena eikä pelkästään seurata edellistä mittaustulosta. Antikoagulaatiohoitoa tulisi suunnitella nykyistä yksilöllisemmin.

seesta (ranskalaisin viivoin), joissa kuvataan keskeiset asiat esimerkiksi diagnostiikasta, sairauden epidemiologiasta, riskitekijöistä tai uudesta hoitokäytännöstä. Tiivistelmän enimmäispituus 800 merkkiä välilyönnein.

Katsausartikkeleista kirjoitetaan englanninkielinen tiivistelmä (ks. s. 13).

Terveystieteenhuoltoartikkelit

- Enimmäispituus on 16 000 merkkiä välilyönnit mukaan lukien.
- Noudattaa joko alkuperäistutkimuksen tai katsauksen rakennetta
- Kirjallisuusviitteet (eivät sisälly enimmäismerkkimäärään)
- Englanninkielinen tiivistelmä (enimmäispituus 3 500 merkkiä): väliotsikot Background, Methods, Results ja Conclusions (ei sisälly enimmäismerkkimäärään)
- Kuvot, kuvat ja taulukot (eivät sisälly enimmäismerkkimäärään)

Terveystieteenhuoltoa koskeviksi alkuperäistutkimuksiksi katsotaan tutkimukset, joissa ei ole kyse varsinaisesta lääketieteestä vaan terveyspalvelujen järjestämisestä tai laadusta, lääkärikoulutuksesta, lääkäriarvosta, terveydenhuollon kustannuksista, mielipidemittauksista jne. Niitä koskevat samat ohjeet kuin lääketieteellisiä alkuperäistutkimuksia (mm. englanninkielinen tiivistelmä), mutta enimmäismerkkimäärä on 16 000 välilyönnein. Suppeista terveydenhuollon selvityksistä voi tehdä myös raportin Työssä-osiin (ks. s. 8). Toimitus myös auttaa tekstin muokkaamisessa tähän muotoon.

Terveystieteenhuoltoa koskevissa selvityksissä valtaosaa lukijoista kiinnostavat enemmän tulokset ja niistä tehty päätelmät kuin tutkimusasetelman yksityiskohtainen raportointi. Alun tiivistelmään kootaan keskeiset tulokset ja päätelmät 4–6 lauseeseen. Tutkimusasetelma voidaan esittää lyhyemmin ja vapaamuotoisemmin kuin perinteisessä alkuperäistutkimuksessa, samoin tulokset ja päätelmät aihetta kuvaavien väliotsikoin jäsenneltynä. Terveystieteenhuollon katsausartikkeliin pätevät lääketieteellisiä katsausartikkeleita koskevat ohjeet (mm. englanninkielinen tiivistelmä), mutta enimmäismerkkimäärä on 16 000 välilyönnein.

Käyttä pidempää -katsaukset

- Enimmäispituus 8 000–10 000 merkkiä välilyönnit mukaan lukien.
- Kirjallisuusviitteitä enintään 10
- Noudattaa katsauksen rakennetta

Tämä palsta on lääketieteellisen katsauksen käytännönläheinen muoto, jonka tavoitteena on antaa lukijoille helposti omaksuttavia toimintaohjeita ja työkaluja jokapäiväiseen potilastyöhön. Yleensä kirjoitus käsittelee jonkin sairauden diagnostiikkaa ja hoitoa tiiviissä muodossa. On eduksi, jos kirjoittajaryhmässä on myös yleislääkäri, koska teksti suunnataan muille kuin erikoisalalan asiantuntijoille.

Tiedon tulisi olla näyttöön pohjautuvaa, mutta kirjoitus saa sisältää myös vankkaan kliiniseen kokemukseen perustuvia, yleisesti hyväksyttyjä toimintasuosituksia. Tärkeimpien väitteiden perusteluna on useimmiten syytä viitata meta-analyyysiin tai hoitosuosituksiin. Tarkoitus ei ole yrittää kattaa kaikkea aiheeseen liittyvää, vaan keskittyä käytännön lääkärille tärkeään tietoon. Kirjoituksessa voi olla kuvia ja taulukkoja, joihin tiivistetään keskeisiä asioita. Tekstin maksimipituus on lehdessä kaksi, korkeintaan kolme sivua (8 000–10 000 merkkiä välilyönnein); tässä eivät ole mukana taulukot. Kirjallisuusviitteitä voi olla noin kymmenen.

Käyttä pidempää -katsauksista kirjoitetaan englanninkielinen tiivistelmä (ks. s. 13).

