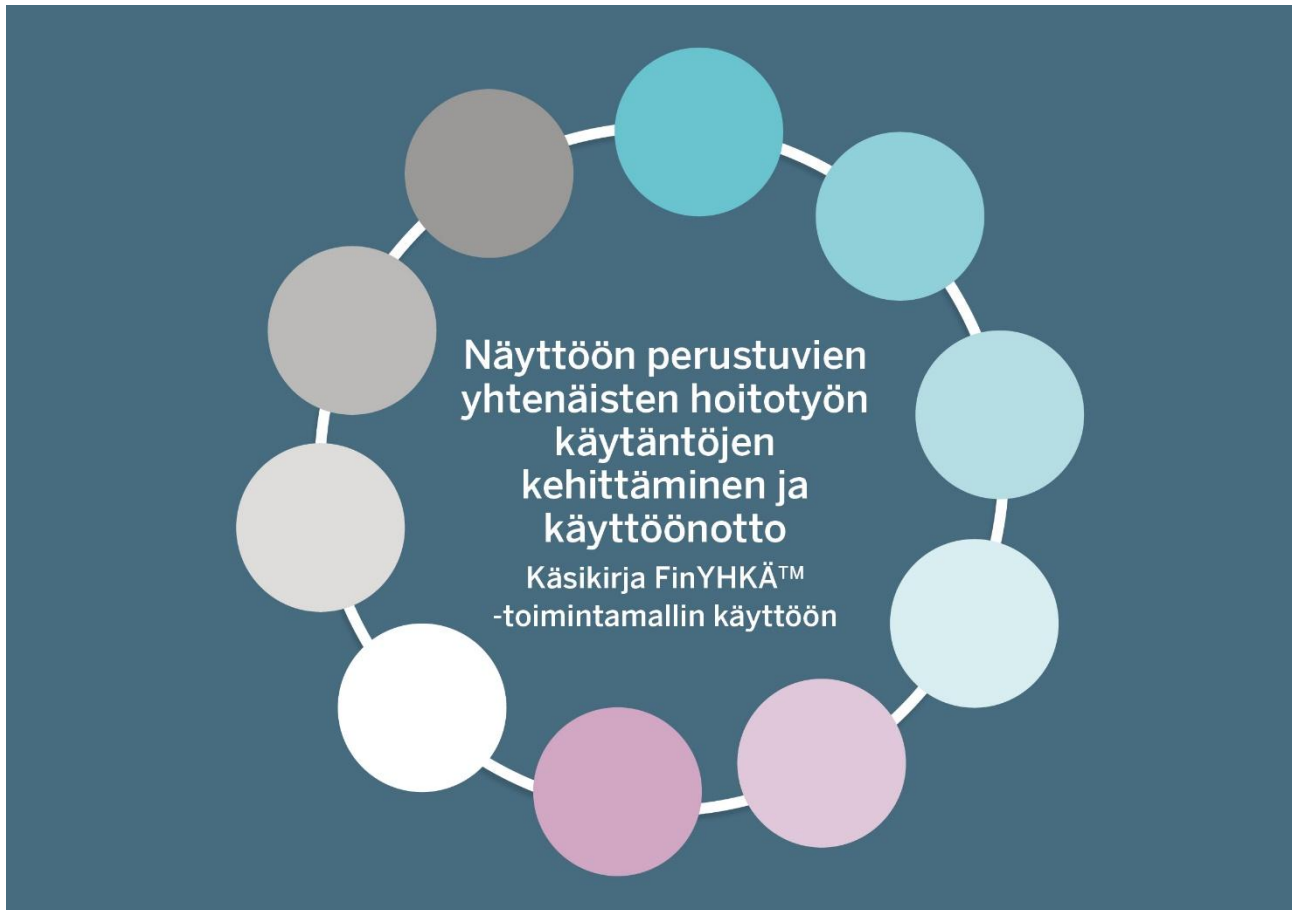




Hoitotyön tutkimussäätiö
HOTUS-KÄSIKIRJA | NRO 2 | 2024

Näyttöön perustuvien yhtenäisten hoitotyön käytäntöjen kehittäminen ja käyttöönotto

Käsikirja FinYHKÄ™-toimintamallin käyttöön

Tämän FinYHKÄ-toimintamallin käyttöön ohjaavan käsikirjan laadinnasta vastasi työryhmä, johon kuuluivat

Arja Holopainen, Hannele Siltanen ja Heidi Parisod.

Työryhmä kiittää Hoitotyön tutkimussäätiön tutkijoita,
Silja-Elisa Eskolin, Kristiina Heikkilä, Kaisa Marin, Johanna Nyman ja Mira Palonen,
arvokkaista kommentteista ja työstä käsikirjan viimeistelyyn liittyen.

Kiitos myös Tanja Pitkäselle kuvioiden taittamisesta.

Hoitotyön tutkimussäätiö

ISSN 2984-2018

Kuviot: Tanja Pitkänen

Viittausohje:

Hotus. 2024. Näyttöön perustuvien yhtenäisten hoitotyön käytäntöjen kehittäminen ja käyttöönotto.

Käsikirja FinYHKÄ-toimintamallin käyttöön. Hotus-käsikirja 2/2024. Kirjoittajat: Holopainen A, Siltanen H, Parisod H. Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavilla: www.hotus.fi.

SISÄLLYS

LUKIJALLE	4
1 JOHDANTO	5
2 NÄYTTÖÖN PERUSTUVAN TOIMINNAN KÄSITTEISTÄ.....	6
3 NÄYTTÖÖN PERUSTUVIEN HOITOTYÖN KÄYTÄNTÖJEN YHTENÄISTÄMISEN TOIMINTAMALLI (YHKÄ-TOIMINTAMALLI).....	10
3.1 YHKÄ-toimintamallin kehittäminen	10
3.2 Tarve päivittää YHKÄ-toimintamalli	11
4 YHKÄ-TOIMINTAMALLISTA FinYHKÄ-TOIMINTAMALLIIN.....	12
4.1 YHKÄ-toimintamallin päivittäminen.....	12
4.2 FinYHKÄ-toimintamallin™ teoreettiset lähtökohdat	12
5 FinYHKÄ-TOIMINTAMALLI™ JA SEN VAIHEET	17
5.1 Näyttöön perustuvan toiminnan tukirakenteet.....	18
5.2 Näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön kehittämis- ja käyttöönottoprosessi.....	23
5.2.1 Nykykäytännön kehittämistarpeiden tunnistaminen.....	23
5.2.2 Yhtenäisen käytännön kehittämisen ja käyttöönoton suunnittelu	28
5.2.3 Yhtenäisen käytännön kehittäminen ja käyttöönotto	37
5.2.4 Yhtenäisen käytännön arviointi.....	39
5.2.5 Näyttöön perustuva päätöksenteko	43
6 LOPUKSI	45
LÄHTEET.....	47

LUKIJALLE

Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus) julkaisi vuonna 2010 Näyttöön perustuvien hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämisen toimintamallin (YHKÄ-toimintamalli), joka kuvasi hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämistä näyttöön perustuen. Toimintamallin käytöstä saadun palautteen perusteella Hotus käynnisti vuonna 2022 päivitystyön, jossa syvennettiin sen teoreettisia lähtökohtia ja näyttöön perustuvan toiminnan tukirakenteita sekä konkretisoitiin toimintamallin neljää vaihetta: 1) nykykäytännön kehittämistarpeiden tunnistaminen, 2) suunnitelma näyttöön perustuvasta yhtenäisestä käytännöstä, 3) yhtenäisen käytännön käyttöönotto ja vakiinnuttaminen ja 4) käytännön seuranta ja arviointi. Toimintamallin päivittämisen yhteydessä sen nimi tarkentui nykyiseen muotoonsa *Näyttöön perustuvien yhtenäisten hoitotyön käytäntöjen kehittämisen ja käyttöönoton toimintamalliksi (FinYHKÄ-toimintamalli™)*.

1 JOHDANTO

Näyttöön perustuvan toiminnan edistämisen tavoitteena on mahdollistaa sosiaali- ja terveydenhuollossa tasalaatuinen ja turvallinen hoito potilaille ja asiakkaille hoitopaikasta tai hoitotyöntekijästä riippumatta sekä edistää hoidon laatua, potilas- ja asiakasturvallisuutta sekä resurssien tarkoituksenmukaista käyttöä. Tällöin sosiaali- ja terveydenhuollossa toiminta, sen kehittäminen ja päätöksenteko perustetaan luotettavaksi arvioituun näyttöön interventioiden (hoitomenetelmien) ja toimintatapojen vaikuttavuudesta, kustannusvaikuttavuudesta, käyttökelpoisuudesta ja tarkoituksenmukaisuudesta sekä niiden merkityksellisyydestä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tarvitsevalle ja hänen läheisilleen.

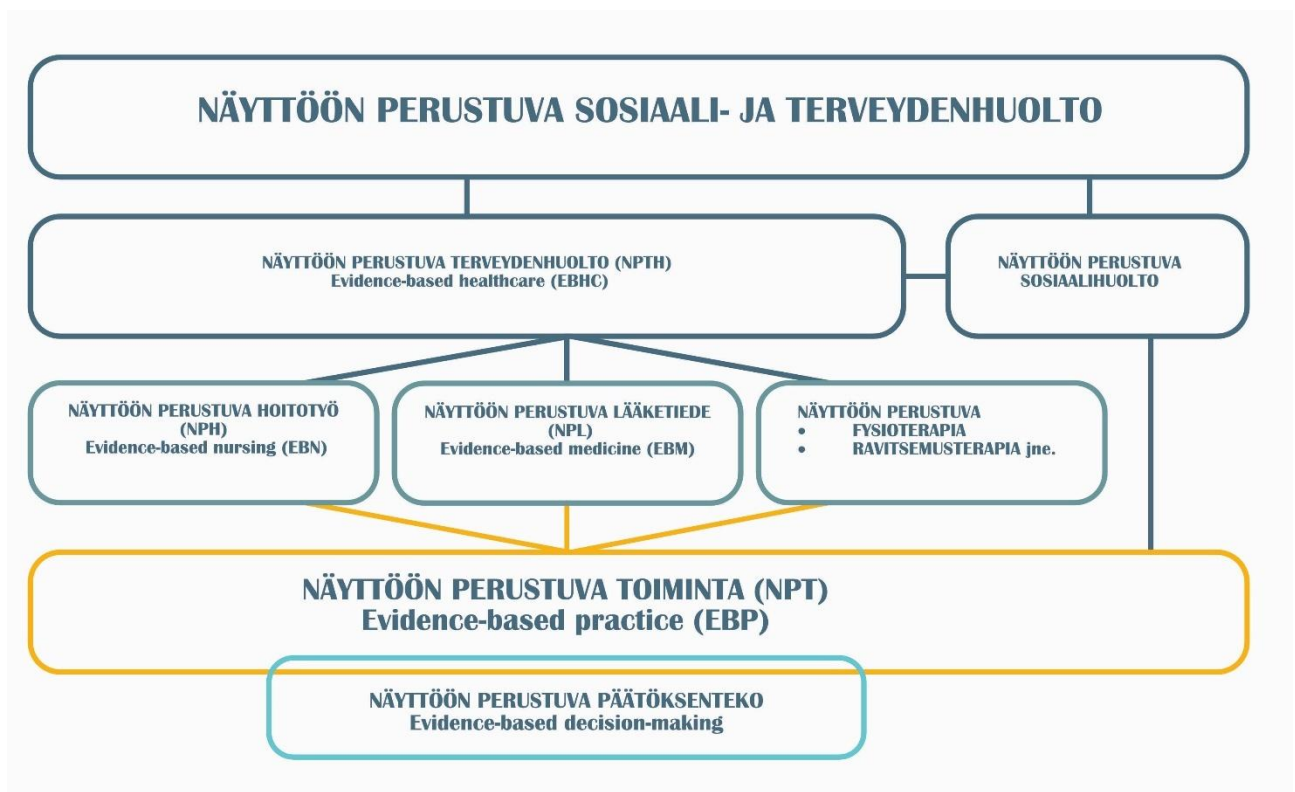
Näyttöön perustuvan terveydenhuollon ja näyttöön perustuvien käytäntöjen yhtenäistämisen tarve tunnistettiin Suomessa laajemmin viimeistään 2000-luvulla. Siitä esimerkkeinä ovat kansalliset hankkeet, kuten Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön – toimintaohjelma 2009–2011¹, Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma² sekä Terveydenhuoltolaki (1326/2010)³. Tuolloin tavoitteena oli muun muassa edistää näyttöön perustuvalla toiminnalla terveydenhuollon tuottavuutta ja vaikuttavuutta sekä turvata asiakkaille ja potilaille (jatkossa asiakkaille) hyvä hoito¹.

Näyttöön perustuvan toiminnan toteutuminen edellyttää erilaisia tukirakenteita ja monien eri toimijoiden keskinäistä yhteistyötä. Edellytyksenä on myös, että sosiaali- ja terveydenhuollossa ammattilaisten toiminnan perustana ovat näyttöön perustuvat yhtenäiset käytännöt. Viime kädessä asiakkaan näyttöön perustuvasta hoidosta (ml. terveyden edistäminen, kuntoutus) ja alan ammattilaisten näyttöön perustuvasta toiminnasta voidaan puhua vasta, kun terveydenhuollon ammattihenkilön ja asiakkaan kohdatessa päätöksenteko toteutuu näyttöön perustuen.

Vuonna 2010 julkaistu Näyttöön perustuvien hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämisen toimintamalli (YHKÄ-toimintamalli)⁴ on Suomessa kehitetty tukirakenne näyttöön perustuvien interventioiden ja toimintamallien käyttöönottoa ja vakiinnuttamista varten. Tässä käsikirjassa kuvataan päivitetyn mallin, nyt nimeltään FinYHKÄ-toimintamalli™, päivitysprosessin toteutus ja sisältö sekä ohjataan yhtenäisten näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseen, käyttöönottoon ja vakiinnuttamiseen FinYHKÄ-toimintamalliin™ perustuen. Toimintamallin tarkoituksena on tukea näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen kehittämistä ja käyttöönottoa, ja tavoitteena on edistää näyttöön perustuvan hoitotyön toteutumista.

2 NÄYTTÖÖN PERUSTUVAN TOIMINNAN KÄSITTEISTÄ

Näyttöön perustuvan toiminnan toteutuessa sosiaali- ja terveydenhuollon eri organisaatioissa toimivat ammattiryhmät perustavat toimintansa luotettavaksi arvioituun näyttöön. Tämän edellytyksenä ovat riittävät tukirakenteet sekä monitieteinen ja -ammattillinen yhteistyö. Näyttöön perustuvan terveydenhuollon prosessi sisältää tiedon tarpeen tunnistamisen, tutkimustiedon tuottamisen, tiedon tiivistämisen näytöksi, näytön levittämisen ja näytön käyttöönoton⁵. Prosessin eri vaiheiden toteutumisessa eri sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoilla (esim. kliinisessä hoitotyössä toimivat lähihoitajat, klinisen hoitotyön asiantuntijat, johtajat, tutkijat, opettajat) on kullakin keskeinen roolinsa ja tehtävänsä.⁶ Asiakkaan näyttöön perustuvasta hoidosta (ml. terveyden edistäminen, kuntoutus) ja alan ammattilaisten näyttöön perustuvasta toiminnasta voidaan puhua vasta, kun sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön päätöksenteko tapahtuu näyttöön perustuen (Kuvio 1).



Kuvio 1. Näyttöön perustuvan sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuus.

Näyttöön perustuvan toiminnan on todettu parantavan asiakkaiden hoidon tuloksia⁷, edistävän laadukasta ja turvallista hoitoa^{8,9} ja vähentävän terveydenhuollon kustannuksia⁷ (Infoboksi 1). Silti tutkimusnäytön käyttöönotossa on edelleen puutteita^{10,11}, minkä on tunnistettu johtuvan muun muassa siitä, että näytön käyttöönoton tukirakenteet ovat puutteelliset^{12,13}, terveydenhuollon ammattihenkilöiden näyttöön perustuvan toiminnan osaamisessa on puutteita¹⁴ ja että näyttöön perustuvien innovaatioiden (esim. interventio tai toimintatapa) käyttöönotto (eli implementointi) sekä niiden vakiinnuttaminen ovat kompleksisia prosesseja^{15,16}.

INFOBOKSI 1: Näyttöön perustuvat yhtenäiset käytännöt ja niiden merkitys.

MIHIN YHTENÄISET KÄYTÄNNÖT PERUSTUVAT?	MIKSI YHTENÄISIÄ KÄYTÄNTÖJÄ TARVITAAN?
Luotettavaksi arvioituun näyttöön ^{4,17} .	• Vähentävät hoidon ja palveluiden perusteetonta vaihtelua^{4,9,17,18}. • Edistävät potilas- ja asiakasturvallisuutta¹¹, vähentävät tehottomia hoitoja ja siten myös turhia kustannuksia¹⁹. • Voidaan hyödyntää hoitopolkujen kehittämisessä¹⁹.

ESIMERKKI: Näyttöön perustuvan hoitotyön nykytila Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluorganisaatioissa.

Hotus on vuodesta 2017 alkaen selvittänyt kolmen vuoden välein toteutettavalla kansallisella kyselytutkimuksella näyttöön perustuvan hoitotyön ja sitä tukevien tekijöiden nykytilaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluorganisaatioissa. Vuonna 2021 kyselyssä käytettiin ensimmäistä kertaa uudistettua Hotuksen näyttöön perustuvan hoitotyön toteutumista arvioivaa mittaria (NPHtot)²⁰. Kyselyn tulokset osoittivat, että näyttöön perustuvan hoitotyön toteutumisessa on edelleen useita kehittämistarpeita. Kehittämistarpeet kohdentuvat vastaajien näkemysten perusteella erityisesti organisaation tukirakenteisiin, kuten hoitotyön johtajilta saatavaan tukeen.²¹

Näyttöön perustuvaan toimintaan liittyviä käsitteitä (esim. näyttöön perustuva hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta) on pyritty selkeyttämään viime vuosikymmenien aikana, mutta niiden käytössä on edelleen epäjohtamukaisuutta. Tällä on ollut vaikutusta siihen, miten esimerkiksi hoitotyöntekijät ovat ymmärtäneet näyttöön perustuvan toiminnan ja sen merkityksen hoitotyön kehittämisessä. Käsitteiden yhdenmukainen ymmärtäminen on siten lähtökohta, joka tulee varmistaa, kun näyttöön perustuvia käytäntöjä kehitetään.^{7,16,22,23} Tähän käsikirjaan liittyvät keskeisimmät käsitteet on avattu Infoboksissa 2.

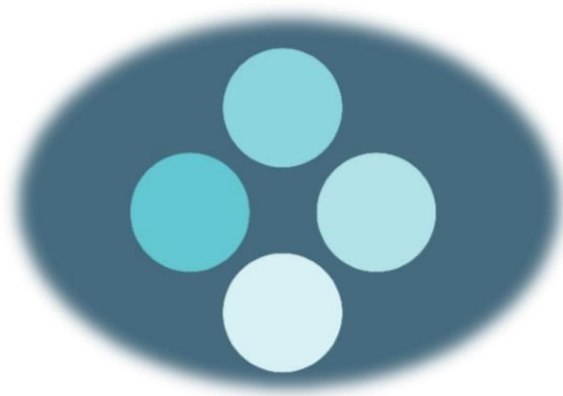
INFOBOKSI 2: Näyttöön perustuvaan terveydenhuoltoon liittyviä käsitteitä.

NÄYTÖ (Evidence)	Näytöllä viitataan parhaaseen saatavilla olevaan tietoon. Käytännössä sillä tarkoitetaan ajantasaista, järjestelmällisesti kootun ja kriittisesti arvioitun tutkimustiedon tiivistelmää (esim. järjestelmällinen katsaus) tai tutkimustiedon puuttuessa asiantuntijoiden yhteisymmärrystä tarkasteltavasta asiasta tai ilmiöstä. Näytön avulla kehitetään vaikuttavia, merkityksellisiä, käyttökelpoisia ja/tai tarkoituksenmukaisia terveydenhuollon palveluita, toimintatapoja ja hoitomenetelmiä. ^{5,24} Huomioi seuraava ero: (tutkimus)näyttö (engl. external evidence) ²⁵ vs. esim. organisaation ja kansallisen tason toiminnasta koottu seuranta- ja arviointitieto (engl. internal evidence), ks. lisää Tiedolla johtaminen.
TIEDON TIIVISTÄMINEN NÄYTÖKSI (Evidence synthesis)	Tuotettaessa näyttöä, käydään järjestelmällisesti läpi tietystä aiheesta tehdyt tutkimukset, sekä kootaan, arvioidaan ja tiivistetään se näytöksi. Näytön tuottamisen vaiheet ovat: 1) aiheita koskevien tutkimusten kattava ja järjestelmällinen haku, 2) tutkimusten menetelmällisen laadun ja/tai harhan riskin kriittinen arviointi, ja 3) luotettaviksi arvioitujen tulosten tiivistäminen ja johtopäätösten esittäminen. Näytön ajantasaisuus edellyttää, että tiedonhakua päivitetään säännöllisesti ja tarvittaessa aiheesta tiivistettyä näyttöä päivitetään uuden tiedon perusteella. ²⁶

NÄYTÖN LEVITTÄMINEN JA KÄYTTÖÖN SAATTAMINEN (<i>Evidence transfer</i>)	Näytön käytäntöön vieminen edellyttää, että näyttö saatetaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden tietoon ja se on saatavilla käyttöön otettavassa muodossa (esim. hoitosuositus). Esimerkiksi koulutukset, näytön integrointi potilastietojärjestelmien sähköiseen päätöksentukeen ja ohjeistukset siitä, miten näyttö voidaan ottaa käyttöön, levittävät näytön ammattilaisten saataville ja tukevat sen käyttöönottoa. ^{5,27}
NÄYTÖN KÄYTTÖÖNOTTO (<i>Evidence implementation</i>)	Käyttöönotosta käytetään myös käsitettä implementointi. Se on prosessi, jossa näyttöön perustuvat interventiot, palvelut ja toimintatavat integroidaan käytäntöön ²⁸ . Käyttöönotto muodostuu toiminnoista, joiden tavoitteena on sitouttaa työntekijöitä ja keskeisiä sidosryhmiä perustamaan toiminnan kehittäminen ja päätöksenteko näyttöön. Näytön käyttöönotossa keskeisiä osatekijöitä ovat toimintaympäristön (kontekstin) huomioiminen, muutoksen tukeminen sekä prosessien ja lopputulosten arviointi. ⁵
NÄYTÖN TAI NÄYTTÖÖN PERUSTUVAN TOIMINNAN VAKIINNUTTAMINEN (<i>Sustainment of interventions</i>)	Vakiinnuttamisesta käytetään myös käsitettä juurruttaminen tai kiinnittyminen. Näyttöön perustuvan toiminnan vakiinnuttaminen osaksi asiakkaan hoitoa on aktiivista toimintaa ²⁹ , joka vaatii aikaa ja resursseja sekä edellyttää muun muassa henkilöstön sitoutumista, muutoksen suunnittelua ja käyttöönottostrategioiden ymmärtämistä ¹¹ .
NÄYTTÖÖN PERUSTUVA YHTENÄINEN KÄYTÄNTÖ (<i>Evidence-based consistent practice</i>)	Näyttöön perustuva yhtenäinen käytäntö (esim. hoitotyön käytäntö) on kehitetty hyödyntäen parasta mahdollista näyttöä ja otettu käyttöön koko organisaatiossa tai yksikössä ^{4,17,30} . Sen tueksi on laadittu esim. toimintaohjeita, tarkistuslistoja tai potilasohjeita ⁴ . Tavoitteena on vähentää käytäntöjen perusteetonta vaihtelua ⁴ , lisätä organisaation toiminnan tehokkuutta ja parantaa asiakkaan hoidon laatua ³⁰ sekä hoidon merkityksellisyyttä asiakkaille.
NÄYTTÖÖN PERUSTUVA PÄÄTÖKSENTEKO (<i>Evidence-based decision-making</i>)	Esimerkiksi terveydenhuollon asiakkaan hoitoon liittyvässä kliinisessä päätöksentekotilanteessa hoitotyöntekijä arvioi oman asiantuntemuksensa perusteella yhdessä asiakkaan kanssa asiakkaan yksilöllistä tilannetta ja toimintaympäristön erityispiirteitä. Tämän arvion perusteella asiakas ja hoitotyöntekijä tekevät yhdessä perustellun päätöksen hoitotyön toimintatavasta huomioiden yhtenäisen näyttöön perustuvan käytännön, asiakkaan tilanteen ja toimintaympäristön. ^{4,7}
TIEDOLLA JOHTAMINEN (<i>Knowledge-based management</i>)	Organisaatioiden toiminnan seurannassa ja arvioinnissa hyödynnetään johtamisen tukena eri lähteistä koottua organisaation, alueellisen ja kansallisen tason toiminnasta kertovaa seuranta- ja arviointitietoa (<i>engl. internal evidence</i>), kuten erilaiset tilastot, potilas- ja asiakaspalautteet ja rekisterit. Näin kootun tiedon avulla johtamisessa voidaan tunnistaa muun muassa organisaation kehittämistarpeita sekä kehittämisen esteitä ja vahvuuksia. Kun kehittämistarpeet on tunnistettu, hyödynnetään parasta mahdollista näyttöä (<i>engl. external evidence</i>), kuten hoitosuosituksia tai järjestelmällistä katsausta, toiminnan sisällöllisessä kehittämisessä ²⁵ seuranta- ja arviointitieto huomioiden.