Tapausselostukset

- Enimmäispituus on 13 000 merkkiä välilyönnit mukaan lukien
- Tiivistelmä: 4–6 lausetta ranskalaisin viivoin
- Johdanto, väliotsikoidut kappaleet, esimerkiksi Anamneesi, Kliininen tutkimus, Laboratorio- ja kuvantamistutkimukset, Hoito, Hoidon tulos
- Kirjallisuusviitteet (eivät sisälly enimmäismerkkimäärään)
- Englanninkielinen tiivistelmä (enimmäispituus 3 500 merkkiä, eivät sisälly enimmäismerkkimäärään)
- Kuvot, kuvat ja taulukot (eivät sisälly enimmäismerkkimäärään)

Johdannossa kuvataan esiteltävä tapaus yhdellä lauseella ja mainitaan ongelman yleisyys. Varsinaisessa raportissa kootaan yhteen kertynyt tieto: esitellään potilaan anamneesi, tehty tutkimukset ja tapauksen kannalta oleelliset kon-

Tästä asiasta tiedettiin

- Psykiatrinen sairaalahoito on vähentynyt ja tilalle on syntynyt pääosin yksityisten tuottamia asumispalveluja.
- Vertailukelpoista tietoa mielenterveys- ja päihdepalveluista on vaikea saada.
- Monimuotoiset avohoitopalvelut ovat yhteydessä itsemurhien vähenemiseen.

Tämä tutkimus opetti

- Valtaosa HUS-alueen mielenterveys- ja päihdepalveluresursseista on sidottu sairaalahoitoon ja asumispalveluihin.
- Akuutteja päiväosastoja tai liikkuvia päivystyspalveluja ei juuri ole.
- Mielenterveys- ja päihdepalvelujen yhdistäminen on harvinaista.

sultaatiot. Kerrotaan positiiviset ja negatiiviset löydökset ja kuvataan hoito ja lopputulos. Selostuksen voi jakaa seuraaviin kappaleisiin: Anamneesi, Kliininen tutkimus, Laboratorio- ja kuvantamistutkimukset, Hoito ja Hoidon tulos.

Pohdintaosan alussa voi perustella, miksi tapausselostus on kirjoitettu. Pohdinnassa esitetään myös keskeinen aiheesta aiemmin julkaistu tieto. Sairauden ja valittujen toimenpiteiden syitä on hyvä selvittää ja pohtia, miten nämä vaikuttavat lopputulokseen: Miten tilanne poikkesi tavanomaisesta? Mitä tapauksesta voi oppia? Tässä osassa tulee näkyä, minkä viestin haluaa välittää lukijalle. Kuvat rikastuttavat usein tapausselostuksia. Potilasta esittävä valokuva on kuitenkin rajattava tai peitettävä siten, ettei hänestä voi tunnistaa, tai sitten häneltä on hankittava kirjallinen lupa kuvan julkaisemiseen. Potilaan lupa tarvitaan myös, jos hänet voidaan tunnistaa tekstin perusteella.

Tapausselostuksen suosituspituus on enintään 13 000 merkkiä välilyönnein.

Työssä-osion raportit

- Enimmäispituus on 7 500 merkkiä välilyönnit mukaan lukien
- Ei tarvitse noudattaa alkuperäistutkimuksen rakennetta
- Vähintään yksi kuvio, kuva tai taulukko (sisältyy enimmäismerkkimäärään)

Työssä-osiossa julkaistaan lyhyitä, korkeintaan aukeaman mittaisia kirjoituksia selvityksistä ja tutkimusraporteista, jotka eivät täyty esimerkiksi aineiston koon tai laadun vuoksi tutkimusartikkelin kriteereitä mutta joiden havainnot ovat kiinnostavia tai hyödyllisiä lukijakuntaa ajatellen. Tällaisia ovat tyypillisesti suppeat paikalliset selvitykset terveydenhuollon käytännöistä, sillä niistä voi saada mallia muihinkin yksiköihin.

Kun kyse on tutkimusraportista tai selvityksestä, aineistoa ja menetelmiä koskeva osuus on syytä tiivistää minimiin ja esittää tulokset yksinkertaisesti, liikoa yksityiskohtia välttäen. Tärkeintä tällaisessa raportissa on pohdinta tulosten käytännön merkityksestä.

Tekstin pituus on enimmillään noin 7 500 merkkiä (välilyönnein). Kuvioita, kuvia tai taulukoita on hyvä olla ainakin yksi. Sähköiseen

versioon voi liittää liiteaineistona lisätaulukoita, kuvioita jne.

Pääkirjoitukset

- Suosituspituus on 3 600 merkkiä välilyönnit mukaan lukien
- Kirjallisuusviitteitä korkeintaan 8 (eivät sisälly enimmäismerkkimäärään)

Suomen Lääkärilehti julkaisee sekä tarjottuja että pyydettyjä pääkirjoituksia, jotka ovat joko yhteydessä lehden muuhun sisältöön tai käsittelevät itsenäisiä teemoja. Pääkirjoituksessa kirjoittaja esittää näkemyksensä jostakin ajankohtaisesta aiheesta, jolla on yleistä mielenkiintoa.

Tieteellisessä pääkirjoituksessa aihetta taustoitetaan jo julkaistulla tiedolla (ajankohtaisia keskeisiä viitteitä korkeintaan 8) ja pohditaan uusien havaintojen merkitystä suhteessa aiempaan tietoon. Siinä hahmotetaan teeman ydinongelmia ja kehityssuuntia, ja niihin esitetään perusteltu kannanotto. Tärkeää on, että käsiteltävä asia esitetään muiden kuin alan asiantuntijoiden ymmärrettäväksi tarkoitettussa laajuudessa.

Pääkirjoitus julkaistaan tekijänsä nimellä. Silmä osoitetaan sitä, että kirjoitus on ensisijaisesti kirjoittajan näkemys, joka on arvioitu laadultaan Suomen Lääkärilehden pääkirjoituksen arvoiseksi. Huolimatta siitä, että pääkirjoitus on laadittu päätoimittajan pyynnöstä, päätoimittaja voi edellyttää kirjoituksen korjaailua ja mahdollisesti myös hylätä kirjoituksen.

Pääkirjoituksen suosituspituus on 3 600 merkkiä välilyönneineen eli yksi painosivu; viitteet eivät sisälly tähän. Perustelluista syistä kirjoitus voi olla myös pitempi, erityisesti jos aihe on syytä valottaa kuvalla tai taulukolla.

Läketieteellinen pääkirjoitus lähetetään lääketieteelliselle päätoimittajalle (paivi.hietanen@laakarilehti.fi) ja muu pääkirjoitus vastaavalle päätoimittajalle (hannu.ollikainen@laakarilehti.fi).

Keskustelua-palsta

- Enimmäispituus on 2 500 merkkiä välilyönnit mukaan lukien
- Kirjallisuusviitteitä korkeintaan 8 (eivät sisälly enimmäismerkkimäärään)

Keskustelua-palstalla julkaistaan tiiviitä kannanottoja ja kommentteja ajankohtaisiin artikkeleihin tai ilmiöihin. Palstalla on tarkoitus kommentoida ensisijaisesti Lääkärilehdessä julkaistuja artikkeleita tai lääkärikuntaa muuten koskettavia ajankohtaisia asioita.

Palstalle tarjottavassa kirjoituksessa on syytä keskittyä olennaisimpaan asiaan ja jättää taustoittaminen 1–2 lauseeseen. Asian ydin on hyvä tuoda esiin heti otsikossa. Asiaa on hyvä perustella viitteillä, joita kuitenkin julkaistaan enintään 8.

Palstalla julkaistavien kirjoitusten enimmäispituus on 2 500 merkkiä. Toimitus lyhentää ja otsikoi tekstejä tarvittaessa. Kirjoitukset lähetetään sähköpostitse osoitteeseen laakarilehti@fimnet.fi

Näkökulma-palsta

- Enimmäispituus 5 000 merkkiä välilyönnit mukaan lukien
- Kirjallisuusviitteet (eivät sisälly enimmäismerkkin määrään)

Näkökulma-palstalla julkaistaan kannanottoja tieteellisiin tai lääkärikuntaa muuten kiinnostaviin ajankohtaisiin aiheisiin. Toisin kuin Keskustelua-palstalla, aihetta voi myös taustoittaa kohtuullisesti ja perustella useammilla viitteillä. Palstan artikkelien enimmäispituus on noin 5 000 merkkiä välilyönnein (yksi aukeama). Toimitus lyhentää ja otsikoi tekstejä tarvittaessa. Kirjoitukset lähetetään sähköpostitse osoitteeseen laakarilehti@fimnet.fi

6. Yleisiä ohjeita

Suomen Lääkärilehdessä julkaistavien kirjoitusten toimituskäsittelyyn sisältyy tekstin ja kieliasun tarkistus, mutta kirjoittajan on alun perin pyrittävä viimeistelemään kirjoitus mahdollisimman hyvin. On tärkeää pohtia, miten harkittelisi lukijan tutustumaan kirjoitukseen. Mielenkiintoinen otsikko on tässä tärkeimpiä keinoja. Asiaa käsitellään loogisista kokonaisuuksista muodostuneissa jaksoissa. Rakennetta rytmitetään väliotsikoin. Kirjoituksen loppuun on hyvä laatia yhteenveto.