OSA I:

FinYHKÄ-toimintamallin™ taustaa



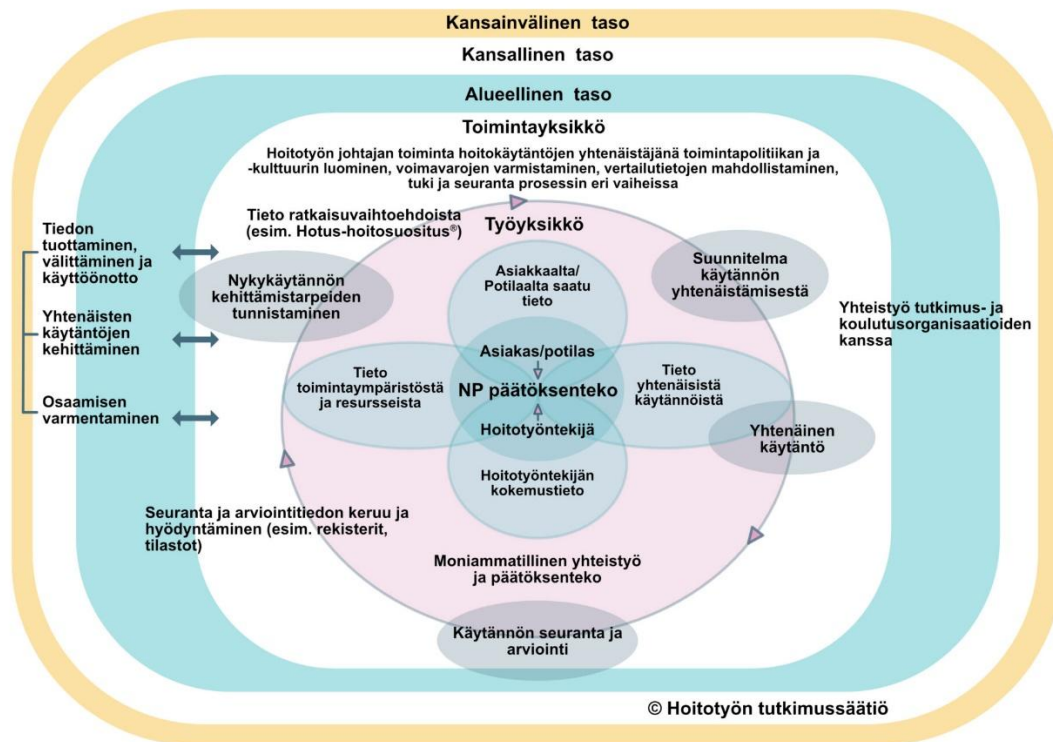
3 NÄYTTÖÖN PERUSTUVIEN HOITOTYÖN KÄYTÄNTÖJEN YHTENÄISTÄMISEN TOIMINTAMALLI (YHKÄ-TOIMINTAMALLI)

3.1 YHKÄ-toimintamallin kehittäminen

Vuonna 2010 julkaistu Näyttöön perustuvien hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämisen toimintamalli (YHKÄ-toimintamalli)⁴ on Suomessa kehitetty tukirakenne näyttöön perustuvien interventoiden ja toimintakäytäntöjen käyttöönottoa ja vakiinnuttamista varten. Toimintamallin laadinnan lähtökohtana oli yhtenäisen näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen kansallisella, organisaation tai työyksikön tasolla. Kattavien kirjallisuushakujen perusteella vastaavia toimintamalleja mallin kehittämisen aikaan ei löytynyt. Aikaisemmat toimintamallit olivat joko yleisellä tasolla näyttöön perustuvaa toimintaa ja sitä edistäviä ja estäviä tekijöitä esitteleviä tai ne kuvasivat lähinnä sitä, kuinka yksittäiset työntekijät voivat kehittää toimintaansa näyttöön perustuen^{31–33}. Näissä malleissa perusajatuksena oli, että hoitotyöntekijä tunnistaa kliinisen ongelman hoitotyössä, etsii aihealueeseen liittyvää tutkimustietoa ja perustaa oman toimintansa löytämäänsä näyttöön. Tämän seurauksena oli mahdollista, että vaikka yksittäinen hoitotyöntekijä toimi näyttöön perustuvasti, toiminta saattoi vaihdella niin hoitotyöntekijöiden välillä kuin yksiköiden ja organisaatioiden sisällä riippuen siitä, mitä tutkimuksia kukin hoitotyöntekijä oli löytänyt ja miten sitä oli toiminnan perustana hyödynnetty.

YHKÄ-toimintamallin tavoitteena oli kuvata hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämistä näyttöön perustuen. Sen periaatteena oli, että näyttöön perustuvien käytäntöjen yhtenäistäminen edellyttää eri tahojen vastuista ja rakenteista sopimista kansallisella, alueellisella sekä toiminta- ja työyksiköiden tasolla. Tämä mahdollistuu, kun tutkijat, eri tasoilla toimivat hoitotyön johtajat, alan kouluttajat ja asiantuntijatehtävissä sekä kliinisessä työssä toimivat tekevät yhteistyötä. YHKÄ-toimintamallin lähtökohtana oli myös, että toiminta- ja työyksiköissä on saatavilla näyttöön perustuvia hoitosuosituksia. Niiden laadinnan tuli olla koordinoitua ja niistä tuli vastata kansallisella tasolla. Toimintamallin mukaisesti alueellisella, paikallisella ja työyksikkötasolla toimivien hoitotyön johtajien vastuulla katsottiin olevan, että toiminta- ja työyksiköihin oli luotu yhtenäisten käytäntöjen kehittämistä tukevat rakenteet. Kliinisessä hoitotyössä toimivien ammattilaisten vastuulla oli puolestaan toimia sovittujen näyttöön perustuvien käytäntöjen mukaisesti.⁴

YHKÄ-toimintamallin näyttöön perustuvien yhtenäisten hoitotyön käytäntöjen kehittämisen prosessi (Kuvio 2) sisälsi neljä vaihetta: 1) nykykäytännön kehittämistarpeiden tunnistaminen, 2) suunnitelma käytännön yhtenäistämisestä, 3) yhtenäinen käytäntö ja 4) käytännön seuranta ja arviointi⁴.



Kuvio 2. YHKÄ-toimintamalli.

3.2 Tarve päivittää YHKÄ-toimintamalli

YHKÄ-toimintamallia on hyödynnetty useissa eri hankkeissa, joissa on kehitetty olemassa olevaa toimintatapaa tai viety uutta näyttöön perustuvaa yhtenäistä toimintatapaa käytäntöön³⁴. Esimerkiksi Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä toimintamallia hyödynnettiin hankkeessa, jossa laadittiin käsihygienian seurantaan ja kehittämiseen yhtenäinen toimintamalli^{34,35}. Vastaavasti Satakunnan sairaanhoitopiirissä kehitettiin yhtenäinen toimintamalli iäkkäiden pitkäaikaishoidossa olevien henkilöiden painehaavojen tunnistamiseen YHKÄ-toimintamallia hyödyntäen^{34,36} ja Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimialalle laadittiin Neuvoloiden vauva- ja perhemyönteisyysohjelman jalkauttamissuunnitelma³⁷. Toimintamallin avulla on laadittu käsikirja Maailman terveysjärjestö WHO:n ja UNICEF:n lanseeraaman vauvamyönteisyysohjelman mukaisten käytäntöjen kansalliseen kehittämiseen³⁸.

YHKÄ-toimintamallin käytöstä saadun palautteen perusteella sitä pidettiin hyvänä tukirakenteena kehitettäessä näyttöön perustuvia yhtenäisiä käytäntöjä. Kehittämisehdotukset kohdistuivat eri vaiheiden konkretisointiin, mikä helpottaisi yhtenäisten käytäntöjen kehittämistä, käyttöönottoa, seurantatiedon keruuta ja kehittämisprosessin arviointia.

4 YHKÄ-TOIMINTAMALLISTA FinYHKÄ-TOIMINTAMALLIIN

4.1 YHKÄ-toimintamallin päivittäminen

YHKÄ-toimintamallin teoreettisten lähtökohtien tarkastelu syveni vuosien aikana käytyjen keskustelujen sekä julkaisujen myötä^{1,39}. Toimintamallin varsinainen päivittäminen käynnistettiin vuonna 2022 kuvaamalla sen teoreettiset lähtökohdat. Teoreettisten lähtökohtien kuvaaminen auttaa lukijaa tunnistamaan ja ymmärtämään tekijöitä, jotka tukevat uusien interventoiden ja toimintatapojen käyttöönottoa ja vakiinnuttamista sekä näyttöön perustuvan toiminnan toteutumista. Seuraavaksi päivitystyössä tarkennettiin kirjallisuuden ja käyttäjiltä saadun palautteen perusteella toimintamallissa kuvattujen neljän vaiheen sisältöjä. Tavoitteena oli konkretisoida näitä vaiheita ja siten parantaa toimintamallin käyttökelpoisuutta. Päivittämisen yhteydessä nimeksi tarkentui *Näyttöön perustuvien yhtenäisten hoitotyön käytäntöjen kehittämisen ja käyttöönoton toimintamalli (FinYHKÄ-toimintamalli™)*.

4.2 FinYHKÄ-toimintamallin™ teoreettiset lähtökohdat

Näyttöön perustuvien käytäntöjen käyttöönoton ja vakiinnuttamisen tueksi on kehitetty useita taustateorioita, malleja ja viitekehyksiä^{10,15,16,40–44}. YHKÄ-toimintamallin päivittämisessä hyödynnettiin sekä implementaatioteorioiden että prosessimallien ja viitekehysten keskeisiä periaatteita. Useamman taustateorian, mallin ja viitekehyksen hyödyntäminen on perusteltua, sillä näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittäminen on kompleksinen kokonaisuus. Yksi taustateoria keskittyy yleensä kuvaamaan ilmiötä, kuten yhtenäisten käytäntöjen kehittämistä, rajatusta näkökulmasta, jolloin tarkasteltavan ilmiön kokonaisuus jää huomioimatta^{40,45}. Implementointiin liittyvät teoriat auttavat tunnistamaan näytön käyttöönottoon liittyviä haasteita ja ymmärtämään siihen liittyviä tekijöitä^{40,43}. Prosessimalleissa ja viitekehyksissä kuvataan yleensä vaiheet, joiden avulla näyttöön perustuvat käytännöt ovat siirrettävissä käytäntöön⁴⁰.

Näytön vakiinnuttamisen teoria

Näytön vakiinnuttamisen teoria (NV-teoria, engl. *Normalization Process Theory*), joka on yksi implementointia kuvaavista teorioista, auttaa kuvaamaan FinYHKÄ-toimintamallin™ taustalla olevia periaatteita ja oletuksia. NV-teoria kuvaa tekijöitä, jotka auttavat ymmärtämään ja selittämään niitä monimutkaisia sosiaalisia prosesseja, joiden avulla uusia tai kehitteillä olevia käytäntöjä otetaan käyttöön ja integroidaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Teoria keskittyy siihen, miten ihmiset todellisuudessa toimivat niissä sosiaalisissa prosesseissa, joissa innovaatioita, kuten näyttöön perustuvia interventioita ja toimintatapoja otetaan käyttöön ja osaksi toimintaympäristön normaalia toimintaa. Uuden toimintatavan vakiinnuttaminen voi olla haastavaa, koska siihen vaikuttavat useat tekijät^{46–48}:

- miten uusi interventio tai toimintatapa operationalisoidaan eli muunnetaan kyseiseen käytäntöön soveltuvaksi
- miten ja missä vaiheessa interventio tai toimintatapa tuodaan toimintaympäristöön
- keiden toimesta interventiota tai toimintatapaa yritetään vakiinnuttaa käytäntöön

- millaista eri toimijoiden vuorovaikutus on toimintatavan vakiinnuttamisessa
- miten ja miten pitkäjänteisesti intervention tai toimintatavan käyttöönottoa tuetaan
- onko interventiolla tai uudella toimintatavalla erilainen merkitys eri toimijoille ja
- kuinka interventio tai toimintatapa otetaan yhdessä käyttöön.

NV-teoriassa tunnistetaan neljä tekijää, jotka tulee huomioida, kun toimintaympäristössä käyttöönotetaan (normalisoidaan) tai kehitetään uusia interventioita ja toimintatapoja: 1) *Intervention tai toimintatavan johdonmukaisuus ja mielekkääksi tekeminen*. Toimintaan osallistuvien tulee ymmärtää intervention tai toimintatavan tuomat mahdollisuudet ja hyödyt sekä se, kuinka he voivat olla viemässä sen käyttöönottoa eteenpäin omalla toimialueellaan. 2) *Näytön käyttöönotto on kollektiivisesta eli koko yhteisön toiminnasta syntyvä sosiaalinen prosessi*. Tärkeää on tietoon perustuva osallistuminen sekä sitoutuminen kehitettävään interventioon tai toimintatapaan. 3) *Kollektiivisen toiminnan eli yhdessä tekemisen merkitys*. Toimintaan osallistuvien tulee kokea oma osallisuutensa merkityksellisenä näytön käyttöönotossa. 4) *Refleksiivisen seurannan merkitys eli toimintaan osallistuvien arviointi kehitettävänä olevasta interventiosta tai toimintatavasta*. Arviointia tarvitaan intervention tai toimintatavan käyttöönottoa edistävien tai estävien tekijöiden tunnistamiseksi sekä toiminnan vaikutusten seuraamiseksi.^{47–49}

Edellä mainitut tekijät ovat dynaamisessa suhteessa sekä toisiinsa että siihen kontekstiin, jossa intervention tai toimintatavan käyttöönotto tapahtuu eli organisaatioon, sen rakenteisiin ja sosiaalisiin normeihin, ryhmäprosesseihin ja olemassa oleviin käytäntöihin. Lisäksi tulee huomioida toimintaympäristön rakenteelliset ja tiedon käsittelyyn liittyvät kognitiiviset voimavarat sekä tekijät, jotka mahdollisesti johtavat intervention tai toimintatavan vaihteluun eri ympäristöissä.^{47–49} Tavoitteena on, että mikäli intervention tai toimintamallin käyttöönotolla saavutetaan toivottuja tuloksia, ne vakiinnutetaan normaaliksi käytännöksi.^{46,47}

NV-teoriaa on hyödynnetty useissa hankkeissa^{48,50}, joissa näyttöä on vakiinnutettu terveydenhuoltoon. Se on tarjonnut näissä hankkeissa hyödyllisen ajattelun apuvälineen eri toimintaympäristöissä toteutettuihin implementointiprosesseihin. NV-teoria on auttanut ymmärtämään näytön käyttöönottoon ja vakiinnuttamiseen liittyviä ongelmia, kuinka niitä voidaan välttää sekä kehittää tukitoimia interventioiden ja toimintatapojen käyttöönotolle ja vakiinnuttamiselle.^{48,50}

KTA-viitekehys

Prosessimalleista ja -viitekehyksistä YHKÄ-mallin päivityksessä on hyödynnetty KTA-viitekehystä (*engl. Knowledge-to-Action Framework*), joka tarjoaa viitekehysten ajattelun organisoinnille sekä oppaan toimintaan ja toiminnan tulkintaan. KTA-viitekehys ohjaa tiedon viemistä käytäntöön¹⁰. Siinä kuvataan tiedon tuottamisen, tiedon levittämisen/siirtämisen, käyttöönoton, seurannan ja arvioinnin vaiheet, jotka ovat dynaamisia ja voivat olla osittain päällekkäisiä. *Tiedon tuottamisen vaihe* eli vaihe, jossa näyttöä kootaan esimerkiksi hoitosuosituksiin tai järjestelmällisiin katsauksiin, voi käynnistyä joko ennen tai jälkeen vaiheen, jossa tiedon tarve käytännössä tunnistetaan. Kun toiminnan kehittämisen tueksi on koottu näyttöä, tulee sen *levittämisiksi ja käytäntöön siirtämiseksi* soveltaa näyttö paikallisiin olosuhteisiin ja kehittämisen kohteena olevaan toimintaympäristöön. Samassa yhteydessä tulee arvioida mahdolliset esteet näytön käyttöönotolle. Seuraavaksi näytön *käyttöönoton vaiheessa* valitaan menetelmät, joilla näyttö viedään ja räätälöidään kyseiseen toimintaympäristöön soveltuvaksi. Lopuksi KTA-viitekehysten mukaisesti tulee *seurata ja arvioida* kehittämisen seurauksena saatuja tuloksia ja jos ne ovat myönteisiä, vakiinnutetaan näyttöön perustuva toiminta käytäntöön.^{45,51}

Näyttöön perustuvan terveydenhuollon malli

FinYHKÄ-toimintamallinTM kolmantena teoreettisena lähtökohtana ja sen taustalla olevana näyttöön perustuvan terveydenhuollon kokonaisuutta kuvaavana mallina on JBI:n Näyttöön perustuvan terveydenhuollon malli (NPTH-malli; *engl. JBI Model of evidence-based healthcare*). NPTH-mallissa kuvataan syklisesti etenevän prosessin avulla, miten eri vaiheiden kautta terveydenhuollon toimintaa kehitetään näyttöön perustuen. JBI:n mallissa näyttöön perustuvan terveydenhuollon lähtökohtana ja tavoitteena on väestön terveys ja hyvinvointi. Tähän tavoitteeseen pääseminen edellyttää tutkimustiedon tuottamista, sen tiivistämistä näytöksi (esim. järjestelmälliset katsaukset, hoitosuosituksot), näytön levittämistä ja käytäntöön saattamista (esim. kirjalliset tai sähköiset muistutukset) sekä sen käyttöönottoa ja vakiinnuttamista.^{5,44} Mallissa korostetaan, että näytön käyttöönotto edellyttää^{44,52}:

- kontekstin eli paikallisten olosuhteiden tunnistamista: esimerkiksi, tukeeko organisaatiokulttuuri muutosta
- vuorovaikutusta: esimerkiksi, miten muutosta koordinoidaan tai miten muutostilanteessa kommunikoidaan eri ammattilaisten ja asiakkaiden kanssa
- yhteistyötä: esimerkiksi, tukeeko vuorovaikutus yhteistyötä toiminnan kehittämisessä tai onko kaikilla yhteinen näkemys tavoitteesta
- inhimillistä pääomaa ja resurssien allokointia: esimerkiksi, onko resursseja kohdennettu oikein.

Yhteenveto

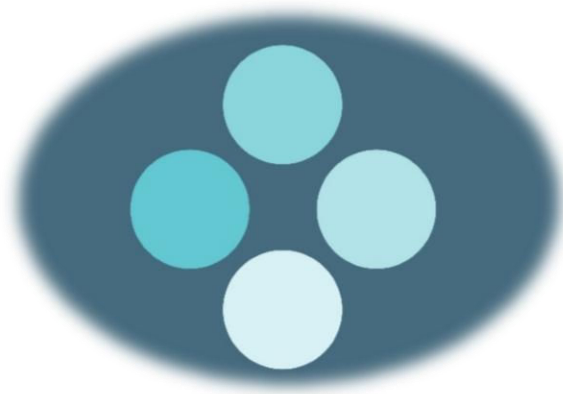
FinYHKÄ-toimintamalliTM toimii eräänlaisena tiekarttana kehitettäessä näyttöön perustuvaa toimintaa. Sen taustalla olevat NV-teoria, KTA-viitekehys ja NPTH-malli (Taulukko 1) auttavat tunnistamaan tekijät, joilla on merkitystä näytön käyttöönotossa ja yhtenäisen käytännön kehittämisessä. Ne auttavat ymmärtämään mekanismeja, joiden avulla interventioiden ja toimintatapojen käyttöönotto onnistuu. Pelkkä näytön levittäminen ei siten riitä, vaan tarvitaan suunnitelmallista käyttöönottoa ja vakiinnuttamista.^{40,48,50}

Taulukko 1. FinYHKÄ-toimintamallin™ teoreettinen tausta.

NV-TEORIA ^{46–48}	KTA-VIITEKEHYS ^{10,45,51}	NPTH-MALLI ^{5,44}
Teoria organisaation sosiaalisista prosesseista: miten ihmiset todellisuudessa toimivat, kun näyttöön perustuvia interventioita ja toimintatapoja otetaan käyttöön ja toimintaympäristön normaaliin toimintaan. Käyttöönnotossa huomioitava: • intervention tai toimintatavan johdonmukaisuus ja mielekkääksi tekeminen • näytön käyttöönoton kollektiivisuus eli koko yhteisön toiminnasta syntyvä sosiaalinen prosessi • kollektiivisen toiminnan eli yhdessä tekemisen merkitys • refleksiivisen seurannan merkitys eli toimintaan osallistuvien arviointia kehitettävänä olevasta interventiosta tai toimintatavasta: edistävien tai estävien tekijöiden tunnistaminen sekä toiminnan vaikutusten seuraaminen	Viitekehys ajattelun organisoinnille sekä toiminnan ja toiminnan tulkinnan ohje. Kuinka 1. tuotetaan tietoa eli kootaan näyttöä 2. viedään tieto käytäntöön • tunnistetaan ongelma ja/tai tunnistetaan, arvioidaan ja valitaan näyttö • mukautetaan näyttö kyseiseen kontekstiin • arvioidaan edistävät ja estävät tekijät • valitaan, räätälöidään ja otetaan interventio käyttöön • seurataan tiedon käyttöä • arvioidaan kehittämisen tuloksena saatuja tuloksia • ylläpidetään kehitettyä toimintamallia	Prosessimalli näyttöön perustuvan terveydenhuollon toteutumisesta ja sen edellytyksistä. NPTH-mallin vaiheet: 1. lähtökohtana ja tavoitteena väestön terveys ja hyvinvointi 2. tutkimustiedon tuottaminen 3. tutkimustiedon tiivistäminen näytöksi (esim. järjestelmälliset katsaukset, hoitosuositukses) 4. näytön levittäminen ja käytäntöön saattaminen 5. näytön käyttöönotto ja vakiinnuttaminen Mallin mukaan tutkimustiedon tuottaminen, tiivistäminen, näytön levittäminen, käyttöönotto ja vakiinnuttaminen ovat kompleksisia prosesseja, jotka vaativat kontekstin tuntemusta, vuorovaikutusta, yhteistyötä ja resursseja.