Asiat on syytä esittää tiiviisti, lyhyissä kappaleissa. Kirjoittajan on hyvä miettiä, mitkä asiat olisi mahdollista ilmaista taulukossa, jolloin tekstiosuutta voi vastaavasti vähentää. Tarvit-

taessa toimitus voi vielä tiivistää tekstejä.

Vierasperiäisiä sanoja on vältettävä, jos on olemassa hyvä suomenkielinen vastine. Lyhenteiden käyttö ei ole suositeltavaa, eikä varsinkaan tilapäisiä lyhenteitä pidä käyttää edes taulukoissa. Vain tavallisten mittayksiköiden lyhenteitä ja muita aivan tavallisimpia lyhenteitä (esim. EEG, EKG, DNA) voi käyttää selittämättä, muuten nimitys kirjoitetaan ensi kerran kokonaan ja perään merkitään sulkeisiin lyhenne, jota tekstissä myöhemmin käytetään, esim. gonadoliberiini (GnRH), multippeleskleroosi (MS). Mittayksiköinä käytetään SI-järjestelmän yksiköitä, ellei jokin muu käytäntö ole vakiintunut.

Kirjoituksessa mainituista laitteista merkitään sulkeisiin myös laitteen merkki ja valmistaja. Lääkkeistä käytetään ensisijaisesti vaikuttavan aineen geneeristä nimeä, vain poikkeustapauksissa lääkevalmisteen kauppanimeä.

Tekstiä elävöittävät kuvat ja taulukot ovat erityisen toivottavia, ja verkossa voidaan julkaista artikkeleita rikastavaa videoaineistoa.

Tekstitiedostoissa ei pidä käyttää tekstinkäsittelyohjelman tavutusta tai viittausjärjestelmää. Kappaleet erotetaan toisistaan kahdella rivinvaihdolla, samoin otsikot tekstistä.

Artikkelin sähköiseen versioon voidaan liittää oheisaineistoa, jota ei julkaista paperiversiossa (ks. s. 11).

7. Taulukot

Taulukko pitää voida ymmärtää ilman, että lukee artikkelia samaan aikaan. Taulukossa ei toisteta tekstissä sanottua.

Taulukot lähetetään kukin erillisessä tiedostossa (Excel tai Word) numeroituina. Tekstissä viittaus taulukkoon merkitään sulkeisiin (taulukko 1). Taulukon otsikkoteksti, sarakeotsikko-osa ja taulukkoriviosa erotetaan toisistaan vaakalinjoin; pystylinjoja ei taulukoissa käytetä lainkaan. Alaviitteet merkitään numeroin yläindeksin tapaan.

Isokokoiset taulukot voidaan paperilehden sijaan julkaista pelkästään sähköisessä muodossa Lääkärilehden verkkosivulla julkaistavan pdf-version yhteydessä. Sähköisessä muodossa julkaistaviin taulukoihin viitataan liitetäulukkoina (liitetäulukko 1) ja ne numeroidaan erillään paperilehdessä julkaistavista taulukoista.

Taulukot viimeistellään lopulliseen muotoonsa toimituksessa.

TAULUKKO 1.

”Oletko koskaan ollut töissä sillä tavoin sairaana, että olisit kirjoittanut sairaslomaa samoja oireita potevalle potilaalle?”

Kyllä-vastaukset TAYS:n vastuualueella vuonna 2004, sukupuolen, ikäryhmän ja työpaikan mukaan sekä eron tilastollinen merkitsevyys.

Lääkärit	Ollut koskaan sairaana työssä		p
	n	%	
Kaikki n = 1 240	1 106	89	0,006
miehet, n = 570	493	87	
naiset, n = 663	606	91	
Ikäryhmä, v			0,001
≤ 29, n = 58	47	81	
30–39, n = 335	308	92	
40–49, n = 405	371	92	
50–59, n = 358	313	87	
≥ 60, n = 75	58	77	
Työpaikka			< 0,0013
sairaala, n = 778	667	86	
terveyskeskus, n = 462	439	95	

8. Kuviot ja kuvat

Jos kuva tai kuvio on lainattu muusta julkaisusta, kirjoittajan on hankittava sille kirjallinen julkaisulupa, joka kattaa sekä Suomen Lääkärilehden paperiversion että muut versiot, ja lähetettävä se artikkelin mukana päätoimittajalle. Potilasta esittävä valokuva on rajattava tai peitettävä siten, ettei häntä voi tunnistaa, tai sitten häneltä on hankittava kirjallinen lupa kuvan julkaisemiseen.

Viittaukset kuvioihin ja kuviin merkitään sulkeisiin: (kuvio 1) tai (kuva 1). Kuvioksi merkitään graafiset kuviot, esimerkiksi tilastografiikka. Kuvia ovat valokuvat, kuvantamiskuvat (esim. röntgenkuvat) ja piirroksot.