OSA II:

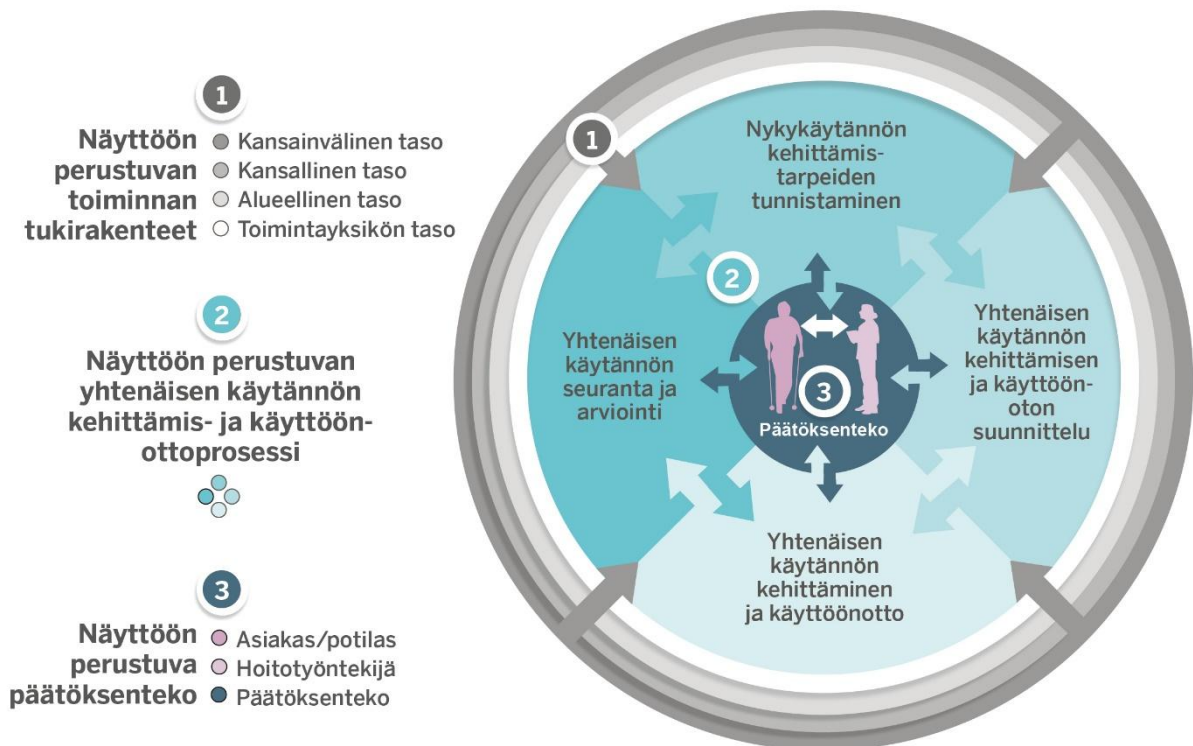
FinYHKÄ-toimintamalli™ käyttöön



5 FinYHKÄ-TOIMINTAMALLI™ JA SEN VAIHEET

FinYHKÄ-toimintamalli™ muodostuu sekä näyttöön perustuvan toiminnan tukirakenteista, näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön kehittämisen ja käyttöönoton prosessista, että asiakkaan hoitoa koskevasta kliinisestä näyttöön perustuvasta päätöksenteosta (Kuvio 3). Toimintamallin ulkokehällä kuvatut kansainvälisen, kansallisen, alueellisen ja toimintayksikön tasojen tukirakenteet ovat edellytys näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen kehittämiseksi ja käyttöönotolle sosiaali- ja terveydenhuollossa.

FinYHKÄ-toimintamallin™ ytimessä kuvattu prosessi kuvaa näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön kehittämistä ja käyttöönottoa sekä sitä, kuinka yhtenäinen käytäntö todentuu hoitotyöntekijän ja asiakkaan yhteistyössä toteutettavassa päätöksenteossa. Näitä toimintamallin eri osa-alueita on kuvattu seuraavaksi tarkemmin.



Kuvio 3. FinYHKÄ-toimintamalli™.

5.1 Näyttöön perustuvan toiminnan tukirakenteet

Näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen kehittämisen vastuu ja siten myös kehittämistä tukevien rakenteiden luominen jakautuvat kansainväliselle, kansalliselle, alueelliselle (sis. hyvinvointi- ja yhteistoiminta-alueet) ja toimintayksikön (sis. eri kokoiset organisaatiot ja työyksiköt, kuten osastot ja poliklinikat) tasolle (Taulukko 2). Näillä tasoilla toimivat tukirakenteet ovat ennakkoehtoja sille, että näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen kehittäminen on mahdollista. Eri tasoilla toimivat tukirakenteet ovat edellytyksiä luotettavan näytön tuottamiselle ja sen saatavuudelle, henkilöstön osaamisen varmistamiselle sekä näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen arvioinnille ja seurannalle.⁴ Tukirakenteet auttavat myös tunnistamaan käyttöönoton onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä⁴⁰. FinYHKÄ-toimintamallissaTM vastuu tukirakenteiden järjestämisestä ja varmistamisesta on jaettu edellä mainituille neljälle tasolle. Käytännössä tämä jako ei ole näin kategorinen, vaan vastuunjako etenk in alueellisen ja toimintayksikön tason välillä tulee arvioida aina tapauskohtaisesti (vrt. hyvinvointialueet ja niiden toiminnan järjestämisen heterogeenisuus).

Taulukko 2. Kansainvälisen, kansallisen, alueellisen ja toimintayksikön tason näyttöön perustuvan toiminnan tukirakenteet.

TUKIRAKENTEIDEN TASOT		TUKIRAKENNE	ESIMERKKEJÄ
Kansainvälinen taso	Kansallinen taso	Tutkimustiedon tuottamista mahdollistavat rakenteet	tutkimustietoa tuottavat (esim. yliopistot ja tutkimuslaitokset) sekä tutkimusrahoitusta myöntävät tahot
		Tutkimusnäytön tiivistämistä mahdollistavat rakenteet	järjestelmällisten katsausten ja kansallisten, näyttöön perustuvien suositusten laadintaa toteuttavat tahot
		Seuranta- ja arviointitiedon tuottamista ja hyödyntämistä tukevat rakenteet	kansalliset laaturekisterit, hyvinvointialueiden rakenteet seuranta- ja arviointitiedon keräämiseen ja hyödyntämiseen (kohdentuen esim. hoitotyön resurssien, hoitotyön toteutumisen, sen tulosten sekä henkilöstön osaamisen seurantaan ja arviointiin)
	Alueellinen taso	Näytön levittämistä ja käytäntöön saattamista tukevat rakenteet	kansallisten toimijoiden tai hyvinvointialueiden sisäinen ja ulkoinen viestintä, sähköisen päätöksentuen kehittäminen ja hyödyntäminen
		Näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen kehittämistä ja käyttöönottoa tukevat rakenteet	näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseen kohdentuvat henkilöresurssit (esim. kliinisen hoitotyön asiantuntijat), kehittämishankkeet
		Näyttöön perustuvaa toimintaa tukeva organisaatiokulttuuri	näyttöön perustuvan toiminnan periaatteiden integroiminen hyvinvointialueen ja toimintayksiköiden strategiaan
		Johtajilta saatu tuki	johtajien toimiminen esimerkkinä ja näyttöön perustuvan toiminnan mahdollistajina
Toimintayksikön taso		Henkilöstön osaamisen varmistamista tukevat rakenteet	organisaation sisäiseen tai ulkoiseen koulutukseen osallistumisen mahdollistaminen, perehdytyskäytännöt, mentorointi

Taulukossa 2 on kuvattu kansainvälisen, kansallisen, alueellisen ja toimintayksikön tason tukirakenteita. Niiden lisäksi yhtenä kansallisen, alueellisen ja toimintayksikön tason tukirakenteena toimii hoitotyön asiantuntijoiden roolia ja tehtäviä näyttöön perustuvassa toiminnassa kuvaava FinAME-asiantuntijuusmalliTM. Se kuvaa hoitotyön asiantuntijoiden keskinäistä työnjakoa näyttöön perustuvan hoitotyön edistämiseksi. Mallia voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollossa myös muiden kuin hoitotyön asiantuntijoiden osaamisen kehittämisessä ja strategisten linjausten laadinnassa.⁶ Näyttöön perustuvassa toiminnassa hoitotyön asiantuntijoiden roolien tulee olla selkeät näyttöön perustuvan hoitotyön

toteutumiseksi^{30,53}, joten FinAME-asiantuntijuusmalli™ on oivallinen tukirakenne tähän tarkoitukseen.

Kansainvälisellä ja kansallisella tasolla tutkijat tuottavat tutkimustietoa ja tiivistävät sitä näytöksi, jota hyödynnetään näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen kehittämisessä⁶. Erityisesti laadukkaat järjestelmälliset katsaukset tuottavat luotettavaa näyttöä (Infoboksi 3), ja ne toimivat myös perustana kansallisille näyttöön perustuville hoitosuosituksille. Katsausten ja hoitosuositusten tulee olla mahdollisimman helposti löydettävissä ja saatavilla, jotta niitä voidaan hyödyntää näytön käyttöön otossa. Kansainväliset (esim. EU:n rahoitusohjelmat) ja kansalliset (esim. valtio, apurahasäätiöt) toimijat ovat merkittäviä vaikuttajia tutkimusrahoituksen näkökulmasta, sillä ne ovat omalta osaltaan päättämässä, millaisille tutkimuskohteille rahoitusta myönnetään ja sen myötä, minkälaisia tutkimuksia on käytettävissä näyttöön perustuvan toiminnan perustaksi.⁴

INFOBOKSI 3: Tiedon tarpeet, joihin järjestelmällisillä katsauksilla haetaan vastauksia²⁴.

HOITO, HOITOMENETELMÄ TAI PALVELU	käyttökelpoisuus (feasibility)	Miten käytännöllisiä tai toteuttamiskelpoisia eri hoitotyön käytännöt ovat ottaen huomioon muun muassa taloudellisen arviointitiedon?
	tarkoituksenmukaisuus (appropriateness)	Miten tarkoituksenmukaisia hoitotyön käytännöt tai toimintatavat ovat paikalliseen kontekstiin suhteutettuna?
	merkityksellisyys (meaningfulness)	Miten yksilöt kokevat hoidon ja terveystalvvelut?
	vaikuttavuus (effectiveness)	Mitkä hoitotyön käytännöt ovat vaikuttavimpia?

Kansallisella tasolla tutkijat ja hoitotyön asiantuntijatehtävissä toimivat ovat tutkimustoiminnan ja järjestelmällisten katsausten tuottamisen lisäksi mukana myös kansallisten hoitosuositusten laadinnassa ja levittämisessä. Järjestelmälliset katsaukset ja hoitosuosituksat toimivat kliinisessä työssä yhtenäisten näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämisen perustana.⁶ Asiakkaiden kannalta on etu, jos hoidolle on olemassa tietyt näyttöön (esim. hoitosuosituksiin) perustuvat kansalliset standardit, joita sosiaali- ja terveydenhuollossa noudatetaan. Tällöin hoidon laatu ei vaihtelee perusteettomasti eri organisaatioiden tai työntekijöiden välillä.⁵⁴ Näytön levittämisessä keskeinen rooli on myös hoitotyön opettajilla, jotka hyödyntävät järjestelmällisiä katsauksia ja hoitosuosituksia opetuksen perustana alan perus- ja täydennyskoulutuksessa⁶.

ESIMERKKI: Näyttöön perustuvat suositukset, toimintamallit ja -ohjeet tukirakenteina painehaavojen ehkäisyssä.

Kansallisella tasolla on laadittu *näyttöön perustuva hoitosuositus* painehaavojen ehkäisystä. Sen perusteella laaditaan hyvinvointialueella näyttöön perustuva yhtenäinen *toimintamalli* painehaavojen ehkäisyyn sekä organisaation tasolla *toimintaohjeet* hoitotyöntekijöille uuden potilaan painehaavariskin tunnistamiseksi. Esihenkilöille laaditaan tilastojen *seuranta- ja arviointiohjeet* siitä, miten painehaavariskin tunnistaminen käytännössä toteutuu.

Näyttöön perustuvan toiminnan toteutumisen kannalta on keskeistä, että tutkimustiedon ja siitä koostettavan näytön (*engl. extrenal evidence*) lisäksi on saatavilla seuranta- ja arviointitietoa

sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista, niiden laadusta ja tuloksista (*engl. internal evidence*)⁵⁵. Tätä tietoa tarvitaan erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita koskevien kehittämistarpeiden tunnistamiseksi ja sen arvioimiseksi, saavutetaanko kehitetyillä ja käyttönotetuilla näyttöön perustuvilla yhtenäisillä käytännöillä asetettuja laatutavoitteita. Tällaista seuranta- ja arviointitietoa voidaan kerätä kansallisesti^{56,57} sekä esimerkiksi hyvinvointialueiden tasolla. Tiedon keräämisen lisäksi keskeistä on sopia eri toimijoiden kesken vastuunjaosta ja varmistaa riittävät resurssit kerätyn tiedon hyödyntämiselle palveluiden kehittämisessä.

Alueellisen tason toimijoina vuonna 2023 käynnistyneet hyvinvointialueet ovat merkittävässä asemassa näyttöön perustuvan toiminnan edistämisessä. Hyvinvointialueiden strategioissa viitataan näyttöön perustuvaan toimintaan muun muassa toteamalla, että palvelujen kehittämisen yhtenä tavoitteena on palvelujen vaikuttavuuden ja laadun kehittäminen. Strategioiden tulee näkyä myös konkretiassa, esimerkiksi siinä, miten näyttöön perustuvan toiminnan toteutusta (esim. näytön levittäminen ja käyttöönotto) ja tuloksia arvioidaan, tai kuinka varmistetaan koko henkilöstön osaaminen^{58,59}. Tähän tavoitteeseen pääseminen edellyttää, että kehittämiselle varmistetaan riittävät resurssit ja huomioidaan näyttöön perustuva toiminta myös henkilöstösuunnittelussa (esim. asiantuntijatehtävissä toimivien klinisten asiantuntijoiden vakanssit). Tämä edellyttää, että myös hyvinvointialueiden ylempi johto, eli sekä poliittiset että operatiiviset päättäjät, on sitoutunut näyttöön perustuvan toiminnan edistämiseen johtamallaan hyvinvointialueilla. Sitoutumisen edellytyksenä on, että päätöksiä tekevillä tahoilla on käytössään tietoa siitä, miten näyttöä voidaan hyödyntää palvelujen kehittämisessä ja mitkä ovat ne hyödyt, joita näytön käyttönotolla voidaan saavuttaa⁶⁰.

Toimintayksikön tasolla näyttöön perustuvan toiminnan varmistamiseksi tarvitaan useita konkreettisia tukirakenteita. Toimintayksikön rakenteet, sosiaaliset normit, ryhmäprosessit ja olemassa olevat käytännöt joko edistävät tai estävät uuden intervention tai toimintatavan käyttöönoton^{9,39,46,47,61}. Siten organisaatiokulttuurilla on iso merkitys sille, miten henkilöstö suhtautuu muutoksiin ja kehittämistoimintaan^{39,58,59,62,63}. Johtajan oma suhtautuminen näyttöön perustuvaa toimintaa kohtaan näkyy organisaatiokulttuurissa. Johtajan asenteilla ja toiminnalla on merkitystä sille, miten tarpeellisenä henkilöstö näkee oman työnsä ja näyttöön perustuvan toiminnan. Johtajan tehtävänä onkin varmistaa, että kehittämistoiminnalle osoitetaan riittävät resurssit nykykäytäntöjen arvioimiseen (esim. toimivat palautejärjestelmät, auditointi, benchmarking) sekä tarvittaessa niiden kehittämiseen ja käyttöönottoon.^{6,58,64–66} Johtajien tulee myös huolehtia näytön levittämisestä^{18,67,68} ja jakaa tietoa näyttöön perustuvasta toiminnasta^{18,68} sekä varmistaa, että toimintayksikön työntekijöillä on mahdollisuus päästä mahdollisimman helposti näytön lähteille^{9,69}. Henkilöstön tulee tietää, mistä he saavat käyttöönsä esimerkiksi uusimmat hoitosuosituksen. Infoboksiin 4 on koottu johtajien tehtävät, joiden avulla johtajat voivat tukea näyttöön perustuvan toiminnan toteutumista.

INFOBOKSI 4: Johtajien merkitys on keskeinen näyttöön perustuvan toiminnan (NPT) toteutumisessa riippumatta siitä, toimivatko he lähi-, keskitason tai ylimmän tason johtajina.

JOHTAJUUDEN OSA-ALUEET	JOHTAJAN KESKEISET TEHTÄVÄT NÄYTTÖÖN PERUSTUVASSA TOIMINNASSA
Organisaation rakenteiden ja prosessien tuntemus	• huomioi NPT:n strategisissa linjauksissa^{69,70} • tunnistaa muutosta tukevia ja estäviä tekijöitä⁶⁵ • kehittää tukirakenteita^{6,18,68} • seuraa kansallisia ohjeistuksia ja rekistereitä⁶⁹ sekä kansallisten suositusten julkaisua
Johtamistyyli	• vahvistaa NPT:lle myönteistä organisaatiokulttuuria^{65,68,69} • on henkilöstölle saavutettava^{68,69} • tekee yhteistyötä muiden johtajien kanssa sekä saa ja antaa tukea^{18,68,71} • tekee yhteistyötä eri sidosryhmien (esim. tutkijat, kouluttajat, muut terveydenhuollon organisaatiot) kanssa^{18,58,68} • toimii vuorovaikutuksessa henkilöstön kanssa^{68,72} • kannustaa henkilöstöä innovatiivisuuteen^{18,68} • levittää tietoa NPT:sta^{18,68} • huolehtii toiminnan seurannasta^{18,67,68,70,72} • antaa palautetta ja motivoi^{58,68,69} • palkitsee tai kiittää henkilöstöä hyvin tehdystä työstä^{67,68}
Oma toiminta ja esimerkki	• toimii roolimallina^{58,68–70} • omaa tiedot ja ymmärryksen NPT:sta ja sen merkityksestä^{65,68} • huolehtii tukirakenteista näytön levittämiseksi^{18,67,68} • omaa valmiuden muutoksiin ja tukee muutosta^{67,68}
Riittävien resurssien varmistaminen	• varmistaa riittävän henkilöstön suhteessa työmäärään⁵⁸ • varmistaa henkilöstön pääsyn näytön lähteille^{9,18,69} • mahdollistaa mentoreiden toiminnan^{6,18,58,65,68} • varmistaa aikaresurssit toiminnan kehittämiseen^{58,72}
Henkilöstön osaamisen ja yhteistyön varmistaminen	• edistää henkilöstön tietoisuutta NPT:sta^{18,69} • tunnistaa ja tunnustaa osaamisen merkityksen^{68,69} • mahdollistaa koulutuksen^{7,18,58,65,67–69} • tukee mentoreiden toimintaa^{6,18,58,65,68} • varmistaa henkilöstön NPT-osaamisen^{18,68} sekä sen, että henkilöstöllä on riittävä osaaminen liittyen uuteen tai päivitettyyn yhtenäiseen käytäntöön • tukee henkilöstöä keskinäiseen yhteistyöhön^{58,70}
Asiakkaiden osallisuuden vahvistaminen	• huomioi asiakkaiden odotukset⁶⁹

Toimintayksikön henkilöstön osaamisen varmistaminen edellyttää jatkuvaa henkilöstön osaamisen seuranta, arviointia ja koulutusta. Erilaisten asiantuntijoiden ja mentoreiden osaamisen hyödyntäminen käytäntöjen kehittämisessä näkyy esimerkiksi siinä, että toimintayksikössä käytössä olevat ohjeistukset ja toimintaohjeet ovat ajan tasalla ja perustuvat näyttöön.^{9,18,30} Näyttöön perustuvalla toiminnalla ja yhtenäisten käytäntöjen kehittämisellä tuetaan henkilöstön päätöksentekoa⁶ ja perehdytyksellä varmistetaan, että uudet työntekijät osaavat toimia oikein ja turvallisesti heille uusissa tilanteissa^{4,73}. Yksi hoitotyön johtajan tehtävistä onkin

tukea ja ohjata kliinisessä hoitotyössä toimivia näyttöön perustuvaan toimintaan^{7,9,18,65,66} myös omalla esimerkillään^{18,65,69,74} ja johtajien keskinäisellä yhteistyöllä⁷¹.

ESIMERKKI: Näyttöön perustuvan toiminnan osaamisen varmistaminen.

Henkilöstön osaamisen varmistaminen koulutuksen^{30,58,75} ja harjoittelun avulla on keskeinen tekijä, jolla voidaan edistää näyttöön perustuvan toiminnan toteutumista⁵⁸. Näyttöön perustuvaan toimintaan liittyvän osaamisen varmistaminen aloitetaan jo tutkimukseen johtavassa koulutuksessa⁷⁶ ja sitä jatketaan järjestämällä toistuvaa koulutusta työssä oleville hoitotyöntekijöille^{7,77}. Osaamista arvioidaan, jotta sekä työntekijällä että esihenkilöllä on käsitys näyttöön perustuvan toiminnan osaamisesta yksilö- ja työyksiköitasolla sekä esihenkilön työtehtävästä riippuen myös laajemmin toimintayksikön tasolla. Osaamista voidaan arvioida esimerkiksi hoitotyöntekijän tietoja ja taitoja mittaavilla testeillä⁷⁸ sekä laajemmin näyttöön perustuvan toiminnan kompetenssia (tiedot, taidot, asenteet, uskomukset ja käyttäytyminen) mittaavilla testeillä⁷⁹. Myös esihenkilöiden oma osaaminen varmistetaan, jotta he voivat omalla toiminnallaan ja esimerkillään tukea näyttöön perustuvan toiminnan toteutumista ja vakiintumista^{18,58,65,68}.

Yksittäisen työntekijän tasolla todentuvat ne tukirakenteet, jotka on luotu näyttöön perustuvan toiminnan mahdollistamiseksi. Työntekijän tasolla tämä tarkoittaa sitä, että hänen saatavillaan on ajantasaista, tiivistettyä ja kriittisesti arvioitua näyttöä kliinisen päätöksentekonsa tueksi⁸⁰. Aikaisemmin eri tutkimuksissa (vrt. esimerkiksi^{31–33}) kuvattiin, kuinka työntekijöiden tuli toimintansa kehittämisen perustaksi hakea itse tietokannoista tutkimuksia ja arvioida niiden luotettavuus ennen niiden hyödyntämistä päätöksenteossa. Nykyisin tätä pidetään kohtuuttomana vaatimuksena jo siitäkin syystä, että työntekijöille ei ole allokoitu tähän riittävästi aikaa. Tutkimustiedon tiivistäminen toimintaa ja päätöksentekoa ohjaavaksi näytöksi edellyttää myös erityisosaamista. Nykyisen näkemyksen mukaan työntekijän vastuulla ei siis ole itse hakea, arvioida ja koota alkuperäistutkimuksista näyttöä, vaan hänen käytössään tulee olla luotettavaksi arvioitua ja tiivistettyä näyttöä, kuten näyttöön perustuvia hoitosuosituksia^{4,74,81}. Työntekijän kannalta tilanne on paras silloin, kun hänellä on käytössään käytännön työtä ohjaavia konkreettisia toimintamalleja ja -ohjeita, joiden laadinnan perusteena ovat olleet joko omassa työyksikössä tai muualla kehitetyt ja hyväksi havaitut näyttöön perustuvat yhtenäiset käytännöt. Toimintamallit ja -ohjeet tukevat kliinisessä työssä työntekijän näyttöön perustuvaa päätöksentekoa. Tämän lisäksi kunkin asiakkaan yksilölliset kokemukset, tarpeet ja odotukset sekä konteksti, jossa hoitoa toteutetaan (esim. sairaala, koti tai ympärivuorokautista hoivaa tarjoava yksikkö), ovat keskeisessä roolissa tehtäessä yhdessä asiakkaan kanssa hänen hoitoaan koskevia päätöksiä.⁴

Työntekijän vastuulla on toimia sovittujen yhtenäisten käytäntöjen mukaisesti, ellei asiakkaan tilanne muuta vaadi. Hänen tulee myös osallistua hoidon arviointiin. Samoin hänen vastuullaan on oman osaamisensa ylläpitäminen ja kehittäminen.^{4,6} Edellä olevat vaatimukset edellyttävät, että jokainen työntekijä ymmärtää, mistä näyttöön perustuvassa toiminnassa on kyse^{7,23}.

Yhteenveto

FinYHKÄ-toimintamallissaTM on kuvattu kansainvälisen, kansallisen, alueellisen ja toimintayksikön tason tukirakenteet, jotka ovat ennakkoehtoja näyttöön perustuvalla toiminnalla. Näillä tukirakenteilla varmistetaan edellytykset luotettavan näytön tuottamiselle ja saatavuudelle, henkilöstön osaamisen varmistamiselle, näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen kehittämiselle, käyttönotolle, arvioinnille ja seurannalle. Myös hoitotyöntekijöillä on oma keskeinen vastuunsa toimia näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen mukaisesti. Viime kädessä vain siten voidaan varmistaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävien kansalaisten hoito on näyttöön perustuvaa.

5.2 Näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön kehittämis- ja käyttöönottoprosessi

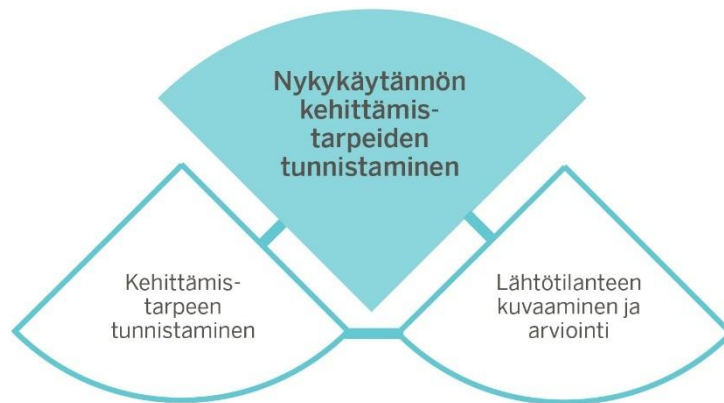
FinYHKÄ-toimintamallissaTM näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen kehittäminen on prosessi, joka sisältää neljä päävaihetta: 1) Nykykäytännön kehittämistarpeiden tunnistaminen, 2) Yhtenäisen käytännön kehittämisen ja käyttöönoton suunnittelu, 3) Yhtenäisen käytännön kehittäminen ja käyttöönotto, 4) Yhtenäisen käytännön seuranta ja arviointi⁴ (Kuvio 4). FinYHKÄ-toimintamallin prosessin vaiheet perustuvat KTA-viitekehyksessä ja JBI:n NPTH-mallissa kuvattuihin vaiheisiin^{5,44,45,51}.



Kuvio 4. Näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön kehittämisprosessi.

5.2.1 Nykykäytännön kehittämistarpeiden tunnistaminen

Nykykäytännön kehittämistarpeiden tunnistamisen vaiheessa arvioidaan, miksi toimintaa on tarve kehittää ja mitä siinä tulee kehittää, sekä kuvataan ja arvioidaan nykykäytäntöä koskeva lähtötilanne (Kuvio 5). Tämä prosessin ensimmäinen vaihe auttaa tunnistamaan kehittämistarpeen ja arvioimaan, kuinka laajasta muutoksesta on kyse. Tässä vaiheessa koottu tieto auttaa arvioimaan resurssitarpeita käytännön kehittämisen ja käyttöönoton aikana sekä tukemaan henkilöstöä sitoutumaan tulevaan muutokseen.



Kuvio 5. Nykykäytännön kehittämistarpeiden tunnistaminen.

Kehittämistarpeen tunnistaminen

Kehittämisprosessin käynnistyessä on keskeistä tunnistaa, miksi käytäntöjä tai toimintaa on syytä kehittää ja yhtenäistää⁸². Kehittämistarpeen lähtökohtana voi olla niin sanottu pakottava tilanne (esim. lait ja asetukset), joka voi liittyä esimerkiksi lakiin perustuvaan potilaan oikeuteen saada tietoa saattohoitoon liittyvistä kivunlievitysvaihtoehtoista. Kehittämisprosessi voi perustua myös muuhun tunnistettuun tarpeeseen, kuten motivaatioon ja tarpeeseen kehittää toimintaa palautteen tai toiminnan arvioinnin perusteella.⁸³ Näissä kummassakin tilanteessa kehittämistarpeiden tarkempi tarkastelu on välttämätöntä^{32,44,84,85}.

Kehittämistarpeen tunnistamisessa keskeisiä ovat kansallisesti, alueellisesti tai toimintayksikön tasolla kerätyt seuranta- ja arviointitiedot, kuten rekisterit, tilastot sekä palautteet (*engl. internal evidence*). Nämä tiedolla johtamisen välineet auttavat tunnistamaan kehittämistarpeita ja niiden taustalla olevia syitä³⁹, jotka voivat liittyä organisaation rakenteisiin, prosesseihin ja hoidon tuloksiin^{54,86}.

- Rakenteisiin liittyviä tekijöitä, kuten
 - terveydenhuoltojärjestelmien sisäiset, toimimattomat rakenteet⁶¹, esimerkiksi hierarkkinen päätöksenteko⁸⁵
 - terveydenhuollon kustannukset ja niiden kasvu^{44,85,87}, jotka edellyttävät perehtymistä edullisempiin, mutta yhtä vaikuttaviin vaihtoehtoihin⁸⁸
 - resurssien puute tai niiden virheellinen kohdentaminen^{4,54,83}, esimerkiksi hoitotyöntekijöiden riittämättömyys tai osaamisen puute
 - näyttöön perustuvan toiminnan mahdollistavien tukirakenteiden kehittämistarpeet¹⁸, esimerkiksi mentoroinnin puute tai vaikeudet päästä tietokantoihin.
- Prosesseihin liittyviä tekijöitä, kuten
 - vanhentuneet^{9,17,44,89} tai muuten perusteettomat toimintatavat⁶¹
 - käytäntöjen tai hoitomenetelmien perusteeton vaihtelu^{4,54,83}
 - havaitut toimintaan tai potilaiden hoitomenetelmiin liittyvät puutteet tai riskit^{44,85,88,89}
 - työntekijöiltä saatu palaute^{4,64} nykykäytäntöihin liittyvistä ongelmista tai muualla paremmiksi havaituista toimintatavoista⁴⁴

- hoitomenetelmien tarkoituksenmukaisuuden ja/tai käyttökelpoisuuden kehittämistarve⁵.

➤ Tuloksiin liittyviä tekijöitä, kuten

- tyytymättömyys hoidon, interventioiden (esim. hoitomenetelmän) tai palvelujen laatuun ja lopputuloksiin^{4,54,83}
- hoito ei ole riittävän vaikuttavaa ja/tai merkityksellistä⁵
- asiakkailta saatu palaute⁴, ettei hoito tai palvelu vastaa heidän tarpeitaan^{44,88}.

ESIMERKKI: Tiedolla johtaminen ja sen merkitys näyttöön perustuvassa toiminnassa.

Toimintayksikössä todetaan seurantatietoihin perustuen, että vuosittain on otettu merkittävä määrä virheellisiä tuloksia antaneita laboratorionäytteitä. Syyksi on tunnistettu asiakkaiden puutteellinen valmistautuminen laboratorionäytteiden ottoon. Tämä on aiheuttanut lisäkustannuksia, kun asiakkailta on jouduttu ottamaan uusintanäytteitä. Pahimmassa tapauksessa virheelliset laboratoriotulokset ovat voineet johtaa väärään diagnoosiin ja/tai virheisiin hoidossa. Tarkistuksen perusteella toimintayksikössä on havaittu, että asiakkaiden ohjauksessa on puutteita ja perusteetonta vaihtelua, ja siten on tunnistettu tarve näyttöön perustuvalle yhtenäiselle käytännölle ja ohjeistukselle asiakkaiden ohjaamiseksi laboratorionäytteiden ottoa varten (esim. ravinnotta olo tai fyysisen rasituksen välttäminen ennen näytteenottoa). Yhtenäisten näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämisen ja käyttöönoton jälkeen voidaan organisaatiossa arvioida seuranta- ja arviointitiedon (*engl. internal evidence*) avulla, onko virheellisten laboratorionäytteiden määrä vähentynyt aikaisemmasta.

Nykykäytännön tarkastelu voi käynnistyä myös seuranta- ja arviointitiedon avulla havaittujen muutosten perusteella (esim. havainto painehaavojen lisääntymisestä päivystysosastolla). Kun tilanne tunnistetaan, etsitään näyttöä (esim. Hotus-hoitosuositus⁹⁰), ja verrataan esimerkiksi päivystysosaston nykyykäytäntöjä hoitosuosituksessa kuvattuihin käytäntöihin sekä tehdään suunnitelma näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön kehittämisestä painehaavojen vähentämiseksi.

Kehittämistarve voidaan havaita myös silloin, kun aihealueesta julkaistaan kansallinen hoitosuositus^{4,44,85}. Tällöin arvioidaan, onko nykyinen toimintayksikössä käytössä oleva käytäntö hoitosuosituksen mukainen. Jos käytäntö on suosituksen mukainen, arvioidaan, toimivatko kaikki yhtenäisen käytännön mukaisesti vai onko hoitotyöntekijöiden toiminnan välillä perusteetonta vaihtelua.³⁹

ESIMERKKI: Hoitosuosituksen mukainen toiminta.

Hotus-hoitosuositus⁹⁰ suosittelee, että painehaavan riskinarviointi tehdään mahdollisimman pian asiakkaan saavuttua hoitoon. Riskinarviointi toistetaan säännöllisesti, jotta voidaan tunnistaa asiakkaat, joilla on suurentunut riski saada painehaava. Potilasasiakirjoja tarkasteltaessa todetaan, että riskinarviointi on ollut sattumanvaraista. Tarkastelun seurauksena toimintayksikössä laaditaan suunnitelma hoitosuosituksen mukaisen painehaavariskin järjestelmälliseen arviointiin. Tavoitteena on tunnistaa kaikki paineinaavariskissä olevat asiakkaat ja käynnistää heidän kohdallaan hoitosuosituksen mukaiset ennaltaehkäisevät toimenpiteet.

Henkilöstön tulee olla aktiivisesti mukana kehittämistarpeen tunnistamisessa. Osallistuessaan kehittämiseen suunnitteluvaiheesta alkaen henkilöstö ymmärtää uuden toimintatavan tuomat mahdollisuudet ja hyödyt, kokee oman osallisuutensa merkitykselliseksi sekä tuntee, että muutos toteutetaan yhdessä^{47–49}. Myös asiakkaiden aktiivisella osallistumisella kehittämistarpeen tunnistamisvaiheeseen on suotuista vaikutus prosessin etenemiselle³⁰.

Lähtötilanteen kuvaaminen ja arviointi

Kehittämistarpeen tunnistamisen ohella tulee kuvata ja arvioida myös laajemmin kehittämistarpeen lähtökohtia. Nykykäytäntöjen ja toimintatapojen arviointi auttaa tunnistamaan ja kuvaamaan lähtötilanteen (esim. painehaavojen ilmaantuvuus), johon kehittämisen tuloksia voidaan myöhemmin verrata ja arvioida^{4,91}. Lisäksi lähtötilanteen arviointi auttaa tunnistamaan, millainen on nykykäytäntö ja siihen liittyvät rakenteet (esim. resurssit) ja prosessit (esim. toimintatavat). Tämä auttaa arvioimaan kehittämistarpeen laajuutta.

Nykykäytäntöä kuvattaessa ja arvioitaessa tulee pohtia:

1. Millaisia ovat nykykäytäntö ja siihen liittyvät toimintaohjeet sekä asiakkaille laaditut ohjeet? Vaihtelevatko käytännöt toimintayksiköiden välillä? Millaiset resurssit ja muut rakenteet on käytettävissä?
2. Miten isosta muutoksesta nykykäytäntöjen kehittämisessä on kyse ja mitä käytäntöjen kehittäminen tulee koskemaan?
Lähtötilanteen arviointi auttaa tunnistamaan, mitä kaikkia kehittämistoiminta tulee koskemaan sekä kuinka suuresta muutoksesta tai kehittämistarpeesta todennäköisesti on kyse. Esimerkiksi, onko kyse olemassa olevan toiminnan vahvistamisesta ja sen vakiinnuttamisesta vai sen uudistamisesta osittain tai kokonaan.⁴ Mitä isommasta muutoksesta on kyse, sitä enemmän se vaatii aikaa, resursseja ja henkilöstön sitoutumista muutosprosessiin^{16,39}. Näissä tapauksissa muutos kannattaa yleensä jakaa pienempiin osiin, jolloin myös henkilöstön on helpompi sitoutua muutosprosessiin.
3. Ketkä hyötyvät nykykäytäntöjen kehittämisestä?
Käytäntöjen ja palvelujen kehittämisessä tulee arvioida, mitä ja kenelle tai keille niiden kehittämisestä ja uudistamisesta on hyötyä. Kun henkilöstö tunnistaa kehittämisen tarpeellisuuden ja sen hyödyt, heidän on helpompi hyväksyä tilanne ja sitoutua tulevaan muutokseen^{5,18,44}. Kehittämisprosessiin tulee ottaa mukaan mahdollisimman laajasti niitä, joita muutos tulee suoraan tai välillisesti koskemaan.

Näyttöön perustuvassa toiminnassa tehottomien ja vanhentuneiden hoitokäytäntöjen karsimisesta hyötyvät asiakkaat, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköt ja työntekijät. Suurin hyöty tulee asiakkaille, kun käytössä ovat näyttöön perustuvat, vaikuttavat ja asiakkaille merkitykselliset hoitomenetelmät ja palvelut. Asiakkaille hyöty näkyy ennen kaikkea hoidon lopputuloksissa^{9,16,18,44}. Toimintayksiköt hyötyvät siitä, että turhat ja tehottomat käytännöt karsitaan ja niistä vapautuneita resursseja voidaan hyödyntää paremmin^{9,16}. Työntekijät hyötyvät muun muassa siitä, että he saavat perustan ja vahvistusta omalle toiminnalleen ja ymmärtävät, mikä vaikutus näyttöön perustuvalla yhtenäisellä toimintatavalla on potilaiden hoidon lopputuloksiin (esim. sairaalahoidon lyhentyminen). Tämän on todettu myös edistävän työntekijöiden työtyytyväisyyttä.^{18,92}

ESIMERKKI: Kehittämisen tarpeellisuuden ymmärtäminen.

Hoitotyöntekijät voivat kokea, että asiakkaiden asennon vaihtaminen tietyin väliajoin (esim. 2–3 tunnin välein) on liian aikaa vievää, eikä siihen ole riittäviä resursseja. Hoitotyöntekijöiden ymmärrystä asentohoidon tärkeydestä voidaan vahvistaa käymällä yhdessä läpi hoitosuositus painehaavojen ehkäisystä ja tunnistamisesta, ja siinä esille tuodut perusteet asentohoidon toteutukselle ja sen merkitykselle⁹⁰. Yhtenäisen käytännön merkityksen ymmärtäminen helpottaa käytäntöön sitoutumista.

4. Mitkä tekijät edistävät tai estävät nykykäytäntöjen kehittämistä?

Mitä isommasta muutoksesta on kyse, sitä enemmän se vie aikaa ja muita resursseja. Muutosta, kuten yhtenäisen näyttöön perustuvan käytännön käyttöönottoa ja vakiinnuttamista, edistävien ja estävien tekijöiden tunnistaminen on siten tärkeää jo arvioitaessa nykykäytäntöjen kehittämistarpeita. Edistävät tekijät tukevat muutoksen onnistumista, kun taas estävien tekijöiden tunnistaminen auttaa ennakoimaan ja ratkaisemaan ongelmia, joita muutosprosessin aikana väistämättä syntyy.^{65,93} Edistävien ja estävien tekijöiden (Taulukko 3) tunnistaminen auttaa myöhemmin suunnitteluvaiheessa laatimaan erilaisia kohdennettuja strategioita käytännön käyttöönottoon ja sen vakiinnuttamisen edistämiseen, ja siten ne ovat tärkeitä muutoksen onnistumiselle^{5,44,61,64}.

Taulukko 3. Näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämistä ja käyttöönottoa edistävät tai estävät tekijät.^{30,44,58,59,63,75,93–96}

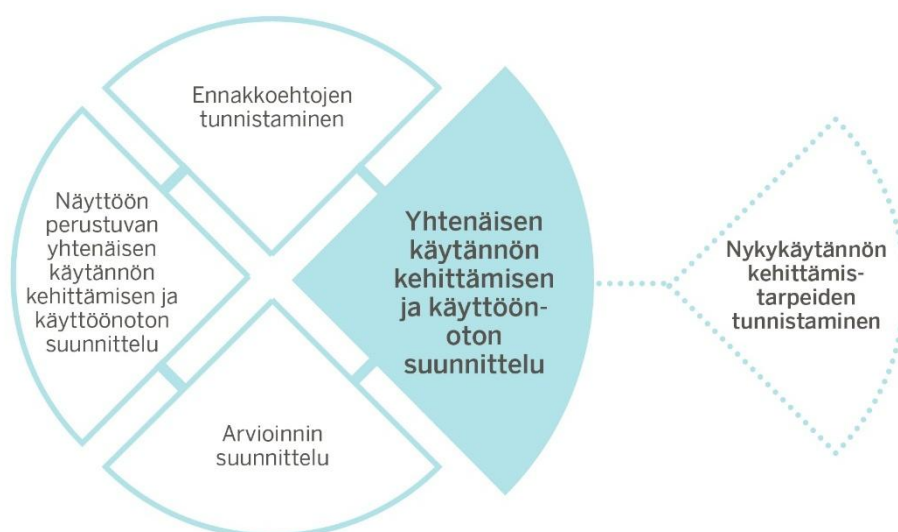
KONTEKSTI	EDISTÄVÄT JA ESTÄVÄT TEKIJÄT
Terveystenhuoltojärjestelmään liittyvät	toimintaympäristö eli konteksti: esim. organisaatiokulttuuri, johtajien toiminta, pääsy luotettavan tiedon lähteille, henkilöstön vaihtuvuus ja tiedonkulku resurssit: esim. tukirakenteet, henkilöstön riittävyys suhteessa työmäärään toimintayksikön ulkopuoliset tekijät: esim. tutkijoiden ja päättäjien välinen yhteistyö toiminnan seuranta ja arviointi: esim. henkilöstön osallistuminen toiminnan seurantaan ja arviointiin
Henkilöstöön liittyvät	henkilöstön asenteet: esim. muutosvastarinta, tutkimustietoon suhtautuminen henkilöstön tiedot ja taidot: esim. tietoisuus hoitosuosituksista ja miten niitä voi hyödyntää käytännössä, ymmärrys näyttöön perustuvasta toiminnasta toimintatavat ja -käytännöt: esim. henkilöstön osaaminen ja tehtävät, keskinäinen yhteistyö, koulutusmahdollisuudet
Intervention (esim. hoitomenetelmään, toimintaan) liittyvät	luotettavaksi arvioidun näytön saatavuus: esim. näyttöön perustuva hoitosuositus tai järjestelmällinen katsaus näyttöön perustuvan intervention käyttökelpoisuus ja soveltuvuus: esim. soveltuvuus toimintaympäristöön tai asiakkaan hoitoon

Yhteenveto

Nykykäytäntöjen kehittämistarpeen taustalla voi olla useita syitä, jotka voivat liittyä toimintayksikön rakenteisiin, prosesseihin tai hoidolla, interventioilla ja palveluilla saavutettaviin lopputuloksiin, tai näihin kaikkiin. Kehittämistarvetta arvioitaessa tulee tunnistaa, miksi muutos on tarpeen (esim. seuranta- ja arviointitietoon perustuen tai havaintoon, että nykykäytäntö ei vastaa julkaistun hoitosuosituksen suosittelemaa käytäntöä), miten laajasta muutoksesta on kyse, keitä muutos koskee, ketkä hyötyvät muutoksesta ja mitkä tekijät toimintayksikössä mahdollisesti tukevat tulevaa muutosta tai ovat sen esteenä.

5.2.2 Yhtenäisen käytännön kehittämisen ja käyttöönoton suunnittelu

Nykykäytäntöjen kehittämistarpeen arvioinnin jälkeen seuraava vaihe on laatia suunnitelma näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön kehittämisestä ja käyttöönotosta (Kuvio 6). Edellisessä vaiheessa kerättyä tietoa kehittämistarpeesta, sen laajuudesta ja lähtötilanteesta käytetään suunnittelun pohjana. Suunnitelman laatiminen on keskeinen osa kehittämisprosessia. Se auttaa tunnistamaan eri toimijoiden tehtäviä, vastuita ja resurssitarpeita sekä valmistautumaan uuden tai päivitetyn yhtenäisen käytännön käyttöönottoon ja vakiinnuttamiseen. Näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön suunnittelu aloitetaan kehittämisen suunnittelun kanssa samanaikaisesti, sillä ne ovat kiinteästi kytköksissä toisiinsa.



Kuvio 6. Näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön kehittämisen ja käyttöönoton suunnittelu.

Näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön kehittämisen ja käyttöönoton suunnittelu sisältää kolme päävaihetta: a) ennakkoehtojen tunnistaminen, b) näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön kehittämisen ja käyttöönoton suunnittelu ja c) arvioinnin suunnittelu (Taulukko 4). Näitä vaihteita ja niiden sisältöjä tarkastellaan tarkemmin tässä luvussa. Hyvin toteutettu suunnitteluprosessi auttaa ennakoimaan tekijöitä, joilla on merkitystä näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön kehittämisessä, käyttöönotossa ja vakiinnuttamisessa. Uuden toimintatavan käyttöönotossa on tärkeää, että koko työyhteisö ymmärtää muutoksen tarpeellisuuden ja on siinä mukana.^{47–49} Näin etenkin silloin, jos kyseessä on koko toimintayksikön toimintaa koskevaa muutos.

Taulukko 4. Yhtenäisen käytännön kehittämisen ja käyttöönoton suunnittelun vaiheet.