Kuviot ja piirroksot laaditaan lopulliseen muotoon toimituksessa. Graafisista kuvioista on artikkelin mukana lähetettävä kuviotiedostot (tiedostomuoto esim. Word, Excel tai PowerPoint) ja myös muuttujien numeeriset arvot. Numeroidut kuvatekstit kirjoitetaan erilliselle sivulle käsikirjoituksen loppuun. Kuvioiden tekstien on oltava suomenkielisiä (samalla kielellä kuin kirjoituskin).

Valokuvat, samoin kuin muu kuvamateriaali, lähetetään mieluiten digitaalisessa muodossa. Kirjoittajan on hyvä antaa ohjeet kuvan rajauksesta niin, että olennainen osa tulee hallitsevasti esiin. Kuvaan lisättyjen korostusmerkkien, kuten nuolten, on erotuttava selvästi.

Digitaaliset kuvat tulee toimittaa aina erillisinä alkuperäisinä kuvatiedostoina, tallennettuina JPG- tai TIFF-muotoon. Tekstitiedostoon sijoitettu kuva ei kelpaa kirjepainoteknisistä syistä. Kuvien kokoa tai resoluutiota ei saa pienentää.

Kirjepainotekniset suositukset kuvalle ovat seuraavat: kuva on lopullisessa koossa (yhden palstan kuvan leveys 63 mm, kahden palstan kuvan 130 mm), CMYK-muodossa, resoluutio 300 pikseliä/tuuma.

Lisätietoja kuvien digitaalisesta toimittamisesta ja kuvien toimitus sähköpostitse: kuvat.laakarilehti@sun.fimnet.fi, puh. (09) 393 0749.

9. Sähköinen liiteaineisto

Lääkärilehden verkkosivuilla julkaistaviin artikkelin sähköiseen versioon voidaan liittää oheisaineistoa, jota ei julkaista paperiversiossa. Oheisaineistoa voivat olla suurikokoiset taulukot, kuviot, kyselylomakkeet tai videot.

Sähköisen liiteaineiston laatimista ja lähettämistä toimitukseen koskevat samat periaatteet kuin paperilehdessä julkaistavaa aineistoa. Toimitus voi myös harkintansa mukaan päättää jonkin artikkelin osion julkaisemisesta pelkästään sähköisessä muodossa.

10. Kirjallisuusviitteet

Kirjallisuusviitteet merkitään tekstiin sulkeissa olevin numeroin esiintymisjärjestyksessä (1,2) ja luetteloidaan numerojärjestyksessä tekstin

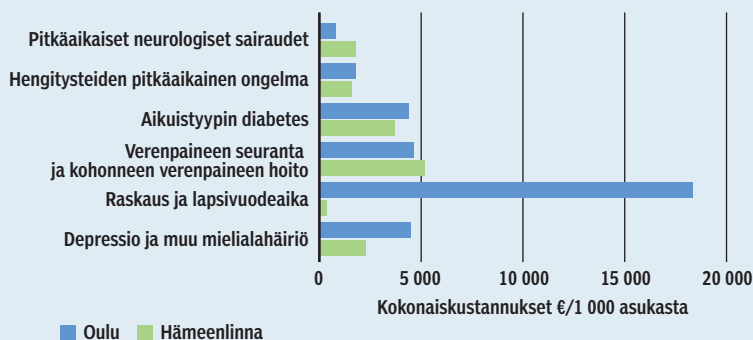
KUVIO 1.

Lapsen hyvin lievän tai lievän aivovamman hoitokaavio.



KUVIO 2.

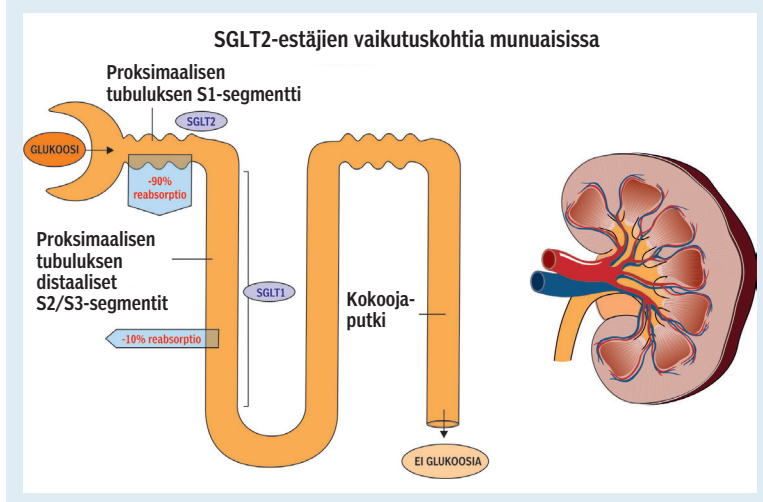
Raskauden hoidon ja eräiden kroonisten sairauksien episodien kokonaiskustannukset 1 000 asukasta kohti Oulussa ja Hämeenlinnassa.



¹ Neuvolat eivät kuulu Hämeenlinnassa avopalveluiden kustannuspaikkaan.

KUVIO 3.

Glukoosin takaisinimeytyminen.

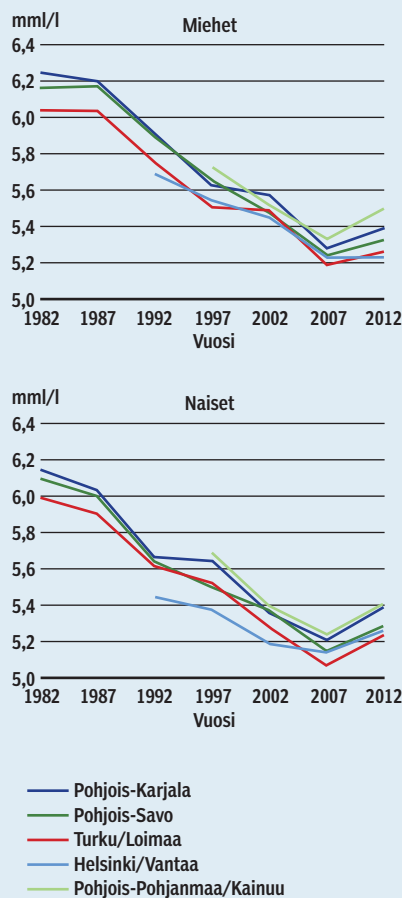


loppuun. Tekstinkäsittelyohjelman automaattiviittaustajärjestelmää ei pidä käyttää. Alkuperäis-tutkimuksissa ja perinteisissä katsauksissa tulisi olla korkeintaan 40 kirjallisuusviitettä ja käytännönläheisissä tiiviissä katsauksissa vain 10 viitettä.

Kirjallisuusluetteloon merkitään vain kirjallisia viitteitä; julkaisemattomat havainnot ja suulliset tiedonannot voidaan mainita tekstissä sul-

KUVIO 4.

Suomalaisten 26–64-vuotiaiden miesten ja naisten seerumin kolesterolitaso 1982–2012.



keissa (Virtanen, Matti, henkilökohtainen tiedonanto) (Koskinen, Kauko, julkaisematon havainto). Julkaistavaksi hyväksytty, mutta vielä julkaisematon kirjoitus voidaan merkitä kirjallisuusluetteloon liittämällä siihen maininta ”painossa”.

Kirjat: kirjoittajan nimi, kirjan nimi, julkaisutiedot eli painos, julkaisupaikka (julkaisijan kotipaikka), kustantaja, painovuosi ja referoitavan osan sivunumerot.

Esim. Vaughn BV, D’Cruz OF. Cardinal manifestations of sleep disorders. Kirjassa: Kryger MD, Roth T, Dement WC, toim. Principles and

KIRJALLISUUTTA

- 1 Vaughn BV, D'Cruz OF. Cardinal manifestations of sleep disorders. Kirjassa: Kryger MD, Roth T, Dement WC, toim. Principles and Practice in Sleep Medicine, 5. painos. Missouri: Elsevier 2011;647-57.
- 2 Millman RP. Working group on Sleepiness in Adolescents/Young Adults: AAP Committee on Adolescence. Excessive sleepiness in adolescents and young adults: causes, consequences and treatment strategies. Pediatrics 2005;115:1774-86.
- 3 Ohayon MM. From wakefulness to excessive sleepiness: what we know and still need to know. Sleep Med Rev 2008;12:129-41.
- 4 AASM American Academy of Sleep Medicine. The International classification of sleep disorders, 2. painos. Westchester, Illinois: American Academy of Sleep Medicine 2005.
- 5 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Unettomuus. Käypä hoito -suositus 2008. www.kaypahoito.fi
- 6 Telakivi T, Partinen M, Koskenvuo M ym. Periodic breathing and hypoxia in snorers and controls: validation of snoring history and association with blood pressure and obesity. Acta Neurol Scand 1987;76:69-75.
- 7 Polo-Kantola P, Rauhala E, Helenius H ym. Breathing during sleep in menopause: a randomized, controlled, crossover trial with estrogen therapy. Obstet Gynecol 2003;102:68-75.
- 8 Anttalainen U, Saaresranta T, Kalleinen N ym. CPAP adherence and partial upper airway obstruction during sleep. Sleep Breath 2007;11:171-6.
- 9 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Keuhkolääkäriyhdistyksen ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla). Käypä hoito -suositus 2010. www.kaypahoito.fi
- 10 Himanen S-L, Rauhala E, Saaresranta T. Kansantauti uniapnea – pitäisikö sitä seuloa? Suom Lääkäril 2012;67:2293-7.
- 11 Dauvilliers Y, Arnulf I, Mignot E. Narcolepsy with cataplexy. Lancet 2007;369:499-511.
- 12 Hublin C. Narkolepsian ja idiopaattisen hypersomniaan diagnostiikka ja lääkahoito. Duodecim 2008;124:759-67.