SUUNNITTELUN VAIHE	SISÄLTÖ
a. Ennakkoehtojen tunnistaminen	Suunnittelu- ja kehittämisprosessin hallinta Muutosagenttien tunnistaminen, rekrytointi ja sitouttaminen suunnitteluun ja kehittämiseen Toimintaympäristön eli kontekstin tunteminen: analyysi ja toimintaympäristön huomiointi Kehittämisen ja käyttöönoton onnistumiseen vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen Näytön ja käyttöönotonmenetelmien soveltuvuuden arviointi suhteessa toimintaympäristöön
b. Näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön kehittämisen ja käyttöönoton suunnittelu	Näytön hyödyntäminen yhtenäisen käytännön kehittämisessä Eri toimijoiden tehtävien ja vastuiden määrittely Henkilöstön sitoutumisen tukeminen Tarvittavien resurssien arviointi Käyttöönottoa ja vakiinnuttamista tukevien kohdennettujen strategioiden ja menetelmien suunnittelu
c. Arvioinnin suunnittelu	Rakenteiden tarkastelu Prosessien tarkastelu Lopputulosten tarkastelu

a. Ennakkoehtojen tunnistaminen

Kehitettävän tai päivitettävän käytännön suunnittelutyö lähtee liikkeelle NV-teorian mukaisesti ennakkoehtojen^{47–49} ja eri toimijoiden vastuiden⁶ määrittelyllä.

Suunnittelu- ja kehittämisprosessin hallinta

Kehittämisprosessin ja käyttöönoton suunnittelua käynnistettäessä ensimmäisinä tehtävinä on sopia prosessin hallintaan ja sen vastuisiin liittyvistä käytännön kysymyksistä. Mitä isommasta muutoksesta yhtenäisten käytäntöjen kehittämisessä on kyse, sitä tärkeämpää on, että harkitaan erillisen projektin perustamista, jolloin projektille nimetään johtaja ja tarvittaessa ohjausryhmä^{16,44,85}. Muutoksen laajuudesta riippuen johtajan tai ohjausryhmän tehtäviin kuuluu varmistaa seuraavien asioiden toteutuminen:

- projektin johtajan^{44,97} sekä muiden suunnittelu- ja kehittämisprosessiin osallistuvien nimeäminen sekä vastuiden ja tehtävien määrittely^{44,98}
- ajantasaisen näytön, kuten aiheeseen liittyvän hoitosuosituksen tai järjestelmällisen katsauksen hyödyntäminen yhtenäisen käytännön kehittämisessä^{18,44,64}
- kehittämistä tukevien ja estävien tekijöiden kartoittaminen⁹⁸
- resurssien varmistaminen^{44,64,97}
- projektin aikataulus ja aikataulun hallinta⁹⁸

- projektin etenemisestä ja tuloksista tiedottaminen projektiin osallistuville ja niille, joita muutos koskettaa^{44,98}.

Muutosagenttien tunnistaminen, rekrytointi ja sitouttaminen suunnitteluun ja kehittämiseen

Näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen kehittämisen ja käyttöönoton suunnittelussa tulee huomioida, kuinka muutoksen kannalta keskeiset toimijat eli niin sanotut muutosagentit tulevat varhaisessa vaiheessa mukaan suunnitteluprosessiin ja heidät sitoutetaan yhtenäisten käytäntöjen kehittämiseen ja käyttöönottoon^{44,47,48}. Muutosagenttien tunnistaminen ja sitouttaminen toiminnan kehittämiseen tukee muutoksen onnistumista. He toimivat fasilitaattoreina, joiden tehtävänä on muun muassa edistää ja vahvistaa näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämistä ja käyttöönottoa^{16,18,58,98,99} sekä kouluttaa henkilöstöä^{18,96}. Muutosagentit myös osaltaan varmistavat, että kaikki asianosaiset ovat tietoisia muutoksen tarkoituksesta ja tavoitteista, jolloin ne, joita muutos koskee, todennäköisesti hyväksyvät muutoksen^{18,44}.

Muutosagentteja voivat olla esimerkiksi erilaisissa asiantuntijatehtävissä toimivat ja eri tason johtajat, erityisesti lähijohtajat^{18,44}. Muutosagenttien toimintatavat voivat vaihdella, mutta joitakin yhteisiä tunnuspiirteitä heidän toiminnassaan on tunnistettavissa. He tukevat muutoksen etenemistä määrätietoisesti kohti tavoitteita pyrkien samalla luomaan luottamukselliset suhteet kehittämiseen osallistuvien kanssa. Muutosagenttien toiminnassa keskeistä onkin viestinnästä huolehtiminen, vuorovaikutuksessa tapahtuva ongelmanratkaisu ja toimivien yhteistyösuhteiden rakentaminen.^{44,64,98} Näyttöön perustuvan toiminnan tukeminen edellyttää myös, että muutosagentti on itse näyttöön perustuvan toiminnan asiantuntija^{18,58,96,97,99}. Muutosagentit voivat toimia myös kehittämisprojektin johtajina. Jos kyseessä on koko organisaatiota koskeva muutos, projektin johtajana on yleensä henkilö, jolla on riittävä päätösvalta projektiin mahdollisesti palkattavista henkilöistä ja muista resursseista. Tällöin muutosagentit toimivat projektinjohtajan tukena auttaen esimerkiksi luomaan kehittämisen tukirakenteita^{18,97,98}.

Toimintaympäristön eli kontekstin tunteminen: analyysi ja toimintaympäristön huomiointi

Toimintaympäristön, johon näyttöön perustuvaa yhtenäistä käytäntöä ollaan kehittämässä ja käyttöönottamassa, tunteminen edellyttää toimintaympäristön ja siihen liittyvien tekijöiden huolellista analysointia. Tietoja hyödynnetään näyttöön perustuvaa yhtenäistä käytäntöä kehitettäessä ja käyttöönottoa suunniteltaessa. Kerätyt tiedot auttavat arvioimaan näytön soveltuvuutta ja räätälöimään käytäntöä toimintaympäristöä vastaavaksi, sekä huomioimaan toimintaympäristön kompleksisuutta ja moniulotteisuutta^{5,47,48}. Ne auttavat myös kehittämään kohdennettuja käyttöönottostrategioita huomioiden toimintaympäristöön liittyvät näyttöön perustuvaa toimintaa edistävät ja estävät tekijät. Kontekstin huolellinen analyysi edistää muutoksen onnistumista myös jatkossa, kun muita yhtenäisiä käytäntöjä kehitetään näyttöön perustuen. Toimintaympäristöä analysoitaessa edellä mainitut muutosagentit ovat keskeisessä roolissa, sillä he tuntevat yleensä hyvin toimintaympäristön, jossa he toimivat ja jossa yhtenäisten käytäntöjen kehittäminen tapahtuu. Toimintaympäristöön liittyvien muiden tekijöiden ohella he usein tunnistavat myös mahdolliset muutosta edistävät tai sitä estävät tekijät.^{64,98,100}

Toimintaympäristön analyysissä kiinnitetään huomiota seuraaviin tekijöihin⁴⁴:

- toimintaympäristö ja sen rakenne: esimerkiksi henkilöstörakenne, henkilöstön riittävyys suhteessa työmäärään sekä päätöksentekotavat (keskitetty tai hajautettu)
- työpaikan kulttuuri: esimerkiksi työpaikan arvot ja uskomukset

- kommunikaatio: esimerkiksi työpaikan viestintä ja tiedonvälitys
- johtaminen: esimerkiksi johtajien antama konkreettinen tuki
- resurssit: esimerkiksi taloudelliset resurssit
- tiedot, taidot ja asenteet: esimerkiksi henkilöstön osaaminen ja motivaatio
- sitoutuminen laadun hallintaan: esimerkiksi seurataanko toiminnan tuloksia
- moniammatillinen yhteistyö: esimerkiksi yhteistyö ja luottamus eri ammattihenkilöiden välillä.

Kontekstin analyysissä voidaan hyödyntää esimerkiksi SWOT-analyysiä, jossa arvioidaan toimintaan liittyvät vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhkat⁴⁴. Kontekstin analyysiin on kehitetty myös muita työkaluja¹⁰¹.

Kehittämisen ja käyttöönoton onnistumiseen vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen

Yhtenäisen käytännön kehittämisen sekä käyttöönoton ja siihen sisältyvän vakiinnuttamisen onnistumiseen vaikuttavat tekijät ovat hyvin samanlaisia¹⁰². Ne tulee tunnistaa suunnitteluprosessin varhaisessa vaiheessa, jotta ne voidaan huomioida suunnitelmaa laadittaessa. Tekijät voidaan jakaa esimerkiksi seuraavasti:

1. Innovaatioon liittyvät tekijät, esimerkiksi miten

- asiakkaat hyväksyvät hoitomenetelmän tai toimintatavan ja noudattavat sitä¹⁰³
- sopiva tai sovellettavissa oleva interventio on kyseiseen kontekstiin^{16,28,53,61,102,103}
- vaikuttava interventio on tai mitkä ovat sen hyödyt^{53,102}
- täsmällisesti ja tarkasti interventio voidaan ottaa käyttöön ja vakiinnuttaa kyseisessä kontekstissa^{61,97,102}

2. Kontekstiin eli toimintaympäristöön liittyvät tekijät, esimerkiksi

- ilmapiiri ja organisaatiokulttuuri^{28,97,102–104}
- johtaminen ja johtajan antama tuki^{24,61,65,66,85,97,102}
- toimintaympäristön ominaisuudet, kuten sen rakenne, prosessit ja toimintatavat^{16,24,61,85,102,103}
- järjestelmän ja toimintatapojen muutosherkkyys^{97,102}

3. Kapasiteettiin eli muutoskykyyn liittyvät tekijät, esimerkiksi

- sisäisten ja ulkoisten fasilitaattoreiden, kuten asiantuntijoiden käyttö^{18,102}
- resurssit, kuten rahoitus ja henkilöstön osaaminen^{28,61,85,97,102–104}
- yhteisön ja sidosryhmien tuki¹⁰²

4. Prosesseihin ja vuorovaikutukseen liittyvät tekijät, esimerkiksi

- toiminnan suunnittelu¹⁰²
- ammattilaisten sitoutuminen ja yhteistyö^{18,102}
- jaettu päätöksenteko sidosryhmien kanssa^{85,102}
- sääntöjen ja toimintatapojen yhteensovittaminen¹⁰²
- arviointi- ja palautekäytännöt^{16,18,97,102}
- koulutus^{18,65,97,102}

Näytön ja näytön käyttöönotton menetelmien soveltuvuuden arviointi suhteessa toimintaympäristöön

Näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön suunnittelussa tulee tarkastella näyttöä ja sen soveltuvuutta tarkastelun kohteena olevaan toimintaympäristöön. Arviointi kohdistuu siihen, onko esimerkiksi hoitosuositus sellaisenaan hyödynnettävissä vai onko joitakin perusteltuja syitä sille, että se ei kaikilta osin ole soveltuva kyseiseen toimintaympäristöön^{5,61}.

ESIMERKKI: Näytön soveltuvuuden arviointi suhteessa toimintaympäristöön.

Hyvinvointialueella kehitetään iäkkäiden asiakkaiden sairaalasta kotiutumisen prosesseja. Kehittämishankkeessa hyödynnetään Hotus-hoitosuositusta *lääkään turvallinen kotiutuminen sairaalasta* (2020)¹⁰⁵. Kehittämiskohteena olevan kotihoidon iäkkäistä asukkaista monet ovat muistisairaita, joten kehitettäessä yhtenäistä käytäntöä sairaalasta kotiutumiseen, tulee heidän kohdallaan huomioida iäkkäiden muistisairautta sairastavien erityistarpeet. Tarkastelu kohdistuu siten esimerkiksi siihen, kuinka kotiutumiseen liittyvä ohjaus toteutetaan ja miten huomioidaan yksin asuvan muistisairaalan hoidon toteutuminen ja kotona asumisen turvallisuus.

Näytön soveltuvuuden ohella toimintaympäristöjen keskinäinen erilaisuus voi vaikuttaa näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön ja sen käyttöönoton suunnitteluun. Vaikka tavoitteena on luoda kansallisesti yhtenäisiä näyttöön perustuvia käytäntöjä, on otettava huomioon, että hyvinvointialueilla sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköt ja hoitotyön toimintaympäristöt ovat erilaisia. Erot eri hyvinvointialueilla johtuvat muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen sisällöllisistä erityispiirteistä, kuten erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palvelujen erilaisista painopisteistä ja henkilöstörakenteen eroista. Näyttöön perustuva yhtenäinen käytäntö ja sen käyttöönotto tulee siten suunnitella kuhunkin toimintaympäristöön soveltuvaksi. Jos yhtenäinen käytäntö on kehitetty eri toimintaympäristössä kuin mihin sitä ollaan käyttöön ottamassa, tulee arvioida käytännön soveltuvuus sekä se, miten se on räätälöitävissä uuteen toimintaympäristöön⁸².

b. Näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön kehittämisen ja käyttöönoton suunnittelu

Kun ennakkoehdot ja eri toimijoiden vastuut on tunnistettu, laaditaan suunnitelma näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön kehittämisen ja käyttöönoton toteutuksesta, sekä vakiinnuttamisesta sen osana. Suunnitelmassa kuvataan seuraavat asiat: näytön hyödyntäminen yhtenäisen käytännön kehittämisessä, eri toimijoiden tehtävien ja vastuiden määrittely, henkilöstön sitoutumisen tukeminen, tarvittavien resurssien arviointi sekä käyttöönottoa ja vakiinnuttamista tukevien kohdennettujen strategioiden ja menetelmien suunnittelu.

Näytön hyödyntäminen yhtenäisen käytännön kehittämisessä

Näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen taustalla tulee olla paras mahdollinen näyttö, kuten hoitosuositus tai järjestelmällinen katsaus^{4,55,80,106}, jossa aihetta koskevia tutkimuksia on tarkasteltu kattavasti ja järjestelmällisesti sekä arvioitu niiden laatu ennen johtopäätösten esittämistä. Jos aiheesta ei ole hoitosuositusta tai järjestelmällistä katsausta tai aiheesta on tehty vain vähän tutkimusta, voi tällöin näyttönä toimia hyvälaatuisiksi arvioitu yksittäinen tutkimus tai asiantuntijoiden konsensus asiasta, mikäli sen todetaan kriittisen arvion jälkeen edustavan sillä hetkellä parasta mahdollista näyttöä aiheesta^{98,107}. Näissä tilanteissa on kuitenkin aina muistettava, että näyttö ei ole vahvaa ja harhan riski on tavallista suurempi¹⁰⁶. Kehittämistarpeen ollessa laaja tulee varmistaa, että kehittämiskohdetta koskevaa näyttöä on tarkasteltu riittävän kattavasti. Laajan kehittämistyön perustaksi voidaan siten tarvita useita hoitosuosituksia ja järjestelmällisiä katsauksia, jotta näyttö kattaa koko kehitettävän yhtenäisen käytännön.

Huomioitavaa on, että näyttöön perustuvan toiminnan peruseriaatteen mukaisesti hyödynnettävän näytön tulee edustaa tietoa, jonka pohjalta voidaan muodostaa paras mahdollinen ymmärrys tarkasteltavasta aiheesta. Siten tarkasteltaessa esimerkiksi jonkin menetelmän vaikuttavuutta, tarjoaa satunnaistetuilla kontrolloiduilla tutkimuksilla tuotettu ja niistä järjestelmälliseen katsaukseen tiivistetty tutkimustieto vahvinta näyttöä. Arvioitaessa saatavilla olevaa näyttöä ja sen hyödyntämistä, tarkastelu tulee siten aina tehdä suhteessa siihen, mihin asiaan ja näkökulmaan ollaan hakemassa vastauksia.^{5,24,107}

Tutkimustiedosta kootun näytön (*engl. external evidence*) ohella tulee myös arvioida hyvinvointialueella kerätyn seuranta- ja arviointitiedon (*engl. internal evidence*) hyödyntämisen tarvetta. Seuranta- ja arviointitieto voi auttaa arvioimaan esimerkiksi yhtenäisen käytännön toteutuksessa tarvittavien resurssien riittävyttä tai siihen liittyviä kustannuksia.

Suunniteltaessa yhtenäistä käytäntöä hyödynnetään nykykäytännön ja parhaan mahdollisen näytön vertailua ja laaditaan yksityiskohtainen suunnitelma tarvittavista muutoksista sekä mahdollisen oheismateriaalin, kuten konkreettisten toimintaohjeiden, asiakkaille kohdennettujen ohjeiden ja tarkistuslistojen laadinnasta. Suunnittelussa on tärkeää ottaa huomioon toimintaympäristö, ja räätälöidä käytäntö kyseiseen toimintaympäristöön soveltuvaksi.

ESIMERKKI: Näyttöön perustuva yhtenäinen käytäntö.

Leikkaustoimenpiteisiin ja niihin liittyviin anestesiaoihin liittyy riski tahattomaan alilämpöisyyteen, josta voi olla merkittävää haittaa asiakkaalle. Hotus-hoitosuosituksessa *Aikuispotilaan normotermian ylläpito perioperatiivisen hoitoprosessin aikana* (2022)¹⁰⁸ suositellaan käyttämään yhtenä menetelmänä hypotermian ehkäisyssä nesteenlämmityslaitteella lämmitettyjä i.v.-nesteitä. Suunnitelmaa laadittaessa selvitetään nykykäytäntö, eli lämmitävätkö kaikki hypotermiariskissä olevia asiakkaita hoitavat anestesiahoitajat kyseisten asiakkaiden i.v.-nesteet nesteenlämmityslaitteella. Mikäli käytäntö ei ole yhtenäinen, laaditaan suunnitelma tämän käytännön yhtenäistämiseksi. Edellä kuvatus näyttöön perustuvan käytännön käyttöönoton edellytyksenä on, että leikkausosastolla on käytettävissä nesteenlämmittimiä kaikille hypotermiariskissä oleville asiakkaille, ja että anestesiahoitajilla on tarvittava osaaminen niiden käyttöön.

Eri toimijoiden tehtävien ja vastuiden määrittely

Näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön kehittämisessä ja käyttöönotossa jokaisella toimijalla on oma roolinsa, joka on keskeistä määritellä yhtenäisen käytännön kehittämistä ja käyttöönottoa suunniteltaessa. Tehtävien ja vastuiden määrittelyssä voidaan hyödyntää FinAME-asiantuntijuusmalliaTM, jossa eri ammattiryhmien roolit ja vastuut on kuvattu suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon erityispiirteet huomioiden⁶. Tehtävien ja vastuiden määrittelyssä tulee aina huomioida henkilöstön osaaminen sekä yksilöllinen vaihtelu näyttöön perustuvan toiminnan osaamisessa.

Eri toimijoiden tehtäviä ja vastuita määriteltäessä varsinaisen käytännön kehittämisen ja käyttöönoton lisäksi tulee määritellä vastuut muun muassa seuraaviin tehtäviin liittyen: tiedottaminen, potilas- ja toimintaohjeiden päivittäminen, seuranta ja arviointi. Suunnitelmassa kuvataan kunkin toimijan (esim. johto- ja hallintotehtävissä toimiva, projektinjohtaja, muutosagentti) ja ammattiryhmän (esim. sairaanhoitajien, lähihoitajien) vastuut yhtenäisen toimintatavan käyttöönotossa ja vakiinnuttamisessa hyödyntäen esimerkiksi FinAME-asiantuntijuusmalliaTM.⁶

Henkilöstön sitoutumisen tukeminen

Henkilöstön sitoutuminen on yksi näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön kehittämistä, käyttöönottoa ja vakiintumista edistävä tekijä. Siten henkilöstön sitoutumiseen siihen, että kaikki noudattavat yhtenäistä käytäntöä, tulee kiinnittää huomiota jo suunnitelman laadinnan yhteydessä. Sitoutumisen kannalta keskeistä on, että henkilöstö tietää, mihin muutos toimintatavoissa perustuu. Tämä on muutoksen tarpeen ymmärtämisen perusta. Näytön käyttöönottoa ja henkilöstön sitoutumista edistäviä menetelmiä voivat olla esimerkiksi:

- muutosagenttien, mentoreiden ja mielipidejohtajien tuki^{5,18,96}: asiaan perehtyneiden tuki motivoi muita.
- henkilöstön koulutus^{18,27,65,69,97}: etenkin, jos kyseessä on aivan uuden menetelmän tai toimintatavan opettelu. Koulutuksella varmistetaan, että henkilöstö toimii sovitun yhtenäisen käytännön mukaisesti⁹
- näytön integrointi päätöksentukeen^{5,27,97,109}: esimerkiksi muistutukset sähköisessä päätöksentuen auttavat työntekijöitä huomioimaan kliinisessä päätöksenteossa näytön ja yhtenäisen käytännön mukaisen toiminnan, jolloin nopeutetaan päätöksentekoa ja edistetään potilas- ja asiakasturvallisuutta ja hoidon laatua¹⁰⁹
- asiakkaiden odotukset ja tarpeet: kun asiakkaat ovat tietoisia oikeanlaisesta toiminnasta, he osaavat edellyttää sitä henkilöstöltä. Tämä on todettu esimerkiksi käsihygienian noudattamisessa.⁸³

ESIMERKKI: Mentoreiden toiminta.

Henkilöstön sitoutumisen tukemisessa sellaisten mentoreiden merkitys on keskeinen, jotka ovat näyttöön perustuvan toiminnan asiantuntijoita. He voivat osallistua muun muassa henkilöstön koulutukseen ja motivointiin. Samoin he voivat toimia esimerkkeinä organisaatiokulttuurin kehittämisessä siten, että se mahdollistaa näyttöön perustuvan toiminnan. Heidän tehtäviinsä voi kuulua myös toimintaa koskevan tiedon keruu ja sen raportointi hoitotyön johtajille toiminnan kehittämiseksi.⁹⁶

Tarvittavien resurssien arviointi

Näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön kehittämiseen ja käyttöönottoon tulee olla riittävät resurssit, jotta suunnitelman toteuttaminen on mahdollista. Suunnitelmaa laadittaessa resursseista kuvataan esimerkiksi seuraavat asiat:

- henkilöstö: huomioon otetaan henkilöstön rakenne ja määrä suhteessa muutokseen ja sen laajuuteen. Keskeistä on pohtia, millaisia henkilöstön lisäresurssitarpeita käytännön kehittäminen ja käyttöönotto edellyttää.
- henkilöstön osaaminen: jotta henkilöstö voi toimia sovitun yhtenäisen käytännön mukaisesti, on koulutuksesta ja henkilöstön osaamisen varmistamisesta huolehdittava⁹. Suunnitelman laadinnassa otetaan huomioon henkilöstön osaamisen nykytila sekä minkälaisesta muutoksesta on kyse, kuinka suuri muutos nykyisestä toimintatavasta on uuteen toimintatapaan ja onko kyse yhtä ammattiryhmää koskevasta vai moniammatillisesti toteutettavasta muutoksesta. Suunnitelmassa tulee siten arvioida, kuinka laajaa koulutusta mahdollisesti tarvitaan, ja mitä muita henkilöstön osaamisen varmistamisen menetelmiä käytännön kehittäminen ja käyttöönotto edellyttää.
- tarvittava välineistö ja niihin liittyvät kustannukset.
- käytettävissä oleva aika ja sen suhde yhtenäisen käytännön kehittämisen laajuuteen. Lisäksi tulee arvioida, viekö vai vapauttaako uusi yhtenäinen käytäntö henkilöstön aikaa.

Käyttöönottoa ja vakiinnuttamista tukevien kohdennettujen strategioiden ja menetelmien suunnittelu

Näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön käyttöönottoa ja vakiinnuttamista osaksi normaalia toimintaa tulee tarkastella jo kehittämisprojektin alkuvaiheessa. Käyttöönoton ja vakiinnuttamisen edistämisen keinoja on useita. Ne voivat liittyä asiantuntijuuteen ja sen kehittämiseen sekä toimintayksikköön ja sen toimintaan. Usein käytössä on useamman eri keinon yhdistelmä¹¹⁰. Esimerkkinä yksittäisistä keinoista on eri tutkimuksissa mainittu muun muassa seuraavia:

- mielipidevaikuttajien esimerkki^{95,96,104,110}
- asiantuntijoiden selkeät roolit ja vastuut^{6,95}
- johtajien antama tuki ja heidän esimerkinsä^{18,65,66,69,95,97,110}
- organisaation tuki⁹⁵
- koulutus^{18,65,77,91,95,110}
- tutkimusklubit^{91,104,110}
- sähköiset tai manuaaliset muistutukset^{24,97,104,109,110}
- moniammatilliset tiimit¹¹⁰
- taloudelliset kannustimet¹¹⁰
- toiminnan seuranta, arviointi ja palaute^{18,95,97,110}

Käyttämällä vain yhtä edellä mainituista menetelmistä, voi jäädä huomioimatta muut näytön käyttöönottoon ja näyttöön perustuvan toiminnan edistämiseen liittyvät näkökulmat. Tämän vuoksi useamman käyttöönottoa tukevan strategian ja menetelmän yhdistäminen tuottaa yleensä parhaita tuloksia. Menetelmiä valittaessa tulee huomioida toimintaympäristöön liittyvät haasteet ja menetelmien kustannustehokkuus.¹⁰⁰ Sopivien menetelmien valintaan vaikuttaa myös se, millaisesta yhtenäisestä käytännöstä on kyse ja millaisessa toimintaympäristössä se ollaan ottamassa käyttöön⁸³. Jos käyttöönotossa on kyse vain pienistä muutoksista nykykäytäntöön, kuten potilasohjeen yksittäisistä tarkennuksista, on sen vakiinnuttaminen helpompaa. Sen sijaan esimerkiksi koko hyvinvointi- tai yhteistoiminta-aluetta koskevien uusien toimintaohjeiden käyttöönotto vaatii yleensä tarkempaa suunnittelua menetelmistä, joilla käyttöönottoa ja vakiinnuttamista tuetaan. Laajempi muutos edellyttää yleensä useampien erilaisten käyttöönottoa tukevien menetelmien samanaikaista käyttöä.

c. Arvioinnin suunnittelu

Kehitettävän käytännön ja sen käyttöönoton arviointia sekä sitä koskevan tiedon hyödyntämistä tulee tarkastella jo suunnitteluvaiheessa. Seurantatietoon perustuva arviointi antaa tietoa kehitystyön tuloksellisuudesta ja sen vakiintumisesta osaksi toimintayksikön toimintaa. Arviointia tulee toteuttaa koko kehittämis- ja käyttöönottoprosessin ajan ja sitä tulee jatkaa myös niiden päättymisen jälkeen.

Arvioinnin suunnittelussa kiinnitetään huomiota siihen, miten toimintayksikön rakenteet ja prosessit tukevat tavoiteltavien tulosten saavuttamista ja miten tavoiteltaviin tuloksiin on päästy. Suunniteltaessa arvioinnin toteutusta ja käytettäviä mittareita voidaan pohtia esimerkiksi seuraavia kysymyksiä:

Rakenteiden tarkastelu

- Ovatko näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön kehittämiseen tarkoitetut resurssit riittävät ja oikein kohdennetut?

- Ovatko henkilöstön osaamista tukevat rakenteet riittävät?
- Ovatko näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön käyttöönottoon tarkoitetut resurssit riittävät?

Prosessien tarkastelu

- Miten näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön kehittämis- ja käyttöönottoprosessia sekä sen onnistumista tullaan arvioimaan?
- Miten uuden käytännön yhdenmukaista toteutusta tullaan seuraamaan ja arvioimaan?
- Miten käytäntö säilyy yhtenäisenä ajan kuluessa?
- Miten vakiintumista tullaan seuraamaan ja arvioimaan?
- Miten henkilöstön osaamista tullaan arvioimaan?

Lopputulosten tarkastelu

- Saavutettiin tulokset, joita näyttöön perustuvalla yhtenäisellä käytännöllä oli tarkoitus saavuttaa?
- Miten henkilöstö kokee uuden käyttöönotetun käytännön? Entä asiakkaat?
- Vastaako henkilöstön osaaminen yhtenäisen käytännön laadukkaan toteutuksen edellytyksiä?

Arvioinnin suunnitteluvaiheessa tulee

- *sopia vastuista* eli kuka tai ketkä vastaavat kehittämisprosessin eri vaiheista ja prosessin etenemisestä.
- *valita mittarit*, joiden avulla kehittämisprosessia ja käytäntöjen yhtenäistämistä tullaan seuraamaan ja arvioimaan.
- *miettiä raportointia ja kootun tiedon hyödyntämistä*
 - mitä, kenelle, miten ja missä raportoidaan
 - miten ja kuinka laajasti raportoidaan ja
 - miten raportoinnilla koottua tietoa on tarkoitus hyödyntää.¹¹¹

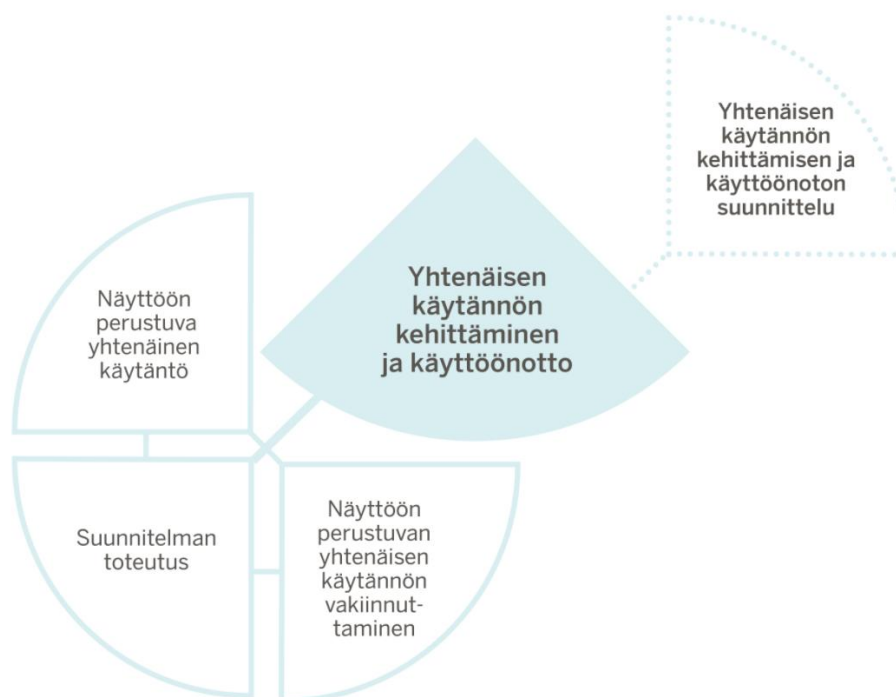
Sen lisäksi, että suunnitellaan uuden käytännön ja sen käyttöönoton arviointia, on tärkeää suunnitella myös kehittämis- ja käyttöönottoprosessin kokonaisarviointia. Tässä arvioinnissa koottua tietoa voidaan hyödyntää seuraavissa kehittämisprosesseissa.

Yhteenveto

Suunnitteluvaihe on keskeinen osa kehittämisprosessia. Suunnitelman laajuus perustuu nykykäytännön vertaamiseen ajantasaiseen näyttöön, kuten hoitosuositukseen. Suunnittelussa huomioidaan onnistuneen suunnitelman ennakkoehdot, konteksti sekä henkilöstön osallisuus, koulutus ja sitoutumisen tukeminen. Käyttöönotossa hyödynnetään useita menetelmiä, kuten mentoreiden tukea, henkilöstön koulutusta, näytön integrointia päätöksentukeen ja henkilöstön sekä asiakkaiden osallistumista.

5.2.3 Yhtenäisen käytännön kehittäminen ja käyttöönotto

Seuraavana vaiheena on yhtenäisen käytännön kehittäminen ja sen käyttöönotto. Tämä vaihe sisältää suunnitelman toteutuksen ja näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön vakiinnuttamisen (Kuvio 7).



Kuvio 7. Yhtenäisen käytännön kehittäminen ja käyttöönotto.

Suunnitelman toteutus

Kun suunnitelma näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön kehittämisestä, käyttöönotosta ja vakiinnuttamisesta on laadittu, siirrytään suunnitelman toteutukseen. Tällöin varmistetaan, että kaikki ne henkilöt, joiden työhön uusi toimintatapa tulee jollakin tapaa vaikuttamaan, tietävät suunnitelmasta sekä omasta osuudestaan siinä. Kun henkilöstö osallistuu suunnitelman toteutukseen, heillä on mahdollisuus vaikuttaa uuteen käytäntöön ja sen käyttöönottoon. Näin esimerkiksi paikalliset olosuhteet voidaan huomioida riittävästi. Tämä edistää henkilöstön sitoutumista uuteen käytäntöön, ja toisaalta varmistaa uuden toimintatavan vakiintumisen koko henkilöstön toimintatavaksi.

Kuten aiemmin todettiin, uuden yhtenäisen käytännön laajuus voi vaihdella riippuen nykykäytännön kehittämistarpeen kartoituksesta saadusta tuloksesta ja sen perusteella laaditusta suunnitelmasta. Se voi olla suppeampi, kuten asiakkaan omahoidon ohjaukseen päivitetty potilasohje tai tiettyyn hoitotoimenpiteeseen kohdentuva työyksikön sisäinen toimintaohje. Se voi olla myös koko laajempaa toimintayksikköä koskeva käytäntö ohjeistuksineen, kuten toimintaohje

painehaavojen ehkäisyssä tai hyvinvointialueelle kehitetty digitaalinen hoitopolku tietyille asiakasryhmälle.

Kun suunnitelmassa kuvattu **näyttöön perustuva yhtenäinen käytäntö** on luotu tai päivitetty ja sen käyttöönoton ja vakiinnuttamisen onnistumiseen liittyvät tekijät on tunnistettu, tulee varmistaa, että yhtenäinen käytäntö on kaikkien asianosaisten tiedossa ja heillä on käyttöönottoon vaadittava osaaminen. Johtajien toimiessa esimerkkeinä ja näyttöön perustuvan toiminnan mahdollistajina, henkilökunta voi nähdä oman toimintansa tärkeänä ja merkityksellisenä. Myös mentorit ovat avainasemassa tukemaan henkilökuntaa sitoutumaan yhtenäisen käytännön toteutumiseen^{4,18,95}. Käyttöönottoa ja vakiinnuttamista edistää se, että henkilöstö ymmärtää yhtenäisen käytännön mahdollisuudet ja hyödyt⁴⁷⁻⁴⁹.

ESIMERKKI: Etäyhteydellä toteutetun ohjauksen¹¹² kehittäminen ja käyttöönotto.

Hyvinvointialueella päätettiin kehittää etäyhteydellä toteutettavia palveluita. Näiden palveluiden käyttöönotto käsitti koko hyvinvointialueen, joten muutos kohdentui laajaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja kansalaisten ryhmään. Henkilöstö osallistui muutokseen heti suunnitteluvaiheessa, jolloin he pääsivät vaikuttamaan niin tilojen suunnitteluun kuin tarvittavien laitteistojen hankintaan. Henkilöstölle järjestettiin räätälöity koulutus kunkin osaamistarpeen mukaisesti. Etäyhteydellä toteutettavia palveluja suunniteltaessa ja käyttöönotettaessa hyvinvointialueella arvioitiin kunkin toimintaympäristön ja asiakasryhmän sopivuus etäohjausmenetelmän käyttöönotolle, varmistettiin tarpeellisen laitteiston olemassaolo sekä asiakkaan asiointin toteutuminen tietoturvasääntöjen mukaisesti. Henkilöstö koulutettiin arvioimaan jokaisen asiakkaan kohdalla yksilöllisesti, soveltuuko ohjaus etäyhteydellä toteutettavaksi asiakkaan kokonaistilanne ja valmiudet huomioiden.

Näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön vakiinnuttaminen

Näyttöön perustuvan toiminnan hyödyt saavutetaan vain, jos näyttöön perustuvat käytännöt vakiinnutetaan osaksi normaalia toimintaa^{16,28,96,102,113}. Jos kyseessä on esimerkiksi koko hyvinvointialueen toimintaa koskeva näyttöön perustuva yhtenäinen käytäntö, tulee sen käyttöönotto ja vakiinnuttaminen^{16,29} varmistaa sitomalla se hyvinvointialueen strategiaan^{30,97} sekä seuraamalla ja arvioimalla, miten toiminta on muuttunut^{16,18}. Uuden toimintatavan käyttöönotto ja vakiinnuttaminen onnistuu, jos käytännön pitkäjänteiseen tukeen kiinnitetään huomiota. Yksittäisten työntekijöiden toiminnalla saadaan toivottuja tuloksia vain silloin, kun johtajat eri tasoilla tukevat ja varmistavat näyttöön perustuvien käytäntöjen käyttöönottoa ja vakiinnuttamista.^{24,97} Näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön noudattamisen tueksi voidaan kehittää erilaisia strategioita (esim. ohjaus, palautteet) ja muistutuksia (esim. tarkistuslista), joiden avulla voidaan huolehtia siitä, että käytäntöjä noudatetaan kuten on sovittu¹⁰².

Uuden näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön (esim. hoitomenetelmän tai toimintatavan muutos) vakiinnuttaminen normaaliin toimintaan vaatii kärsivällisyyttä ja sinnikkyyttä. Se edellyttää kaikkien asianosaisten sitoutumista. Henkilöstön sitoutuminen on helpompaa, jos se näkee uudesta toimintatavasta olevan hyötyä itselleen ja asiakkaille. Hyöty voi näkyä esimerkiksi ajansäästönä ja/tai asiakkaan hoidon parempina tuloksina.¹¹⁴ Jos yhtenäinen käytäntö liittyy asiakkaan hoitoon, kuten uuteen hoitomenetelmään tai potilasohjeeseen, on terveydenhuollon ammattilaisten tehtävänä kertoa asiakkaalle perustelut hoitokäytännön muutokselle. Siten tuetaan asiakkaiden sitoutumista uuteen käytäntöön perustuvaan hoitoon⁸³.

Uuden yhtenäisen käytännön (esim. toimintatavan tai hoitomenetelmän) vakiinnuttaminen osaksi normaalia toimintaa ei ole helppoa^{102,115}. Se vaatii aikaa¹¹⁴ ja resursseja, kuten rahoitusta^{97,102}. Vaikka uuden hoitomenetelmän tai toimintatavan käyttöönotto onnistuisi, se ei aina vakiinnu normaaliaksi toiminnaksi, vaan vanhaan käytäntöön tai toimintatapaan palataan usein tahattomasti

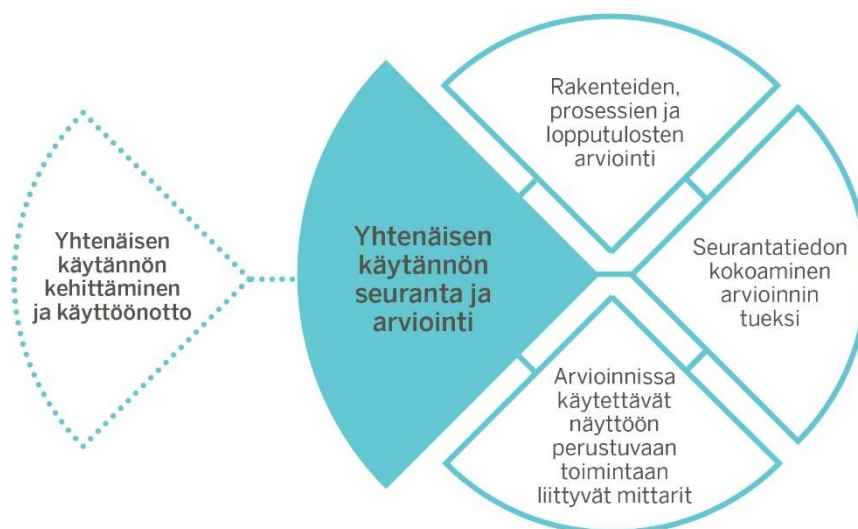
ja huomaamatta⁵⁸. Ongelmaksi voi tulla esimerkiksi se, että työntekijät muokkaavat käytäntöä oman mielensä mukaisesti. Tällöin voidaan vähitellen menettää ne hyödyt, joita uudella yhtenäisellä käytännöllä tai toimintatavalla oli mahdollista saavuttaa.¹⁰² Seuranta- ja arviointitiedon keruu on siten välttämätöntä, jotta perusteettomiin vaihteluihin voidaan puuttua ajoissa.

Yhteenveto

Suunnitelman laatimisen jälkeen siirrytään näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön kehittämiseen, käyttöönottoon ja vakiinnuttamiseen. Tarkoituksena on, että yhtenäinen käytäntö vakiintuu työyhteisön normaaliksi toimintatavaksi. Käyttöönotto ja vakiinnuttaminen ei ole helppoa etenäkään, jos muutos aikaisempaan on iso ja vaatii useita eri toimenpiteitä. Useita käyttöönottoon ja vakiinnuttamiseen liittyviä keinoja on tunnistettu, joiden yhdistäminen tuottaa yleensä parhaat tulokset.

5.2.4 Yhtenäisen käytännön arviointi

Yhtenäisen käytännön seurannassa ja arvioinnissa huomio on rakenteiden, prosessien ja lopputulosten arvioinnissa, seurantatiedon kokoamisessa arvioinnin tueksi ja siinä, millaisia näyttöön perustuvan toiminnan mittareita arvioinnissa käytetään (Kuvio 8).



Kuvio 8. Yhtenäisen käytännön seurannan ja arvioinnin prosessi.

Rakenteiden, prosessien ja lopputulosten arviointi

Yhtenäisten käytäntöjen kehittämisen ja käyttöönoton arviointi on tärkeää, mutta haastavaa^{44,82}. Seurantatiedon keräämistä ja sen pohjalta tehtävää arviointia tulee suunnitella ja toteuttaa koko kehittämisprosessin ajan, kuten FlNYHKÄ-toimintamallinTM edellä kuvatuissa vaiheissa on esitetty. Arviointi käynnistyy heti ensimmäisessä vaiheessa, kun kuvataan ja arvioidaan nykykäytäntöä ja sen kehittämistarvetta, ja se jatkuu läpi kehittämis- ja käyttöönottoprosessin aina lopputuloksen arviointiin saakka^{44,82}.

Kehittämisen- ja käyttöönottoprosessin kokonaisarvioinnissa huomiota kiinnitetään siihen, mikä on tukenut yhtenäisten käytäntöjen kehittämistä, käyttöönottoa ja vakiinnuttamista tai mitkä ovat olleet niitä tekijöitä, joiden vuoksi prosessin aikana on ollut ongelmia^{16,83}. Tietoa kehittämisprosessin onnistumisista tai epäonnistumisista voidaan hyödyntää seuraavissa kehittämisprosesseissa, joten niistä on hyvä raportoida mahdollisimman tarkasti. Jos arviointi keskittyy pelkästään kehitetyn yhtenäisen käytännön lopputulosten arviointiin, on se liian suoraviivaista syy-seuraussuhteiden arviointia. Siinä ei esimerkiksi oteta huomioon kehitetyn yhtenäisen käytännön käyttöönottoon liittyvien tekijöiden tai kontekstin vaikutusta lopputulokseen⁸².

Näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön sekä sen kehittämisen ja käyttöönoton arvioinnissa huomio kiinnitetään vastaavan kaltaisiin tekijöihin, joihin arviointi kohdennettiin jo kehittämistarpeita arvioitaessa (ks. kohta 5.2.1) eli rakenteisiin, prosesseihin sekä yhtenäisen käytännön lopputuloksiin⁸³ (Infoboksi 5) Toisin sanoen huomiota kiinnitetään siihen, 1) millaiset resurssit ja tukirakenteet on käytössä sekä vastaavatko ne tarvetta, 2) miksi toimintaa on tarve kehittää ja mitä siinä tulee kehittää sekä 3) millaisia tuloksia on saatu uudella yhtenäisellä käytännöllä. Onko esimerkiksi kehittämisen ja käyttöönoton resurssit (rakenne) kohdennettu tarkoituksenmukaisesti, ovatko käytännöt ja toimintatavat (prosessit) yhdenmukaistuneet ja onko hoidon tai palvelujen laatu (tulokset) parantunut.^{9,16,18,83} Tulosten arvioinnissa verrataan lähtötilannetta ja yhtenäisellä käytännöllä saavutettuja tuloksia, jolloin saadaan tietoa siitä, onko tilanne muuttunut tavoiteltuun suuntaan⁴⁴.

Keskeistä on kehittämis- ja käyttöönottoprosessin sisällä kohdentaa arviointia myös siihen, miten käytäntö vakiintuu osaksi normaalia toimintaa. Arvioinnissa huomiota tulee lisäksi kiinnittää siihen, millä tarkkuudella kukin työntekijä jatkossa käytäntöä noudattaa^{16,102}, onko näyttöön perustuva yhtenäinen käytäntö integroitu normaaliin toimintaan^{16,97,102,115} sekä liitetty eri asiakasryhmien hoitopolkuihin ja siten varmistettu, etteivät käytännöt vaihtelee perusteettomasti¹⁹.

ESIMERKKI: Hoitopolkujen merkitys.

Hoitopolkujen käyttöönotolla voidaan sairaaloissa vaikuttaa erityisesti asiakkaiden hoitotuloksiin, mutta myös ammattilaisten ja organisaation toimintaan liittyviin tekijöihin. Seuranta- ja arviointitiedon perusteella on todettu, että hoitopolut voivat vähentää sairaalainfektioihin liittyviä komplikaatioita (esim. painehaavoja, virtsatieinfektioita, leikkausinfektioita), hoitoaikoja, lääkekustannuksia ja sairaalakustannuksia.¹⁹

Jos kehittämiseen ja käytännön vakiinnuttamiseen (ml. seuranta ja arviointi) käytetyt resurssit eivät ole riittävät, ei niillä voida tuottaa parasta mahdollista lopputulosta. Riittämättömät resurssit tekevät vakiinnuttamisesta haasteellisen tai jopa mahdottoman ja johtavat siihen, että toiminnassa palataan huomaamatta vanhoihin käytäntöihin.^{16,28,29} Siksi myös käytännön vakiinnuttamiseen sekä vakiintumisen arviointiin tulee kiinnittää erityistä huomioita aina suunnitteluvaiheesta alkaen^{28,29,82} ja yhtenäisen käytännön mukaista toimintaa tulee seurata ja arvioida säännöllisesti^{44,91,95,115}.

Edellä kuvatun lisäksi arviointia tulee kohdentaa henkilöstön osaamiseen sekä sitä tukeviin rakenteisiin ja prosesseihin. Tällä varmistetaan, että koko henkilöstöllä on riittävä osaaminen käyttöön otetusta uudesta tai päivitetystä näyttöön perustuvasta käytännöstä. Osaamisen arvioinnin perusteella henkilökunnalle järjestetään lisäkoulutusta tai kehitetään muita osaamista tukevia rakenteita (mm. mentorointi, perehdytyskäytännöt), joilla pyritään varmistamaan, että kaikkien toiminta säilyy yhtenäisen käytännön mukaisena. Yhtenäiseen käytäntöön kohdentuvan

osaamisen arvioinnin lisäksi huomiota tulee kiinnittää henkilöstön ja johtajien yleiseen näyttöön perustuvan toiminnan osaamiseen ja sen tukemiseen.

INFOBOKSI 5: Arvioinnin kohteet.