Practice in Sleep Medicine, 5. painos. Missouri: Elsevier 2011;647-57.

Julkaisusarjat: kirjoittajan nimi, raportin nimi, julkaisija, sarjan tiedot, julkaisu vuosi sekä referoitavan osan sivunumerot.

Esim. Jaakola S, Lyytikäinen O, Rimhanen-Finne R ym, toim. Tartuntataudit Suomessa 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 36/2012.

Läketieteelliset aikakauslehdet: Kirjoittajan nimi/nimet, artikkelin nimi, lehden nimi, vuosiluku, volyymi, sivunumerot. Sivunumeroista merkitään ensimmäinen ja viimeisestä se osa, joka eroaa alkusivun numerosta, esimerkiksi 1234–56. Jos tekijöitä on enemmän kuin kuusi, merkitään kolme ensimmäistä ja niiden jälkeen ym. Lehden nimestä käytetään esim. Medline-tietokannasta löytyviä lyhenteitä ilman pisteitä.

Esim. (kotimainen aikakauslehti): Nohynek H, Jokinen J, Partinen M ym. Pandemiarokotteen yhteys lasten narkolepsian esiintyvyyden äkilliseen lisääntymiseen Suomessa. Suom Lääkäril 2012;67:1035–44.

Esim. (ulkomainen aikakauslehti): Sandini U, Kukkonen AK, Poussa T, Sandini L, Savilahi E, Kuitunen M. Protective and risk factor for allergic diseases in high-risk children at the ages of two and five years. Int Arch Allergy Immunol 2011;156:339–48.

Esim. (supplementti): Pratley RE ym. Efficacy and safety of once-weekly (OW) albiglutide vs. once-daily (OD) liraglutide in Type 2 diabetes (T2D) inadequately controlled on oral agents: Harmony 7 trial. Diabetes 2012;61(suppl 1):A20–41.

Esim. (Cochrane-katsaus): Karner C, Chong J, Poole P. Tiotropium versus placebo for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev 2012;7:CD009285.

Internet-aineisto: Tekijä tai yhteisö, aineiston otsikko, siteeraus tai päivityspäivämäärä, verkko-osoite.

Esim. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Diabetesliiton lääkarineuvoston, Suomen Endokrinologiyhdistyksen ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Diabetes. Käypä hoito -suositus 30.11.2011. www.kaypahoito.fi

Esim. Kela. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutetut ja kustannukset korvauksia saanutta kohti (päivitetty 28.1.2009). www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/070703131233MP?OpenDocument

Esim. Lääketeollisuus ry kotisivut. Astma – investointi sairauden hoitoon kannattaa (siteerattu 12.2.2009). www.laaketeollisuus.fi/page.php?page_id=99&offset=24&news_id=256

Esim. Drummond M, Weatherly H, Ferguson B. Economic evaluations of health interventions. A broader perspective should include costs and benefits for all stakeholders. BMJ 2008;337:a1204.DOI:10.1136/bmj.a1204

Lait, asetukset ja päätökset: Otsikko, (asetuksen säätänyt ministeriö, päätöksen tehnyt taho), päivämäärä, numero, verkko-osoite.

Esim. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559

Esim. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 2.12.2010/1088. www.edilex.fi/kela/fi/lainsaadanto/20101088

Esim. Valtionneuvoston päätös asbestityöstä 21.12.1994/1380, muutossäädökset 27.4.2006/318 ja 30.9.2010/863. www.edilex.fi/saadokset/lainsaadanto/19941380/

11. Englanninkielinen yhteenvedo

Alkuperäisartikkelien, katsausten ja tapauselostusten loppuun sijoitetaan 3 500 merkin mittainen (välilyönnein) englanninkielinen yhteenvedo, joka kirjoitetaan erilliselle liuskalle. Yhteenvedo otsikoidaan. Alkuperäisartikkelin yhteenvedo noudattaa suomenkielisen tiivistelmän rakennetta. Väliotsikot ovat Background, Methods, Results ja Conclusions. Katsausten yhteenvedossa tulisi esittää tiivistelmän tiedot ja aiheen laajempi viitekehys. Englanninkielisen yhteenvedon lopussa luetellaan kaikki kirjoittajat ja lisäksi ilmoitetaan yhteyshenkilön oppiarvo, asema ja työpaikkatiedot englanniksi sekä sähköpostiosoite. ■