ARVIOINNIN KOHTEET

Arviointi voi kohdistua:

- **nykykäytäntöön:** esim. vastaako nykykäytäntö näyttöä, vastaavatko käytössä olevat resurssit tarpeita, millaisia tuloksia on saavutettu
- **näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön kehittämis- ja käyttöönottoprosessiin:** esim. kuinka sujuva kehittämisprosessi oli, vastasivatko resurssit tarpeita, saavutettiin tavoitellut tavoitteet
- **kehitettyyn näyttöön perustuvaan yhtenäiseen käytäntöön:** esim. vastaako käytäntö näyttöä ja kehittämistarvetta, toteutuuko käytäntö yhdenmukaisesti ja sovitun mukaisesti (*engl. fidelity*), millaisia tuloksia saavutetaan suhteessa tavoitteisiin, onko käytäntö vakiintunut käytäntöön
- **henkilöstön ja johtajien osaamiseen:** esim. onko koulutus ja perehdytys riittävää, onko näyttöön perustuvan toiminnan osaamisessa kehittämistarpeita

Seurantatiedon kokoaminen arvioinnin tueksi

Toiminnan jatkuva arviointi ja sen perustaksi koottu seurantatieto (esim. haavainfektioiden tai painehaavojen ilmaantuvuus ja siinä tapahtuneet muutokset tietyllä aikavälillä) auttavat tunnistamaan mahdollisia uusia kehittämistarpeita, joihin liittyen haetaan tutkimusnäyttöä ja käynnistetään uusi kehittämisprosessi. Seurantatieto auttaa myös tunnistamaan jo käytössä olevien käytäntöjen päivitystarpeita ja arvioimaan käytössä olevien käytäntöjen ajantasaisuutta. Koska uutta tutkimustietoa kertyy koko ajan, on myös aikaisemmin kehitettyjen yhtenäisten käytäntöjen ajantasaisuutta syytä arvioida aika ajoin uudelleen etenkin, jos toimintaympäristössä tapahtuu muutoksia, terveydenhuollossa kehitetään uusia hoitomenetelmiä tai julkaistaan päivitetty tai uusi hoitosuositus. Kyse on siis koko ajan liikkeessä olevasta prosessista.^{16,28}

Arvioinnissa hyödynnettäviä tiedolla johtamisen välineitä:

- toimintayksikössä tai hyvinvointialueella kerättävä seurantatieto (esim. painehaavojen ilmaantuvuus, asiakaspalaute, resursseja ja kustannuksia koskeva tieto)
- kansalliset laatuindikaattorit (esim. kansallinen diabetesrekisteri¹¹⁶)
- validoidut mittarit (esim. henkilöstön osaamista arvioivat tietotestit⁷⁸; PROM- ja PREM-mittarit, kuten elämänlaatumittarit).

Terveydenhuollon palveluja käyttävien osallistumiseen hoidon ja palvelujen arviointiin niiden kehittämisen ohella on kiinnitetty huomiota entistä enemmän. Terveydenhuollon toimintayksiköt, joissa organisaatiokulttuuri tukee henkilöstön ja asiakkaiden osallistumista, ja joiden sisäiset verkostot ovat toimivia, ovat menestyneet muita paremmin uusien käytäntöjen käyttöönotossa.³⁰ Tarkkaan on kuitenkin harkittava, millä tavoin asiakkaat osallistuvat toimintaan, jotta heitä ei kuormiteta liikaa⁸³. Asiakkaiden osallistuminen sosiaali- ja terveystalouden kehittämiseen on tärkeää myös siksi, että palvelut ovat nimenomaan heitä varten. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) suosittelee esimerkiksi asiakasfoorumien, -raatien ja käyttäjäneuvostojen hyödyntämistä arvioinnissa¹¹⁷.

ESIMERKKI: Asiakkaiden osallistuminen hoidon kehittämiseen.

Kun hoitomenetelmiä tai palveluita kehitetään, tulee myös asiakkailta pyytää säännöllisesti palautetta siitä, ovatko hoidon tulokset tai palvelut parantuneet²⁸. Asiakaspalaute edustaa organisaation sisäistä tietoa (*engl. internal evidence*), joka auttaa esimerkiksi hoitotyön johtajia havaitsemaan kehittämisen kohteita omalla vastuualueellaan. Palautteiden tulkinnassa on syytä muistaa, että kokemukset voivat olla hyvin erilaisia. Jos palaute on lähes pelkästään joko positiivista tai negatiivista, on toiminnan kehittämisessä joko päästy tavoitteisiin tai sitten kehittämistä on syytä jatkaa.

Arvioinnissa käytettävät näyttöön perustuvaan toimintaan liittyvät mittarit

Yksi näkökulma arviointiin on se, miten toimintayksikössä tuetaan ja mahdollistetaan näyttöön perustuva toiminta. Tämän arviointiin on kehitetty useita mittareita^{118,119}. Esimerkiksi Haaviston ja kumppaneiden (2023)⁷⁸ katsauksessa tunnistettiin 17 mittaria henkilöstön näyttöön perustuvan toiminnan osaamisen arviointiin. Suurin osa näyttöön perustuvan toiminnan seurantaan kehitetyistä mittareista on englanninkielisiä, eikä niissä ole huomioitu esimerkiksi kulttuurisia eroja¹¹⁸. Tästä syystä myös Suomessa tarvitaan mittareita, jotka ovat suomenkielisiä ja kehitetty nimenomaan suomalaiseen toimintakulttuuriin soveltuviksi. Viime vuosina näitä mittareita on kehitetty jo useampia, esimerkiksi:

- osaamisen arviointiin
 - koulutuksessa hyödynnettävä tietotestimittari⁷⁸
 - sosiaali- ja terveydenhuollon opettajien osaamisen arviointiin kehitetty mittari¹²⁰
- näyttöön perustuvan hoitotyön tilan arviointiin kehitetty kansallinen mittari²⁰, jonka avulla voidaan arvioida organisaatioiden näyttöön perustuvalla hoitotyöllä tarjoamia tukirakenteita sekä henkilöstön omaa näyttöön perustuvan toiminnan osaamista, asenteita ja toimintaa.

Yhteenveto

Näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön kehittäminen ja käyttöönotto vaatii aikaa ja resursseja. Vaikuttavat käytännöt eivät vakiinnu normaaliksi toiminnaksi, mikäli niiden käyttöönottoa ja tuloksia ei seurata ja arvioida säännöllisesti. Seurannassa ja arvioinnissa huomiota kiinnitetään paitsi kehittämisen lopputuloksiin (esim. hoidon vaikuttavuuteen), myös kehittämis- ja käyttöönottoprosessin aikaisiin onnistumisiin ja epäonnistumisiin sekä prosessia tukeviin rakenteisiin. Niiden tunnistaminen auttaa onnistumaan tulevilla kehittämissankkeissa.

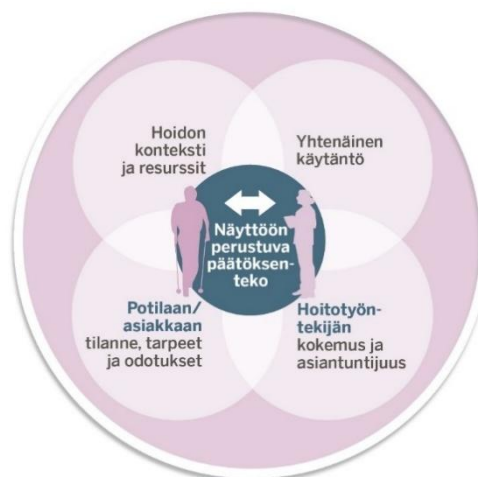
5.2.5 Näyttöön perustuva päätöksenteko

Edellä on kuvattu FinYHKÄ-toimintamallinTM avulla, miten näyttöön perustuva yhtenäinen käytäntö kehitetään ja käyttöön otetaan sekä miten sitä seurataan ja arvioidaan. Kun käytäntö vakiinnutetaan toimintayksikköön, on kaikilla hoitotyöntekijöillä työssään sama ymmärrys ja tietoperusta, mikä mahdollistaa asiakkaiden laadukkaan, turvallisen ja tasavertaisen hoidon riippumatta siitä, kenet ammattilaisen asiakas kohtaa tarvitessaan terveydenhuollon palveluita.

Näyttöön perustuvien yhtenäisten käytännön toteutuminen näkyy työyhteisössä siten, että tehdessään päätöksiä sekä yhdessä asiakkaan kanssa että muissa hoitotyöhön sisältyvissä tehtävissä ja tilanteissa (esim. neuvottelu moniammatillisen tiimin toimintatavoista), hoitotyöntekijän toiminnan perustana on yhdessä kehitetty näyttöön perustuva yhtenäinen käytäntö. Esimerkiksi keskusteltaessa asiakkaan hoidosta päätöksenteon lähtökohtana ovat näyttö ja näytön pohjalta laadittu ja työyhteisössä hyväksytty yhtenäinen käytäntö (esim. toimintaohje, hoitomenetelmä). Kohdatessaan asiakkaan hoitotyöntekijä arvioi toteutettavaa käytäntöä ja tekee siitä yhdessä asiakkaan, sekä tarpeen mukaan muiden asiakkaan hoitoon osallistuvien ammattilaisten kanssa, asiakkaan yksilöllisen tilanteen ja hoidon lopputuloksen kannalta parhaan mahdollisen ratkaisun. Tätä kokonaisuutta ja perusteltua toimintatapaa arvioidessaan hoitotyöntekijä hyödyntää asiantuntijuuttaan ja kliinistä kokemustaan ottaen huomioon näytön eli yhtenäisen käytännön ohella myös asiakkaan tarpeet ja odotukset, hoidon kontekstiin ja resursseihin liittyvät tekijät, sekä läheisten näkemykset asiakkaan niin toivoessa. Kliinisessä päätöksentekotilanteessa on keskeistä, että asiakas osallistuu päätöksentekoon yhdenvertaisena toimijana (Kuvio 9).^{4,7}

ESIMERKKI: Läheisten osallistuminen päätöksentekoon.

Kuuhkohtaumatautia sairastava henkilö on saattohoidossa terveyskeskuksen vuodeosastolla, jossa palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevien asiakkaiden hoitoa ja läheisten kohtaamista on kehitetty näyttöön perustuen¹²¹. Toimintayksikössä käytössä olevan näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön mukaisesti iäkkään asiakkaan läheiset osallistuvat kivunhoitoa koskevaan päätöksentekoon, esimerkiksi päätettäessä vahvojen kipulääkkeiden käyttöön otosta. Vastaava sairaanhoitaja keskustelee asiakkaan kanssa asiasta ja perustelee, miksi läheisille olisi tärkeää osallistua keskusteluun kivunhoidon toteutuksesta. Asiakas ei kuitenkaan ole halukas siihen, että läheiset osallistuisivat näihin keskusteluihin. Yhdessä asiakas ja sairaanhoitaja sopivat, että läheisille annetaan tietoa kivunhoidosta, mutta he eivät osallistu tilanteisiin, joissa tehdään päätöksiä kivunhoidon toteutuksesta.



Kuvio 9. Näyttöön perustuva päätöksenteko.

Mikäli on perusteltua, hoitotyöntekijä voi poiketa tarvittavin osin yhteisesti sovitusta käytännöstä. Asiakkaalle tulee tarjota riittävästi tietoa hoidon vaihtoehtoista, niiden hyödyistä tai niihin liittyvistä riskeistä. Siten asiakas pystyy osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon.¹²²

ESIMERKKI: Näyttöön perustuvasta yhtenäisestä käytännöstä poikkeaminen.

Organisaatiossa on kehitetty keuhkohtaumatautia sairastavien omahoidon ohjauksen käytäntöjä Hotus-hoitosuositukseen (2018)¹²³ pohjautuen. Sovitun käytännön mukaisesti jokaisen keuhkohtaumatautia sairastavan kanssa tulee keskustella savuttomuudesta sekä kannustaa asiakasta tupakoinnin lopettamiseen ja savuttomana pysymiseen. Sairaanhoitaja näkee kyseistä asiakasta koskevista aiemmista potilastietojärjestelmän kirjauksista, että asiakas ei ole koskaan tupakoinut. Tietojensa pohjalta sairaanhoitaja tekee perustellun päätöksen jättää tupakointia koskevan ohjauksen kyseisen asiakkaan kohdalla toteuttamatta, jolloin vastaanottoaikaa vapautuu asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin vastaamiseen. Näin sairaanhoitajan on mahdollista esimerkiksi kysyä asiakkaan mielialasta ja keskustella hänen kanssaan jaksamisesta, josta sairaanhoitajalle on herännyt erityinen huoli tämän asiakkaan kohdalla.

Asiakkaalla voi olla myös esimerkiksi useita eri pitkäaikaissairauksia. Tällöin yksittäisen sairauden hoitoon kehitetty näyttöön perustuva käytäntö ei välttämättä ole riittävä hoitoa koskevan päätöksenteon perustana, vaan hoitotyöntekijän tulee osata tunnistaa ja yhdistää tietoa eri käytäntöihin liittyen.²⁸

ESIMERKKI: Näyttöön perustuva monisairaana henkilön omahoidon ohjaus.

Potilastietojärjestelmään asennettu päätöksentekijärjestelmä auttaa hoitotyöntekijää tunnistamaan useita sairauksia sairastavan henkilön erilaisia tarpeita ja perustamaan omahoidon ohjauksen näyttöön. Hoitotyöntekijä saa potilastietojärjestelmästä hoitosuosituksiin perustuvia muistutuksia, jotka aktivoituvat päätöksentuen yhdistäessä asiakkaan mittaustulokset hoitosuosituksen suosituksiin. Päätöksentuen muistutukset auttavat hoitotyöntekijää ottamaan puheeksi ohjauksen tärkeitä sisältöalueita ja kohdentamaan ohjauksen vastaanotolla olevan asiakkaan yksilölliseen tilanteeseen.

Yhteenveto

Asiakkaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa hoitotyöntekijän tulee näytön ja siihen perustuvan yhtenäisen käytännön ohella huomioida asiakkaan tarpeet ja odotukset sekä hoidon kontekstiin ja resursseihin liittyvät tekijät. Yhdessä asiakkaan kanssa hoitotyöntekijä räätälöi asiantuntijuuttaan hyödyntäen kyseisen asiakkaan tilanteen pohjalta hoidon lopputuloksen kannalta perustellun ja parhaan mahdollisen ratkaisun.

6 LOPUKSI

Näyttöön perustuva toiminta sosiaali- ja terveydenhuollossa ei ole erillistä eikä yksittäisen toimijan mieltymykseen perustuvaa toimintaa. Se on päätöksentekoa, jossa hyödynnetään parasta mahdollista tietoa niin, että esimerkiksi terveyden edistämisellä, sairauksien hoidolla ja ennaltaehkäisyllä sekä kuntoutuksella saavutetaan paras mahdollinen lopputulos⁶⁹ etenkin asiakkaan kannalta, mutta ottaen huomioon myös henkilöstön sekä toiminnan vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden. Kyse on viime kädessä siitä, mihin päätöksenteko perustuu – onko taustalla paras mahdollinen tieto vai esimerkiksi totut ja kenties jo vanhentuneet toimintatavat tai uskomukset.

Näytön käyttöönotto, sen perusteella laaditut yhtenäiset käytännöt ja niiden vakiinnuttaminen vaativat sitä enemmän aikaa, tukirakenteita ja -prosesseja, mitä isommasta muutoksesta on kyse. Kansainvälisesti on kehitetty useita erilaisia teorioita ja toimintamalleja, jotka toimivat eräänlaisina tiekarttoina näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen kehittämisessä, niiden käyttöönotossa ja vakiinnuttamisessa.^{16,53,65,77} Osa malleista on geneerisiä, jolloin ne eivät riittävästi konkretisoi käyttöönoton ja vakiinnuttamisen eri vaiheita. JBI:n näyttöön perustuvan terveydenhuollon malli on esimerkki niin sanotusta geneerisestä mallista. Se kuvaa vaiheet, joita näyttöön perustuva terveydenhuolto toteutuakseen edellyttää, mutta ei tarkemmin avaa niiden sisältöä. Näytön käyttöönottoa ja vakiinnuttamista kuvaavaan vaiheeseen on koottu tekijöitä, jotka tukevat näytön käyttöönottoa. Näitä ovat kontekstin huomioiminen, muutoksen tukeminen sekä prosessien ja lopputulosten arviointi.⁵ Sisällöllisesti niiden avaaminen jää kuitenkin melko yleiselle tasolle.

FinYHKÄ-toimintamallinTM päivityksessä tavoitteena oli kuvata toimintamallin teoreettinen tausta ja konkretisoida toimintamallin eri vaiheita. Lisäksi päivityksessä kiinnitettiin huomiota tukirakenteisiin ja -prosesseihin, joista on apua toimintamallin eri vaiheissa. Vaikka FinYHKÄ-toimintamallissaTM kuvataan näytön käyttöönottoa terveydenhuollossa ja esimerkit ovat hoitotyön kontekstista, on toimintamalli hyödynnettävissä myös sosiaalihuollossa kehitettäessä näyttöön perustuvia toimintatapoja esimerkiksi kotihoitoon, ympärivuorokautiseen hoivaan tai vammaispalveluihin.

Näyttöön perustuvan toiminnan yhtenä edellytyksenä on, että kehittämisen kohteena olevasta aiheesta on olemassa riittävästi luotettavaa näyttöä. Koska tutkimustietoa tuotetaan jatkuvasti todella suuria määriä, tarvitaan asiantuntijoita, jotka kokoavat aiheesta olemassa olevan tutkimustiedon tiiviiseen käytäntöön vietävään muotoon esimerkiksi hoitosuosituksiin. Tutkimusnäytön kokoaminen, kuten hoitosuosituksen laadinta, vaatii tutkimusmenetelmien osaamista, kliinistä osaamista ja aihealueen tuntemusta sekä systemaattisesti etenevän ja läpinäkyvän prosessin, joka sisältää myös asiantuntijoiden yhdessä rakentaman laadunvarmistusprosessin¹²⁴. Näytön etsiminen ja kokoaminen ei ole yksittäisten hoitotyöntekijöiden tehtävä, sillä kliinisen työnsä ohessa heillä ei ole siihen aikaa. Lisäksi tutkimusnäytön tiivistäminen edellyttää erityisosaamista, kuten vahvaa tutkimusmenetelmien asiantuntijuutta. Sen sijaan hoitotyöntekijöillä tulee olla saatavilla paras mahdollinen näyttö (esim. hoitosuositukset), jonka pohjalta työyhteisössä voidaan kehittää näyttöön perustuvia yhtenäisiä käytäntöjä ja jota voi hyödyntää kliinisen päätöksenteon perustana.^{18,74,78,81,125}

Valitettavasti viive tutkimusnäytön hyödyntämisessä on kohtuuttoman pitkä³⁰, joissakin tapauksissa jopa 15–17 vuotta^{13,91,126}. Tutkimusten mukaan terveydenhuollossa arviolta 60 %

hoidosta perustuu näyttöön tai asiantuntijoiden yhteisymmärrykseen hoidosta, 30 %:ssa hoito on tehotonta ja 10 %:ssa hoidosta on suoranaista haittaa potilaalle¹¹. Kun hoito ei perustu parhaaseen mahdolliseen tietoon, eivät hoidon lopputulokset ole parhaat mahdolliset, hoitoajat pitkittyvät ja tehottomien hoitojen takia hoitokustannukset kohoavat¹⁰³. Samoin tutkimuksiin sijoitettu raha on mennyt hukkaan, kun tutkimuksista saatua tietoa ei ole hyödynnetty sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden ja hoidon kehittämisessä.

Seurantatiedon perusteella voidaan arvioida, onko nykyinen toiminta näytön mukaista ja jos ei ole, miten toimintaa tulisi kehittää. Jotta näyttö saadaan vietyä käytäntöön, tarvitaan tukirakenteita, joiden avulla sen käyttöönottoa ja vakiinnuttamista edistetään. Eri tutkimuksissa on korostettu erityisesti organisaatiokulttuurin, johtajien antaman tuen ja henkilöstön osaamisen merkitystä. Näyttöön perustuvien hoitosuositusten perusteella kehitettyjen yhtenäisten käytäntöjen³⁰ ja hoitopolkujen on todettu vähentävän palvelujen yli-, ali- tai väärinkäyttöä. Ne vähentävät siten terveydenhuollon kustannuksia ja hoidon perusteettomia vaihteluita sekä tukevat asiakkaiden tiedonsaantia hoitoonsa liittyvistä kysymyksistä.¹⁹

Nykyisin lisääntynyt henkilöstön (työntekijöiden ja johtajien) vaihtuvuus uhkaa muutosten pysyvyyttä ja toimintayksikön kykyä edistää näyttöön perustuvaa terveydenhuoltoa^{95,113}. Sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien ammattihenkilöiden eläköityminen ja alalta poistuminen on yleismaailmallinen ongelma. Tällä on vaikutusta myös näyttöön perustuvan terveydenhuollon toteutumiseen. Koska henkilöstön vaihtuvuus on suurta, näyttöön perustuvia yhtenäisiä käytäntöjä voidaan hyödyntää perehdytyksessä, jolloin ne osaltaan varmistavat, että asiakkaan hoito ei perusteettomasti vaihtelee, vaikka henkilökunta vaihtuisi. Tämä palvelee myös työkiertoa, joka on jatkuvan henkilöstöpulan vuoksi monessa organisaatiossa tänä päivänä välttämätöntä.

Kuten FinYHKÄ-toimintamallissaTM on kuvattu, terveydenhuollon näyttöön perustuva toiminta edellyttää erilaisia tukirakenteita muun muassa kansallisella ja organisaation tasolla. Toiminnan kehittämiseen tulee varmistaa riittävät resurssit, jotta yhtenäisten käytäntöjen kehittäminen, käyttöönotto ja vakiinnuttaminen sekä näyttöön perustuva hoitotyö ovat mahdollisia. Vasta tällä tavoin voidaan saavuttaa ne tavoitteet, joihin näyttöön perustuvalla toiminnalla pyritään laadukkaan ja potilasturvallisen hoidon sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen varmistamiseksi.

LÄHTEET

1. STM. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Hoitotyön kansallinen toimintaohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Yliopistopaino, Helsinki. Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2919-7> (2009).
2. STM. Sosiaali- ja terveydenhuollon Kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012-2015. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3699-7> (2016).
3. FINLEX®. Ajantasainen lainsäädäntö: Terveystieteiden lakien 1326/2010. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
4. Holopainen A, Korhonen T, Miettinen M, et al. Hoitotyön käytännöt yhtenäisiksi – toimintamalli näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseksi. *Premissi* 1 2010; 38–45.
5. Jordan Z, Lockwood C, Munn Z, et al. The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *Int J Evid Based Healthc* 2019; 17(1): 58–71.
6. Tuomikoski A-M, Parisod H, Kotila J, et al. FinAME-asiantuntijuusmalli™ näyttöön perustuvan hoitotyön tukirakenteena. *Tutkiva Hoitotyö* 2023; 21(1): 20–28.
7. Connor L, Dean J, McNett M, et al. Evidence-based practice improves patient outcomes and healthcare system return on investment: Findings from a scoping review. *Worldviews Evid Based Nurs* 2023; 20(1): 6–15.
8. Emparanza JI, Cabello JB, Burls AJE. Does evidence-based practice improve patient outcomes? An analysis of a natural experiment in a Spanish hospital. *J Eval Clin Pract* 2015; 21(6): 1059–1065.
9. Ost K, Blalock C, Fagan M, et al. Aligning Organizational Culture and Infrastructure to Support Evidence-Based Practice. *Crit Care Nurse* 2020; 40(3): 59–63.
10. Westerlund A, Sundberg L, Nilsen P. Implementation of Implementation Science Knowledge: The Research-Practice Gap Paradox. *Worldviews Evid Based Nurs* 2019; 16(5): 332–334.
11. Braithwaite J, Glasziou P, Westbrook J. The three numbers you need to know about healthcare: the 60-30-10 Challenge. *BMC Med* 2020; 18(1): 102.
12. Hanney SR, Castle-Clarke S, Grant J, et al. How long does biomedical research take? Studying the time taken between biomedical and health research and its translation into products, policy, and practice. *Health Res Policy Syst* 2015; 13: 1.
13. Melnyk BM. The Current Research to Evidence-Based Practice Time Gap Is Now 15 Instead of 17 Years: Urgent Action Is Needed. *Worldviews Evid Based Nurs* 2021; 18(6): 318–319.
14. Furuki H, Sonoda N, Morimoto A. Factors related to the knowledge and skills of evidence-based practice among nurses worldwide: A scoping review. *Worldviews Evid Based Nurs* 2023; 20(1): 16–26.
15. Moullin JC, Sabater-Hernández D, Fernandez-Llimos F, et al. A systematic review of implementation frameworks of innovations in healthcare and resulting generic implementation framework. *Health Res Policy Syst* 2015; 13(1): 16.
16. Rapport F, Clay-Williams R, Churrua K, et al. The struggle of translating science into action: Foundational concepts of implementation science. *J Eval Clin Pract* 2018; 24(1): 117–126.
17. Stevens KR. The impact of evidence-based practice in nursing and the next big ideas. *Online J Issues Nurs* 2013; 18(2): 4.
18. Gawlinski A. The power of clinical nursing research: engage clinicians, improve patients' lives, and forge a professional legacy. *Am J Crit Care* 2008; 17(4): 315–26; quiz 327.
19. Shabaninejad H, Alidoost S, Delgoshaei B. Identifying and classifying indicators affected by performing clinical pathways in hospitals: a scoping review. *Int J Evid Based Healthc* 2018; 16(1): 3–24.

20. Parisod H, Stolt M, Holopainen A, et al. Development and psychometric testing of the actualisation of evidence-based nursing instrument. *J Clin Nurs* 2024; 33(6): 2237–2248.
21. Hotus-raportti 2022. Näyttöön perustuvan hoitotyön ja sen tukirakenteiden toteutuminen Suomessa. Saatavilla <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2022/06/npt-raportti-hotus-2022-web.pdf> (2022).
22. Chiwaula CH, Chinkhata M, Kamera H, et al. Evidence Based Practice: A Concept Analysis. *Health Syst Policy Res* 2018; 5(3): 75.
23. Cleary-Holdforth J, Fineout-Overholt E, O'Mathúna D. How nursing stakeholders in the Republic of Ireland define evidence-based practice and why it matters. *Worldviews Evid Based Nurs* 2022; 19(5): 396–404.
24. Lockwood C. Applying Theory Informed Global Trends in a Collaborative Model for Organizational Evidence-based Healthcare. *J Korean Acad Nurs Adm* 2017; 23: 111.
25. Rycroft-Malone J, Seers K, Titchen A, et al. What counts as evidence in evidence-based practice? *J Adv Nurs* 2004; 47(1): 81–90.
26. Aromataris E, Pearson A. The systematic review: an overview. *Am J Nurs* 2014; 114(3): 53–58.
27. Munn Z, Stern C, Porritt K, et al. Evidence transfer: ensuring end users are aware of, have access to, and understand the evidence. *Int J Evid Based Healthc* 2018; 16(2): 83–89.
28. Chambers DA, Glasgow RE, Stange KC. The dynamic sustainability framework: addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implement Sci* 2013; 8: 117.
29. Tricco AC, Ashoor HM, Cardoso R, et al. Sustainability of knowledge translation interventions in healthcare decision-making: a scoping review. *Implement Sci*; 11.
30. Innis J, Dryden-Palmer K, Perreira T, et al. How do health care organizations take on best practices? A scoping literature review. *Int J Evid Based Healthc* 2015; 13(4): 254–272.
31. McInnes E, Harvey G, Duff L, et al. Implementing evidence-based practice in clinical situations. *Nurs Stand* 2001; 15(41): 40–44.
32. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Stillwell SB, et al. Evidence-based practice: step by step: the seven steps of evidence-based practice. *Am J Nurs* 2010; 110(1): 51–53.
33. Levin RF, Lunney M, Krainovich-Miller B. Improving diagnostic accuracy using an evidence-based nursing model. *Int J Nurs Terminol Classif* 2004; 15(4): 114–122.
34. Suhonen R, Ylönen M, Jalonen L, et al. Leading evidence-based practice in Finnish healthcare. Teoksessa: Hafsteinsdóttir TB, Jónsdóttir H, Kirkeveld M, Leino-Kilpi H, Lomborg K, Hallberg IR (toim). Leadership in nursing: Experiences from the European Nordic Countries. 2019; 83–98.
35. Korhonen A, Ojanperä H, Järvinen R, et al. Käsihygienian seuranta ja kehittäminen - yhtenäisen toimintamallin tausta, kehittäminen ja käyttöönotto. Raportti 1/2020, Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavilla www.hotus.fi/julkaisut-ja-raportit/ (2020).
36. Mäki-Turja-Rostedt S, Leino-Kilpi H, Korhonen T, et al. Consistent practice for pressure ulcer prevention in long-term older people care: A quasi-experimental intervention study. *Scand J Caring Sci* 2021; 35(3): 962–978.
37. Kivilaakso N. Vauva- ja perhemyönteisyysohjelman jalkauttaminen neuvola- ja perhetyöhön Uramalliohjelman avulla. In: *Sosiaali- ja terveystoimialan uramalliohjelma 2019–2020: Uramalliohjelman loppuraportti 2018–2020*.
38. Ikonen R, Parisod H, Tuomikoski A, et al. Vauvamyönteisyys ohjelma käyttöön - käsikirja yhtenäisten näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseen. Raportti 1/2019, Hoitotyön tutkimussäätiö & Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla <https://www.hotus.fi/julkaisut-ja-raportit/> (2019).
39. Korhonen A, Jylhä V, Korhonen T, et al. *Näyttöön perustuva toiminta. Tarpeesta tuloksiin. Hoitotyön tutkimussäätiö & Skhole (Book on Demand), Saksa: Nordstedt*. 2018.

40. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci* 2015; 10(1): 53.
41. Nadalin Penno L, Davies B, Graham ID, et al. Identifying relevant concepts and factors for the sustainability of evidence-based practices within acute care contexts: a systematic review and theory analysis of selected sustainability frameworks. *Implement Sci* 2019; 14(1): 108.
42. Beyera GK, O'Brien J, Campbell S. Choosing a health behaviour theory or model for related research projects: a narrative review. *J Res Nurs* 2022; 27(5): 436–446.
43. Dusin J, Melanson A, Mische-Lawson L. Evidence-based practice models and frameworks in the healthcare setting: a scoping review. *BMJ Open* 2023; 13(5): e071188.
44. Porritt K, McArthur A, Lockwood C, et al. JBI's approach to evidence implementation: a 7-phase process model to support and guide getting evidence into practice. *JBI Evid Implement* 2023; 21(1): 3–13.
45. Field B, Booth A, Iltott I, et al. Using the Knowledge to Action Framework in practice: a citation analysis and systematic review. *Implement Sci* 2014; 9: 172.
46. May C, Finch T. Implementing, Embedding, and Integrating Practices: An Outline of Normalization Process Theory. *Sociology* 2009; 43(3): 535–554.
47. May C. Agency and implementation: understanding the embedding of healthcare innovations in practice. *Soc Sci Med* 2013; 78: 26–33.
48. May CR, Cummings A, Girling M, et al. Using Normalization Process Theory in feasibility studies and process evaluations of complex healthcare interventions: a systematic review. *Implement Sci* 2018; 13(1): 80.
49. Murray E, Treweek S, Pope C, et al. Normalisation process theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions. *BMC Med* 2010; 8: 63.
50. McEvoy R, Ballini L, Maltoni S, et al. A qualitative systematic review of studies using the normalization process theory to research implementation processes. *Implement Sci* 2014; 9: 2.
51. Graham ID, Logan J, Harrison MB, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof* 2006; 26(1): 13–24.
52. Jordan Z, Pilla B, Porritt K, et al. Turning the flywheel: mobilizing the JBI model of evidence-based healthcare. *JBI Evid Implement* 2023; 21(1): 96–100.
53. Mathieson A, Grande G, Luker K. Strategies, facilitators and barriers to implementation of evidence-based practice in community nursing: a systematic mixed-studies review and qualitative synthesis. *Prim Health Care Res Dev* 2019; 20: e6.
54. Brand CA, Ibrahim JE, Cameron PA, et al. Standards for health care: a necessary but unknown quantity. *Med J Aust* 2008; 189(5): 257–260.
55. Kislov R, Cummings G, Ehrenberg A, et al. From research evidence to 'Evidence by Proxy'? Organizational enactment of evidence-based health care in four high-income countries. *Public Adm Rev* 2019; 79(5): 684–698.
56. THL. Terveidenhuollon kansalliset laaturekisterit. Saatavilla <https://thl.fi/aiheet/sote-palvelujen-johtaminen/arviointi-ja-seuranta/sote-tietopohja/terveydenhuollon-kansalliset-laaturekisterit>. (Viitattu 23.4.2024).
57. Junttila K, Peltokoski J, Tervo-Heikkinen T, et al. Hoitotyön kansallinen vertaiskehittäminen (HoiVerKe). *Tutkiva Hoitotyö* 2020; 18(3): 34–37.
58. Li S-A, Jeffs L, Barwick M, et al. Organizational contextual features that influence the implementation of evidence-based practices across healthcare settings: a systematic integrative review. *Syst Rev* 2018; 7(1): 72.

59. Cleary-Holdforth J, Leufer T, Baghdadi NA, et al. Organizational culture and readiness for evidence-based practice in the Kingdom of Saudi Arabia: A pre-experimental study. *J Nurs Manag* 2022; 30(8): 4560–4568.
60. Gollust SE, Seymour JW, Pany MJ, et al. Mutual Distrust: Perspectives From Researchers and Policy Makers on the Research to Policy Gap in 2013 and Recommendations for the Future. *Inquiry* 2017; 54: 46958017705465.
61. Cassidy CE, Flynn R, Shuman CJ. Preparing Nursing Contexts for Evidence-Based Practice Implementation: Where Should We Go From Here? *Worldviews Evid Based Nurs* 2021; 18(2): 102–110.
62. Williams NJ, Glisson C, Hemmelgarn A, et al. Mechanisms of Change in the ARC Organizational Strategy: Increasing Mental Health Clinicians' EBP Adoption Through Improved Organizational Culture and Capacity. *Adm Policy Ment Health* 2017; 44(2): 269–283.
63. Hosseini-Moghaddam F, Mohammadpour A, Bahri N, et al. Nursing managers' perspectives on facilitators of and barriers to evidence-based practice: A cross-sectional study. *Nurs Open* 2023; 10(9): 6237–6247.
64. Engle RL, Lopez ER, Gormley KE, et al. What roles do middle managers play in implementation of innovative practices? *Health Care Manage Rev* 2017; 42(1): 14–27.
65. Bianchi M, Bagnasco A, Bressan V, et al. A review of the role of nurse leadership in promoting and sustaining evidence-based practice Professor of Nursing 4 |. *J Nurs Manag* 2018; 26(8): 918–932.
66. Birken S, Clary A, Tabriz AA, et al. Middle managers' role in implementing evidence-based practices in healthcare: a systematic review. *Implement Sci* 2018; 13(1): 149.
67. Urquhart R, Kendell C, Folkes A, et al. Making It Happen: Middle Managers' Roles in Innovation Implementation in Health Care. *Worldviews Evid Based Nurs* 2018; 15(6): 414–423.
68. Clavijo-Chamorro MZ, Romero-Zarallo G, Gómez-Luque A, et al. Leadership as a Facilitator of Evidence Implementation by Nurse Managers: A Metasynthesis. *West J Nurs Res* 2022; 44(6): 567–581.
69. Kitson AL, Harvey G, Gifford W, et al. How nursing leaders promote evidence-based practice implementation at point-of-care: A four-country exploratory study. *J Adv Nurs* 2021; 77(5): 2447–2457.
70. Furtado L, Coelho F, Mendonça N, et al. Exploring Professional Practice Environments and Organisational Context Factors Affecting Nurses' Adoption of Evidence-Based Practice: A Scoping Review. *Healthcare (Basel)* 2024; 12(2): 245.
71. van der Zijpp TJ, Niessen T, Eldh AC, et al. A Bridge Over Turbulent Waters: Illustrating the Interaction Between Managerial Leaders and Facilitators When Implementing Research Evidence. *Worldviews Evid Based Nurs*; 13(1).
72. Renolen Å, Hjälmhult E, Høye S, et al. Creating room for evidence-based practice: Leader behavior in hospital wards. *Res Nurs Health* 2020; 43(1): 90–102.
73. Joseph HB, Issac A, George AG, et al. Transitional Challenges and Role of Preceptor among New Nursing Graduates. *J Caring Sci* 2022; 11(2): 56–63.
74. Warren JI, Montgomery KL, Friedmann E. Three-Year Pre-Post Analysis of EBP Integration in a Magnet-Designated Community Hospital. *Worldviews Evid Based Nurs* 2016; 13(1): 50–58.
75. McArthur C, Bai Y, Hewston P, et al. Barriers and facilitators to implementing evidence-based guidelines in long-term care: a qualitative evidence synthesis. *Implement Sci* 2021; 16(1): 70.
76. Baixinho CL, Ferreira ÓR, Medeiros M, et al. Participation of Nursing Students in Evidence-Based Practice Projects: Results of Two Focus Groups. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19(11): 6784.
77. Duff J, Cullen L, Hanrahan K, et al. Determinants of an evidence-based practice environment: an interpretive description. *Implement Sci Commun* 2020; 1: 85.

78. Haavisto E, Siltanen H, Tolvanen A, et al. Instruments for assessing healthcare professionals' knowledge and skills of evidence-based practice: A scoping review. *J Clin Nurs* 2023; 32(15–16): 4391–4407.
79. Belita E, Squires JE, Yost J, et al. Measures of evidence-informed decision-making competence attributes: a psychometric systematic review. *BMC Nurs* 2020; 19: 44.
80. Straus S, Haynes RB. Managing evidence-based knowledge: the need for reliable, relevant and readable resources. *CMAJ* 2009; 180(9): 942–945.
81. Heiwe S, Kajermo KN, Tyni-Lenné R, et al. Evidence-based practice: attitudes, knowledge and behaviour among allied health care professionals. *Int J Qual Health Care* 2011; 23(2): 198–209.
82. Koivisto J. Käytännöt, arviointi ja 'hyvyys'. *Yhteiskuntapolitiikka* 2009; 74(2): 167–173.
83. van Achterberg T, Schoonhoven L, Grol R. Nursing implementation science: how evidence-based nursing requires evidence-based implementation. *J Nurs Scholarsh* 2008; 40(4): 302–310.
84. Purdy IB, Melwak MA. Implementing evidence-based practice: a mantra for clinical change. *J Perinat Neonatal Nurs* 2009; 23(3): 261–263.
85. Kueny A, Shever LL, Lehan Mackin M, et al. Facilitating the implementation of evidence-based practice through contextual support and nursing leadership. *J Healthc Leadersh* 2015; 7: 29–39.
86. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260(12): 1743–1748.
87. Matveinen P. Terveystenhuollon menot ja rahoitus 2020: Koronaepidemian aiheuttama terveydenhuollon menojen kasvu näkyi etenkin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon avohoidossa. Tilastoraportti, SVT: 18/2023. Saatavilla <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2023-08181>.
88. Andermann A, Pang T, Newton JN, et al. Evidence for Health III: Making evidence-informed decisions that integrate values and context. *Health Res Policy Syst* 2016; 14: 16.
89. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H, et al. Hospital variation in missed nursing care. *Am J Med Qual* 2011; 26(4): 291–299.
90. Hotus-hoitosuositus. 2023. Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuisilla. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä: Kinnunen U-M, Ahtiala M, Berg L, Iivanainen A, Seppänen S & Tervo-Heikkinen T. Saatavilla <https://www.hotus.fi/hoitosuosituksset/>.
91. Fineout-Overholt E, Johnston L. Teaching EBP: implementation of evidence: moving from evidence to action. *Worldviews Evid Based Nurs* 2006; 3(4): 194–200.
92. Melnyk BM, Hsieh AP, Messinger J, et al. Budgetary investment in evidence-based practice by chief nurses and stronger EBP cultures are associated with less turnover and better patient outcomes. *Worldviews Evid Based Nurs* 2023; 20(2): 162–171.
93. Shafaghat T, Imani Nasab MH, Bahrami MA, et al. A mapping of facilitators and barriers to evidence-based management in health systems: a scoping review study. *Syst Rev* 2021; 10(1): 42.
94. Jun J, Kovner CT, Stimpfel AW. Barriers and facilitators of nurses' use of clinical practice guidelines: An integrative review. *Int J Nurs Stud* 2016; 60: 54–68.
95. Cowie J, Nicoll A, Dimova ED, et al. The barriers and facilitators influencing the sustainability of hospital-based interventions: A systematic review. *BMC Health Serv Res* 2020; 20(1): 1–27.
96. Ferren MD, Von Ah D, Menachemi N. EBP champion responsibilities and sustainability: A scoping review. *Nurs Manage* 2022; 53(8): 22–33.
97. Aarons GA, Ehrhart MG, Farahnak LR, et al. Aligning leadership across systems and organizations to develop a strategic climate for evidence-based practice implementation. *Annu Rev Public Health* 2014; 35: 255–274.
98. Berta W, Cranley L, Dearing JW, et al. Why (we think) facilitation works: insights from organizational learning theory. *Implement Sci* 2015; 10: 141.

99. Lizarondo L, McArthur A, Moola S, et al. Facilitation as a component of evidence implementation: a multinational perspective. *JBI Evid Implement* 2022; 20(3): 180–188.
100. Harvey G, Kitson A. Single Versus Multi-Faceted Implementation Strategies - Is There a Simple Answer to a Complex Question? A Response to Recent Commentaries and a Call to Action for Implementation Practitioners and Researchers. *Int J Health Policy Manag* 2015; 5(3): 215–217.
101. Rogers L, De Brún A, McAuliffe E. Defining and assessing context in healthcare implementation studies: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2020; 20(1): 591.
102. Wiltsey Stirman S, Kimberly J, Cook N, et al. The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implement Sci* 2012; 7: 17.
103. Kennedy PJ, Leathley CM, Hughes CF. Clinical practice variation. *Med J Aust* 2010; 193(S8): S97-9.
104. Ominyi J, Agom D. A scoping systematic review of factors influencing evidence-based practice implementation in nursing. *WJARR* 2020; 5(3): 90–113.
105. Hotus-hoitosuositus. 2020. Iäkkään turvallinen kotiutuminen sairaalasta. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä: Palonen M, Kariniemi K, Peltola P, Pesonen H-M, Rantanen A & Siira H. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavilla <https://www.hotus.fi/hoitosuosituksset>.
106. Gillam S, Siriwardena AN. Evidence-based healthcare and quality improvement. *Qual Prim Care* 2014; 22(3): 125–132.
107. Pearson A, Wiechula R, Court A, et al. A re-consideration of what constitutes 'evidence' in the healthcare professions. *Nurs Sci Q* 2007; 20(1): 85–88.
108. Hotus-hoitosuositus. 2022. Aikuispotilaan normotermian ylläpito perioperatiivisen hoitoprosessin aikana. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä: Kajander-Unkuri S, Kouvalainen T, Niskanen O, Rantanen A, Rauta S, Rissanen K, Valkonen M. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavilla <https://www.hotus.fi/hoitosuosituksset/>.
109. Hamari L, Parisod H, Siltanen H, et al. Clinical decision support in promoting evidence-based nursing in primary healthcare: a cross-sectional study in Finland. *JBI Evid Implement* 2023; 21(3): 294–300.
110. Yost J, Thompson D, Ganann R, et al. Knowledge translation strategies for enhancing nurses' evidence-informed decision making: a scoping review. *Worldviews Evid Based Nurs* 2014; 11(3): 156–167.
111. Fineout-Overholt E, Gallagher-Ford L, Mazurek Melnyk B, et al. Evidence-based practice, step by step: evaluating and disseminating the impact of an evidence-based intervention: show and tell. *Am J Nurs* 2011; 111(7): 56–59.
112. Hotus-hoitosuositus. 2022. Virtanen H, Marin M, Hiltunen A-M, Kaila A, Kajula O & Kesänen J. Etäyhteydellä toteutettava pitkäaikaissairautta sairastavan omahoidon ohjaus. Saatavilla <https://www.hotus.fi/hoitosuosituksset/>.
113. Pascoe KM, Petrescu-Prahova M, Steinman L, et al. Exploring the impact of workforce turnover on the sustainability of evidence-based programs: A scoping review. *Implement Res Pract* 2021; 2: 26334895211034580.
114. Brewster AL, Curry LA, Cherlin EJ, et al. Integrating new practices: a qualitative study of how hospital innovations become routine. *Implement Sci* 2015; 10: 168.
115. Scudder AT, Taber-Thomas SM, Schaffner K, et al. A mixed-methods study of system-level sustainability of evidence-based practices in 12 large-scale implementation initiatives. *Health Res Policy Syst* 2017; 15(1): 102.
116. THL. Diabeteslaaturekisterin raportti. Saatavilla <https://repo.thl.fi/sites/laaturekisterit/diabetesrekisteri/>.
117. THL. Asiakasarviointi. Saatavilla <https://thl.fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/sokra/hankkeet-ja-hanketuki/arviointi/asiakasarviointi>.

118. Silva AM da, Valentim DP, Martins AL, et al. Instruments to Assess Evidence-Based Practice Among Health Care Professionals: A Systematic Review. *Health Educ Behav* 2023; 10901981231170154.
119. Landsverk NG, Olsen NR, Brovold T. Instruments measuring evidence-based practice behavior, attitudes, and self-efficacy among healthcare professionals: a systematic review of measurement properties. *Implement Sci* 2023; 18(1): 42.
120. Mikkonen K, Tuomikoski A-M, Sjögren T, et al. Development and testing of an instrument (HeSoEduCo) for health and social care educators' competence in professional education. *Nurse Educ Today* 2020; 84: 104239.
121. Hotus-hoitosuositus. 2023. Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan läheisten kohtaaminen ja tukeminen. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä: Aho AL, Eironen S, Havusto J, Hökkä M & Kritz J. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavilla <https://www.hotus.fi/hoitosuosituksset/>.
122. Fowler FJJ, Levin CA, Sepucha KR. Informing and involving patients to improve the quality of medical decisions. *Health Aff (Millwood)* 2011; 30(4): 699–706.
123. Hotus-hoitosuositus. 2018. Keuhkohtaumatautia sairastavan omahoidon ohjauksen sisällöt. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä: Heikkinen K, Kaistila T, Knaapi-Junnila S, Kukkonen M, Pohju A, Siltanen H & Juusela M. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavilla <https://www.hotus.fi/hoitosuosituksset/>.
124. Siltanen H, Hamari L, Heikkilä K, et al. Hoitosuositusten laadinta – käsikirja suositustyöryhmille. Versio 3.0. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö.
125. Rudman A, Boström A-M, Wallin L, et al. Registered Nurses' Evidence-Based Practice Revisited: A Longitudinal Study in Mid-Career. *Worldviews Evid Based Nurs* 2020; 17(5): 348–355.
126. Morris ZS, Wooding S, Grant J. The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *J R Soc Med* 2011; 104(12): 510–520.