KATJA RYYNÄNEN
M.D., Ph.D., Medical Director
Rokua Health
katja.ryynanen@rokua.com

JOHANNA KAUSTO
LEENA ALA-MURSULA
MERVI HASU
KARI-PEKKA MARTIMO
EIRA VIIKARI-JUNTURA

■ ENGLISH SUMMARY

Arrangements related to part-time sick leave in the health care sector from the line manager's viewpoint

Background

In cases of partial work-related disability, modifying the work tasks is one way to promote recovery. Line managers play a central role in managing employee sick leave, but so far little is known about their experiences in this context.

Methods

This qualitative study was carried out in order to explore the experiences of line managers in the public health care sector in managing sick leave, especially part-time sick leave. The line managers of some employees who participated in a trial to assess the effects of part-time sick leave on absence and return to work were chosen for a themed interview.

Results

The findings indicate that line managers have a very practical approach to their tasks in managing sick leave. Although in general the rules and regulations of their organization provided support in performing these tasks, occasionally they may have hampered arrangements. In some cases there was a conflict of interest between the individual with a disability and the team they were working with regarding modifications to work tasks and related communications.

Conclusions

In order to improve the way in which work tasks are modified in connection with part-time sick leave, occupational health service personnel should be better informed about the options open to line managers. In addition, new practices are needed with regard to communication between these actors. Line managers need more training in managing sick leave. Administrative data systems should also support temporary modification of tasks and work places.

Tarkistuslista

(alkuperäistutkimukset mukaan lukien terveydenhuoltotutkimukset sekä katsaukset)

1. Lähetys sisältää alkuperäisen käsikirjoituksen sekä alkuperäiset kuvat ja taulukot ☐
2. Otsikkosivu on kirjoitusohjeiden mukainen ☐
3. Toisella sivulla on korkeintaan 800 merkkiä sisältävä tiivistelmä,
alkuperäistutkimuksessa 2 300 merkkiä ☐
4. Tutkimusta varten on hankittu asianmukaiset luvat (esim. eettiseltä toimikunnalta) ☐
5. Liitteenä on jokaisen kirjoittajan allekirjoittama julkaisusopimus ☐
6. Liitteenä on jokaisen kirjoittajan allekirjoittama sidonnaisuusilmoitus ☐
7. Sähköiset liiteaineistot on merkitty vain verkossa julkaistaviksi ☐
8. Kirjallisuusviitteet on merkitty tekstiin ja kirjallisuusluetteloon
kirjoitusohjeiden mukaisesti ☐
9. Kuviin on liitetty kuvatestit, kuvat on numeroitu ja niihin on viitattu tekstissä ☐
10. Taulukoissa on selittävä tekstiosuus ja kaikki lyhenteet on selitetty ☐
11. Mukana on englanninkielinen yhteenveto (enintään 3 500 merkkiä) ja
sen kieliasu on tarkistettu (kieliasusta vastaavan nimi mainittu) ☐
12. Lainattuihin kuviin, kuvioihin ja uudelleenjulkaisuun on hankittu julkaisulupa ☐

Kirjoittaja, jonka kanssa kirjeenvaihto käydään, vastaa siitä, että tarkistuslista on käyty läpi ja käsikirjoitus noudattaa Suomen Lääkärilehden kirjoitusohjeita.

Kirjoittajan nimi ja nimenselvennys:

Sopimus

Tällä sopimuksella sovitaan, että tekijänoikeudet artikkeliini

kuuluvat Suomen Lääkärilehdelle.

Artikkeli voidaan julkaista Suomen Lääkärilehdessä ja Suomen Lääkärilehdellä on oikeus tehdä artikkeliin sen julkaisemisen edellyttämiä muutoksia. Artikkelin voidaan julkaista toisessa painotuotteessa tai sähköisessä mediassa Suomen Lääkärilehden suostumuksella. Sen sijaan Suomen Lääkärilehdellä on oikeus yksin ilman artikkelin kirjoittajan erillistä suostumusta julkaista artikkeli sähköisessä muodossa Suomen Lääkärilehden sähköisissä palveluissa, kuten verkossa julkaistavassa Potilaan Lääkärilehdessä.

Tämä sopimus on tehty _____ samanasaisena kappaleena,
yksi (1) Suomen Lääkärilehdelle [vastaava päätoimittaja]
ja yksi (1) artikkelin kullekin kirjoittajalle.

Päiväys _____

Allekirjoitukset ja nimenselvennykset:

