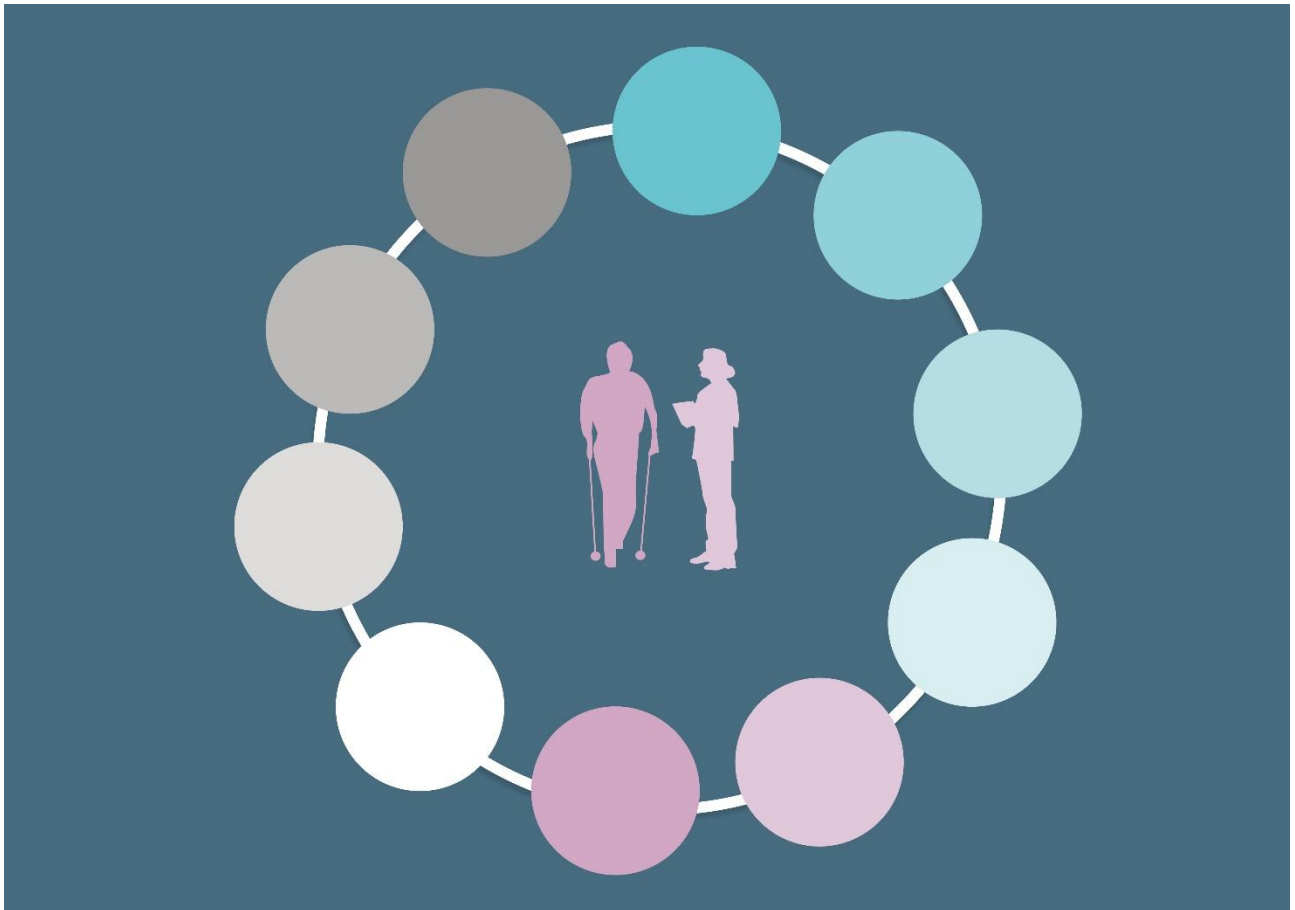




Stiftelsen för vårdforskning
HOTUS-HANDBOK | NR 2 | 2024

Utveckling och implementering av evidensbaserad enhetlig praxis inom vårdarbete

Handbok för användning av verksamhetsmodellen FinYHKÄ™

Denna handbok som ger handledning i användningen av verksamhetsmodellen FinYHKÄ har utarbetats av en arbetsgrupp som bestod av Arja Holopainen, Hannele Siltanen och Heidi Parisod.

Arbetsgruppen tackar forskarna vid Stiftelsen för vårdforskning, Silja-Elisa Eskolin, Kristiina Heikkilä, Kaisa Marin, Johanna Nyman och Mira Palonen, för värdefulla kommentarer och arbete med att färdigställa handboken.

Tack också till Tanja Pitkänen för ombrytning av figurerna.

Stiftelsen för vårdforskning

ISSN 2984-2018

Figurer: Tanja Pitkänen

Referensanvisning:

Hotus. 2024. Utveckling och implementering av evidensbaserad enhetlig praxis inom vårdarbete. Handbok för användning av verksamhetsmodellen FinYHKÄ. Hotus-handbok 2/2024. Författare: Holopainen A, Siltanen H, Parisod H. Stiftelsen för vårdforskning.

INNEHÅLL

TILL LÄSAREN	4
1 INLEDNING	5
2 BEGREPP FÖR EVIDENSBASERAD PRAKTIK.....	6
3 VERKSAMHETSMODELLEN FÖR HARMONISERING AV EVIDENSBASERAD PRAXIS I VÅRDARBETET (Verksamhetsmodellen YHKÄ).....	10
3.1 Utveckling av verksamhetsmodellen YHKÄ	10
3.2 Behovet att uppdatera verksamhetsmodellen YHKÄ	11
4 FRÅN VERKSAMHETSMODELLEN YHKÄ TILL VERKSAMHETSMODELLEN FinYHKÄ.....	12
4.1 Uppdatering av verksamhetsmodellen YHKÄ	12
4.2 Teoretiska utgångspunkter för verksamhetsmodellen FinYHKÄ™	12
5 VERKSAMHETSMODELLEN FinYHKÄ™ OCH DESS FASER	17
5.1 Stödstrukturer för evidensbaserad praktik	18
5.2 Utvecklings- och implementeringsprocess för evidensbaserad enhetlig praxis	23
5.2.1 Identifiering av behoven att utveckla rådande praxis	23
5.2.2 Plan för utveckling och implementering av enhetlig praxis.....	28
5.2.3 Utveckling och implementering av enhetlig praxis	37
5.2.4 Utvärdering av enhetlig praxis.....	39
5.2.5 Evidensbaserat beslutsfattande	43
6 SLUTORD.....	46
KÄLLOR	48

TILL LÄSAREN

Stiftelsen för vårdforskning (Hotus) publicerade år 2010 en verksamhetsmodell för harmonisering av evidensbaserad praxis i vårdarbetet (verksamhetsmodellen YHKÄ) som beskrev harmoniseringen av praxis i vårdarbetet utifrån evidens. Utifrån respons på användningen av verksamhetsmodellen inledde Hotus år 2022 ett uppdateringsarbete där man fördjupade de teoretiska utgångspunkterna och stödstrukturerna för evidensbaserad praktik samt konkretiserade verksamhetsmodellens fyra faser: 1) identifiera behov av att utveckla nuvarande praxis, 2) utarbeta en plan för evidensbaserad enhetlig praxis, 3) ta i bruk och etablera den enhetliga praxisen samt 4) följa och utvärdera praxisen. I samband med uppdateringen av verksamhetsmodellen preciserades dess namn till dess nuvarande form som *verksamhetsmodell för utvecklande och införande av evidensbaserad enhetlig praxis i vårdarbete (verksamhetsmodellen FinYHKÄ™)*.

1 INLEDNING

Syftet med att främja evidensbaserad praktik inom social- och hälsovården är att möjliggöra en säker vård av jämn kvalitet för patienter och klienter oberoende av vårdplats eller vårdpersonal, samt att främja vårdkvaliteten, patient- och klientsäkerheten samt en ändamålsenlig användning av resurser. Då grundas verksamheten, dess utveckling och beslutsfattandet inom social- och hälsovården på utvärderad, tillförlitlig evidens om interventionernas (behandlingsmetodernas) och tillvägagångssättens effektfullhet, kostnadseffektivitet, användbarhet och ändamålsenlighet samt meningsfullhet för den som behöver social- och hälsovårdstjänster och dennes närstående.

Behovet av att harmonisera evidensbaserad hälso- och sjukvård och evidensbaserad praxis identifierades på ett bredare plan i Finland senast på 2000-talet. Exempel på detta är nationella projekt, såsom Hur man gör vårdarbetet attraktivt och verkningsfullt genom ledarskap – handlingsprogrammet 2009–2011¹, Nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården² samt Hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010)³. Då var målet bland annat att genom evidensbaserad praktik främja hälso- och sjukvårdens produktivitet och effektfullhet samt trygga god vård för klienter och patienter (i fortsättningen klienter)¹.

Genomförandet av evidensbaserad praktik förutsätter olika stödstrukturer och samarbete mellan många olika aktörer. En förutsättning är också att vårdpersonalens verksamhet inom social- och hälsovården bygger på evidensbaserad enhetlig praxis. I sista hand kan man tala om evidensbaserad vård av klienten (inkl. främjande av hälsa, rehabilitering) och evidensbaserad praktik av yrkesutbildad personal inom branschen först när evidens utgör grunden för beslutsfattande i mötet mellan vårdpersonalen och klienten.

Verksamhetsmodellen för harmonisering av evidensbaserad praxis i vårdarbetet (verksamhetsmodellen YHKÄ)⁴, som utvecklats i Finland och publicerades 2010, är en stödstruktur för införande och etablering av evidensbaserade interventioner och verksamhetsmodeller. Denna handbok beskriver genomförandet av uppdateringsprocessen och innehållet i den uppdaterade modellen, som nu kallas verksamhetsmodellen FinYHKÄTM, samt handleder i utvecklingen, införandet och etableringen av evidensbaserad enhetlig praxis baserat på verksamhetsmodellen FinYHKÄTM. Syftet med verksamhetsmodellen är att stödja utvecklingen och införandet av evidensbaserad enhetlig praxis, och målet är att främja genomförandet av evidensbaserat vårdarbete.

2 BEGREPP FÖR EVIDENSBASERAD PRAKTIK

När evidensbaserad praktik genomförs baserar yrkesgrupper som arbetar i olika organisationer inom social- och hälsovården sin verksamhet på evidens som bedömts vara tillförlitlig. Detta förutsätter tillräckliga stödstrukturer samt tvärvetenskapligt och multiprofessionellt samarbete. Processen för evidensbaserad hälso- och sjukvård omfattar identifiering av behovet av information, produktion av forskningsdata, sammanfattning av data till evidens, evidensspridning och införande av evidens⁵. I genomförandet av processens olika faser har olika aktörer inom social- och hälsovården (t.ex. vårdare som arbetar i kliniskt vårdarbete, klinisk vårdexpert (kallas även kliniskt sakkunnig inom vårdarbete), chefer, forskare, lärare) var och en sin centrala roll och uppgift.⁶ En evidensbaserad vård av klienten (inkl. främjande av hälsa, rehabilitering) och evidensbaserad praktik av yrkesutbildad personal inom social- och hälsovården realiseras först när evidens utgör grunden för vårdpersonalens beslut (Figur 1).



Figur 1. Evidensbaserad social- och hälsovård som helhet.

Evidensbaserad praktik har visat sig förbättra klienternas vårdresultat⁷, främja högklassig och säker vård^{8,9} och minska hälsovårdskostnaderna⁷ (Inforuta 1). Ändå finns det fortfarande brister i införandet av forskningsevidens^{10,11}, vilket har identifierats bero på bland annat att stödstrukturerna för införande av evidens är bristfälliga^{12,13} att det finns brister i kompetensen kring evidensbaserad praktik hos vårdpersonal¹⁴ och att införandet (dvs. implementeringen) av evidensbaserade innovationer (t.ex. intervention eller tillvägagångssätt) samt etableringen av dem är komplexa processer^{15,16}.

INFORUTA 1: Evidensbaserad enhetlig praxis och dess betydelse.

VAD BYGGER ENHETLIG PRAxis PÅ?	VARFÖR BEHÖVS ENHETLIG PRAxis?
Evidens som bedömts som tillförlitlig ^{4,17} .	• Minskar omotiverad variation i vård och tjänster^{4,9,17,18}. • Främjar patient- och klientsäkerhet¹¹, minskar ineffektiva behandlingar och därmed onödiga kostnader¹⁹. • Kan utnyttjas i utvecklingen av vårdstigar¹⁹.

EXEMPEL: Nuläget för evidensbaserat vårdarbete inom social- och hälsovårdsorganisationer i Finland.

Hotus har sedan 2017, med hjälp av en nationell enkätundersökning som genomförs vart tredje år, utrett nuläget för evidensbaserat vårdarbete och faktorer som stöder det inom social- och hälsovårdsorganisationer. År 2021 användes för första gången Hotus förnyade mätinstrument som bedömer genomförandet av evidensbaserat vårdarbete (ActEBN)²⁰ i enkäten. Resultaten av enkäten visade att det fortfarande finns flera utvecklingsbehov i genomförandet av evidensbaserat vårdarbete. Utifrån respondenternas åsikter riktas utvecklingsbehoven särskilt till organisationens stödstrukturer, såsom stöd från cheferna för vårdarbetet.²¹

Under de senaste årtiondena har man försökt förtydliga begreppen som gäller evidensbaserad praktik (t.ex. evidensbaserat vårdarbete, evidensbaserad praktik), men det finns fortfarande inkonsekvenser i användningen av dem. Detta har påverkat hur till exempel vårdpersonalen har förstått evidensbaserad praktik och dess betydelse för utvecklingen av vårdarbetet. En enhetlig förståelse av begreppen är således en utgångspunkt som bör säkerställas när evidensbaserad praxis utvecklas.^{7,16,22,23} De viktigaste begreppen som hänför sig till denna handbok förklaras i Inforuta 2.

INFORUTA 2: Begrepp relaterade till evidensbaserad hälso- och sjukvård.

EVIDENS (Evidence)	Evidens hänvisar till bästa tillgängliga kunskap. I praktiken avses med detta en sammanfattning av aktuella, systematiskt sammanställda och kritiskt bedömda forskningsdata (t.ex. en systematisk översikt) eller, om forskningsdata saknas, konsensus bland experter gällande den fråga eller det fenomen som granskas. Med hjälp av evidens utvecklas effektiva, meningsfulla, användbara och/eller ändamålsenliga hälso- och sjukvårdstjänster, tillvägagångssätt och behandlingsmetoder. ^{5,24} Observera följande skillnad: (forsknings)evidens (eng. <i>external evidence</i>) ²⁵ jämfört med t.ex. uppföljnings- och utvärderingsdata som samlats in om verksamheten på organisations- och nationell nivå (eng. <i>internal evidence</i>), se närmare under Kunskapsbaserad ledning.
SAMMANFATTNING AV DATA TILL EVIDENS (Evidence synthesis)	Vid produktion av evidens går man systematiskt igenom studier som gjorts om ett visst ämne och sammanställer, utvärderar och sammanfattar dem till evidens. Faserna för evidensproduktion är: 1) omfattande och systematisk sökning av studier om ämnet, 2) kritisk bedömning av studiernas metodiska kvalitet och/eller risken för bias, och 3) sammanfattning av resultat som bedömts vara tillförlitliga och presentation av slutsatser.

	Aktuell evidens förutsätter att informationssökningen uppdateras regelbundet och att den sammanfattade evidensen om ämnet vid behov uppdateras utifrån ny kunskap. ²⁶
EVIDENSSPRIDNING OCH OMSÄTTNING I PRAKTIKEN (<i>Evidence transfer</i>)	För att evidensen ska kunna omsättas i praktiken måste den göras tillgänglig för yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården och finnas tillgänglig i ett format som kan implementeras (t.ex. en vårdrekommendation). Till exempel utbildningar, integrering av evidens i patientinformationssystemens elektroniska beslutsstöd och instruktioner för hur evidensen kan implementeras sprider evidensen till vårdpersonalen och stöder implementeringen. ^{5,27}
EVIDENSIMPLEMENTERING (<i>Evidence implementation</i>)	Införande kallas också implementering. Det är en process där evidensbaserade interventioner, tjänster och tillvägagångssätt integreras i praxis ²⁸ . Implementering består av funktioner som syftar till att engagera anställda och viktiga intressenter i att basera verksamhetens utveckling och beslutsfattande på evidens. Centrala delfaktorer i implementeringen av evidens är att beakta verksamhetsmiljön (kontexten), stödja förändringen samt utvärdera processer och slutresultat. ⁵
ETablering av EVIDENS ELLER EVIDENSBASERAD PRAKTIK (<i>Sustainment of interventions</i>)	För etablering används även begreppet förankring eller fixering. Att etablera evidensbaserad praktik som en del av klientens vård är en aktiv verksamhet ²⁹ som kräver tid och resurser samt bland annat personalens engagemang, planering av förändringen och förståelse för implementeringsstrategierna ¹¹ .
EVIDENSBASERAD ENHETLIG PRAxis (<i>Evidence-based consistent practice</i>)	En evidensbaserad enhetlig praxis (t.ex. praxis för vårdarbete) har utvecklats med hjälp av bästa möjliga evidens och införts i hela organisationen eller enheten ^{4,17,30} . Till stöd för denna finns t.ex. verksamhetsanvisningar, checklistor eller patientanvisningar ⁴ . Målet är att minska onödiga variationer i praxis ⁴ , öka effektiviteten i organisationens verksamhet och förbättra kvaliteten på klientens vård ³⁰ samt vårdens meningsfullhet för klienterna.
EVIDENSBASERAT BESLUTFATTANDE (<i>Evidence-based decision-making</i>)	Till exempel, i en klinisk beslutssituation som gäller vården av en klient inom hälso- och sjukvården bedömer vårdaren utifrån sin egen expertis klientens individuella situation tillsammans med klienten och verksamhetsmiljöns särdrag. Utifrån denna bedömning fattar klienten och vårdaren tillsammans ett motiverat beslut om vårdarbetets tillvägagångssätt med hänsyn till enhetlig evidensbaserad praxis, klientens situation och verksamhetsmiljön. ^{4,7}
KUNSKAPSBASERAD LEDNING (<i>Knowledge-based management</i>)	Som stöd för ledningen i uppföljningen och utvärderingen av organisationernas verksamhet utnyttjas uppföljnings- och utvärderingsdata om verksamheten inom organisationen samt på den regionala och den nationella nivån som samlats in från olika källor (eng. <i>internal evidence</i>), såsom olika slags statistik, patient- och klientrespons och register. Med hjälp av dessa insamlade data kan man i ledningen bland annat identifiera organisationens utvecklingsbehov samt hinder och styrkor för utvecklingen. När utvecklingsbehoven har identifierats utnyttjas bästa möjliga evidens (eng. <i>external evidence</i>), såsom en vårdrekommendation eller systematisk översikt, i den innehållsmässiga utvecklingen av verksamheten ²⁵ med beaktande av uppföljnings- och utvärderingsdata.

DEL I:

Bakgrunden till verksamhetsmodellen

FinYHKÄ™



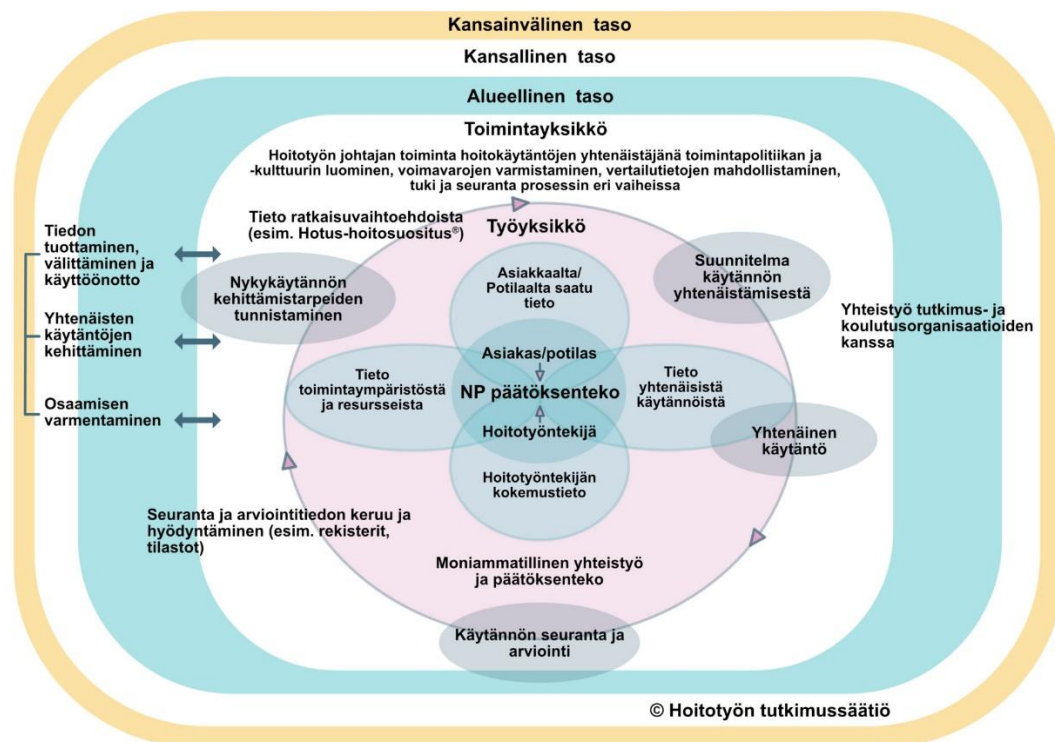
3 VERKSAMHETSMODELLEN FÖR HARMONISERING AV EVIDENSBASERAD PRAXIS I VÅRDARBETET (VERKSAMHETSMODELLEN YHKÄ)

3.1 Utveckling av verksamhetsmodellen YHKÄ

Verksamhetsmodellen för harmonisering av evidensbaserad praxis i vårdarbetet (verksamhetsmodellen YHKÄ)⁴, som publicerades 2010, är en i Finland utvecklad stödstruktur för införande och etablering av evidensbaserade interventioner och tillvägagångssätt. Utgångspunkten för utarbetandet av verksamhetsmodellen var att utveckla en evidensbaserad enhetlig praktik på nationell nivå, organisationsnivå eller arbetsenhetsnivå. Baserat på omfattande litteratursökningar fanns inga motsvarande verksamhetsmodeller vid tidpunkten för utvecklingen av modellen. Tidigare verksamhetsmodeller visade antingen evidensbaserad praktik på allmän nivå och faktorer som främjar och förhindrar den eller så beskrev de främst hur enskilda anställda kan utveckla sin praktik baserat på evidens³¹⁻³³. Grundtanken med dessa modeller var att vårdaren identifierar det kliniska problemet i vårdarbetet, söker forskningsdata om ämnet och grundar sin egen praktik på den evidens hen hittat. Som en följd av detta var det möjligt att även om en enskild vårdare agerade evidensbaserat, kunde praktiken variera både mellan anställda och inom enheter och organisationer beroende på vilka studier varje anställd hade hittat och hur den hade utnyttjats som grund för praktiken.

Syftet med verksamhetsmodellen YHKÄ var att beskriva harmonisering av evidensbaserad enhetlig praxis för vårdarbete. Principen var att harmoniseringen av evidensbaserad praxis förutsätter en överenskommelse om olika aktörers ansvar och strukturer på nationell och regional nivå samt verksamhets- och arbetsenhetsnivå. Detta möjliggörs när forskare, chefer för vårdarbete på olika nivåer, utbildare inom branschen och personer som arbetar med expertuppgifter och i kliniskt arbete samarbetar. En utgångspunkt för verksamhetsmodellen YHKÄ var också att evidensbaserade vårdrekommendationer ska finnas tillgängliga på verksamhets- och arbetsenheter. Utarbetandet av dem skulle samordnas och ansvaret bäras på nationell nivå. Enligt verksamhetsmodellen ansågs de chefer som ledde vårdarbetet på regional, lokal och arbetsenhetsnivå bära ansvar för att strukturer som stöder utvecklingen av enhetlig praxis hade skapats på verksamhets- och arbetsenheter. Vårdpersonalen inom det kliniska vårdarbetet ansvarade i sin tur för att följa överenskommen evidensbaserad praxis.⁴

Processen för att utveckla evidensbaserad enhetlig praxis i vårdarbete enligt verksamhetsmodellen YHKÄ (Figur 2) innehöll fyra faser: 1) identifiering av utvecklingsbehov i rådande praxis, 2) plan för harmonisering av praxisen, 3) enhetlig praxis och 4) uppföljning och utvärdering av praxisen⁴.



Figur 2. Verksamhetsmodellen YHKÄ på finska.

3.2 Behovet att uppdatera verksamhetsmodellen YHKÄ

Verksamhetsmodellen YHKÄ har använts i flera olika projekt där man har utvecklat ett befintligt tillvägagångssätt eller omsatt ett nytt evidensbaserat enhetligt tillvägagångssätt i praktiken³⁴. Till exempel i Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt utnyttjades verksamhetsmodellen i ett projekt där man utarbetade en enhetlig verksamhetsmodell för uppföljning och utveckling av handhygien^{34,35}. På motsvarande sätt utvecklade Satakuntas sjukvårdsdistrikt en enhetlig verksamhetsmodell för identifiering av trycksår hos äldre personer i långtidsvård med hjälp av verksamhetsmodellen YHKÄ^{34,36} och för Helsingfors stads social- och hälsovårdssektor utarbetades en förankringsplan för rådgivningarnas Program för amnings- och familjevänlig verksamhet³⁷. Verksamhetsmodellen har använts för att utarbeta en handbok för nationell utveckling av praxis i enlighet med programmet för ett babyvänligt sjukhus som lanserats av Världshälsoorganisationen WHO och UNICEF³⁸.

Utifrån responsen på användningen av verksamhetsmodellen YHKÄ ansågs den utgöra en bra stödstruktur vid utvecklingen av evidensbaserad enhetlig praxis. Utvecklingsförslagen inriktades på att konkretisera de olika faserna, vilket skulle underlätta utvecklingen och införandet av enhetlig praxis, insamlingen av uppföljningsdata och utvärderingen av utvecklingsprocessen.

4 FRÅN VERKSAMHETSMODELLEN YHKÄ TILL VERKSAMHETSMODELLEN FinYHKÄ

4.1 Uppdatering av verksamhetsmodellen YHKÄ

Granskningen av de teoretiska utgångspunkterna för verksamhetsmodellen YHKÄ fördjupades under åren i och med diskussionerna och publikationerna^{1,39}. Den egentliga uppdateringen av verksamhetsmodellen inleddes 2022 genom att beskriva dess teoretiska utgångspunkter. Att beskriva de teoretiska utgångspunkterna hjälper läsaren att identifiera och förstå faktorer som stöder införandet och etableringen av nya interventioner och tillvägagångssätt samt genomförandet av evidensbaserad praktik. I uppdateringsarbetet preciserades därefter innehållet i de fyra faserna som beskrivs i verksamhetsmodellen utifrån litteraturen och respons från användarna. Målet var att konkretisera dessa faser och därmed förbättra verksamhetsmodellens användbarhet. I samband med uppdateringen preciserades namnet till *Verksamhetsmodellen för utvecklande och införande av evidensbaserad enhetlig praxis i vårdarbete (verksamhetsmodellen FinYHKÄ™*.

4.2 Teoretiska utgångspunkter för verksamhetsmodellen FinYHKÄ™

Flera bakgrundsteorier, modeller och referensramar har utvecklats för att stödja införandet och etableringen av evidensbaserad praxis^{10,15,16,40-44}. I uppdateringen av verksamhetsmodellen YHKÄ utnyttjades både de centrala principerna i implementeringsteorierna, processmodellerna och referensramarna. Det är motiverat att utnyttja flera bakgrundsteorier, modeller och referensramar, eftersom utvecklingen av evidensbaserad praxis är en komplex helhet. En bakgrundsteori fokuserar vanligtvis på att beskriva ett fenomen, såsom utvecklingen av enhetlig praxis, ur ett begränsat perspektiv, varvid helheten av det undersökta fenomenet inte beaktas^{40,45}. Implementeringsteorier hjälper att identifiera utmaningarna med att implementera evidens och förstå de faktorer som är kopplade till detta^{40,43}. Processmodeller och referensramar beskriver vanligtvis de faser som krävs för att implementera evidensbaserad praxis⁴⁰.

Teorin för etablering av evidens

Teorin för etablering av evidens (NPT-teorin; eng. *Normalization Process Theory*), som hör till de teorier som beskriver implementering, hjälper till att beskriva principerna och antagandena bakom verksamhetsmodellen FinYHKÄ™. NPT-teorin beskriver faktorer som bidrar till att förstå och förklara de komplexa sociala processer som används för att införa och integrera ny eller utvecklad praxis inom social- och hälsovården. Teorin fokuserar på hur människor i verkligheten fungerar i de sociala processer där innovationer som evidensbaserade interventioner och tillvägagångssätt införs och blir en del av den normala praktiken i verksamhetsmiljön. Att etablera ett nytt tillvägagångssätt kan vara utmanande eftersom det påverkas av flera faktorer⁴⁶⁻⁴⁸:

- hur en ny intervention eller ett nytt tillvägagångssätt operationaliseras, dvs. omvandlas till en metod som lämpar sig för den aktuella praxisen

- hur och i vilket skede interventionen eller tillvägagångssättet införs i verksamhetsmiljön
- på uppdrag av vem man försöker etablera interventionen eller tillvägagångssättet i praktiken
- hurdan samspelet mellan olika aktörer är i etableringen av tillvägagångssättet
- hur och hur långsiktigt införandet av interventionen eller tillvägagångssättet stöds
- om interventionen eller det nya tillvägagångssättet har olika betydelse för olika aktörer och
- hur en intervention eller ett tillvägagångssätt tas i bruk tillsammans.

I NPT-teorin identifieras fyra faktorer som ska beaktas när nya interventioner och tillvägagångssätt införs (normaliseras) eller utvecklas i verksamhetsmiljön: 1) *Konsekvens och meningsfullhet i interventionen eller tillvägagångssättet*. De som deltar i verksamheten ska förstå de möjligheter och fördelar som interventionen eller tillvägagångssättet medför samt hur de kan bidra till att främja dess införande inom sitt eget verksamhetsområde. 2) *Införandet av evidens är en social process som uppstår genom kollektiv verksamhet, det vill säga hela gemenskapens verksamhet*. Det är viktigt att delta på ett kunskapsbaserat sätt och förbinda sig till den intervention eller det tillvägagångssätt som ska utvecklas. 3) *Betydelsen av kollektiv verksamhet, det vill säga att göra saker tillsammans*. De som deltar i verksamheten ska uppleva sitt eget deltagande som betydelsefullt i införandet av evidens. 4) *Betydelsen av reflexiv uppföljning, dvs. de som deltar i verksamheten utvärderar den intervention eller det tillvägagångssätt som utvecklas*. Utvärderingen behövs för att identifiera faktorer som främjar eller förhindrar införandet av interventionen eller tillvägagångssätt samt för att följa upp verksamhetens effekter.⁴⁷⁻⁴⁹

Ovanstående faktorer står i ett dynamiskt förhållande både till varandra och till det sammanhang där införandet av interventionen eller tillvägagångssättet sker, det vill säga till organisationen, dess strukturer och sociala normer, grupprocesser och befintlig praxis. Dessutom ska man beakta verksamhetsmiljöns strukturella och informationsbehandlingsrelaterade kognitiva resurser samt faktorer som eventuellt leder till variationer i interventioner eller tillvägagångssätt i olika miljöer.⁴⁷⁻⁴⁹ Målet är att om man uppnår önskade resultat genom införandet av en intervention eller verksamhetsmodell, ska denna etableras som normal praxis^{46,47}.

NPT-teorin har använts i flera projekt^{48,50} där evidens har etablerats inom hälso- och sjukvården. Den har i dessa projekt erbjudit ett användbart hjälpmedel för tankeorganisering i implementeringsprocesser som genomförts i olika verksamhetsmiljöer. NPT-teorin har hjälpt till att förstå problem som gäller införande och etablering av evidens, hur de kan undvikas samt hur man kan utveckla stödåtgärder för införande och etablering av interventioner och tillvägagångssätt.^{48,50}

KTA-referensramen

I uppdateringen av YHKÄ-modellen har man utnyttjat KTA-referensramen (eng. *Knowledge-to-Action Framework*) som erbjuder en referensram för tankeorganisering samt en guide för verksamheten och tolkningen av verksamheten. KTA-referensramen styr implementeringen av kunskap i praktiken¹⁰. Den beskriver de faser av informationsproduktion, informationsspridning/överföring, implementering, uppföljning och utvärdering som är dynamiska och delvis kan överlappa varandra. *Fasen för produktion av information*, dvs. den fas där evidensen sammanställs till exempel i vådrekommandationer eller systematiska översikter, kan inledas antingen före eller efter den fas där behovet av information i praxisen identifieras. När evidens har sammanställts för att stödja utvecklingen av verksamheten ska evidensen tillämpas

på de lokala förhållandena och den verksamhetsmiljö som är föremål för utvecklingen *för att sprida den och omsätta den i praktiken*. I samband med detta bör man bedöma möjliga hinder för implementering av evidensen. Nästa steg är *implementeringsfasen*, där man väljer metoder för att överföra och skraddarsy evidensen för att passa den aktuella verksamhetsmiljön. Slutligen ska man i enlighet med KTA-referensramen *följa upp och utvärdera* de resultat som uppnåtts till följd av utvecklingen och om de är positiva ska evidensbaserad praktik etableras i praktiken.^{45,51}

Modell för evidensbaserad hälso- och sjukvård

Den tredje teoretiska utgångspunkten för verksamhetsmodellen FinYHKÄ™ och den bakomliggande modell som beskriver evidensbaserad hälso- och sjukvård som helhet är JBI:s modell för evidensbaserad hälso- och sjukvård (EBHV-modellen; *eng. JBI Model of evidence-based healthcare*). EBHV-modellen beskriver med hjälp av en cykliskt framskridande process hur hälso- och sjukvårdens verksamhet utvecklas genom olika faser utifrån evidens. Utgångspunkten och målet för evidensbaserad hälso- och sjukvård i JBI:s modell är befolkningens hälsa och välbefinnande. För att nå detta mål krävs att forskningsdata produceras och sammanfattas till evidens (t.ex. systematiska översikter, vådrekommandationer), att evidensen sprids och omsätts i praktiken (t.ex. skriftliga eller elektroniska påminnelser) samt att den införs och etableras.^{5,44} I modellen betonas att införandet av evidens kräver^{44,52}:

- identifiering av kontext, dvs. lokala förhållanden: till exempel om organisationskulturen stöder förändring
- interaktion: till exempel hur man koordinerar förändringen eller hur man kommunicerar med olika yrkesutbildade personer och klienter i en förändringssituation
- samarbete: till exempel om interaktionen stöder samarbetet i utvecklingen av verksamheten eller om alla har en gemensam uppfattning om målet
- mänskligt kapital och resursallokering: till exempel om resurserna har allokerats korrekt.

Sammanfattning

Verksamhetsmodellen FinYHKÄ™ fungerar som en slags färdplan för utveckling av evidensbaserad praktik. Den underliggande NPT-teorin, KTA-referensramen och EBHV-modellen (Tabell 1) hjälper till att identifiera faktorer som är relevanta för införandet av evidens och utvecklingen av enhetlig praxis. De bidrar till att förstå mekanismerna som gör det möjligt att framgångsrikt implementera interventioner och tillvägagångssätt. Det räcker alltså inte att bara sprida evidensen, utan det krävs en systematisk implementering och etablering.^{40,48,50}

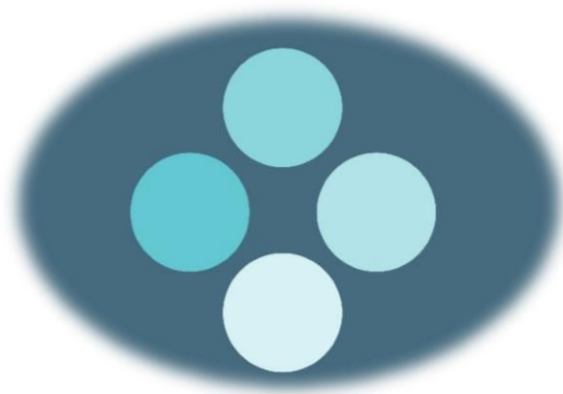
Tabell 1. Den teoretiska bakgrunden till verksamhetsmodellen FinYHKÄ™.

NPT-TEORIN ⁴⁶⁻⁴⁸	KTA-REFERENSRAMEN ^{10,45,51}	EBHV-MODELLEN ^{5,44}
Teori om organisationens sociala processer: hur människor i verkligheten agerar när evidensbaserade interventioner och tillvägagångssätt införs och integreras i verksamhetsmiljöns normala verksamhet. Beakta följande vid implementeringen: • interventionen eller tillvägagångssättet ska vara konsekvent och meningsfullt • kollektiviteten i införandet av evidens, dvs. den sociala process som uppstår genom hela gemenskapens verksamhet • betydelsen av kollektiv verksamhet, det vill säga att göra saker tillsammans • betydelsen av reflexiv uppföljning, dvs. de som deltar i verksamheten utvärderar den intervention eller det tillvägagångssätt som ska utvecklas: identifiering av faktorer som främjar eller förhindrar samt uppföljning av verksamhetens effekter	Referensram för tankeorganisering samt anvisning för verksamheten och tolkning av verksamheten. Hur 1. producerar man kunskap, dvs. sammanställer evidens 2. omsätter man kunskapen i praktiken • identifierar man problemet och/eller identifierar, bedömer och väljer evidens • anpassar man evidensen till den aktuella kontexten • bedömer man faktorer som främjar och förhindrar • väljer, skräddarsyr och implementerar man interventionen • följer man upp användningen av kunskap • bedömer man de resultat som uppnåtts genom utvecklingen • upprätthåller man den utvecklade verksamhetsmodellen	Processmodell för genomförandet av evidensbaserad hälso- och sjukvård och dess förutsättningar. Faser i EBHV-modellen: 1. befolkningens hälsa och välbefinnande som utgångspunkt och mål 2. produktion av forskningsdata 3. sammanfattning av forskningsdata till evidens (t.ex. systematiska översikter, vårdrekommendationer) 4. spridning och omsättning av evidens i praktiken 5. implementering och etablering av evidens Enligt modellen är produktion och sammanfattning av forskningsdata samt spridning, implementering och etablering av evidens komplexa processer som kräver kunskap om kontext, interaktion, samarbete och resurser.

DEL II:

Införande av verksamhetsmodellen

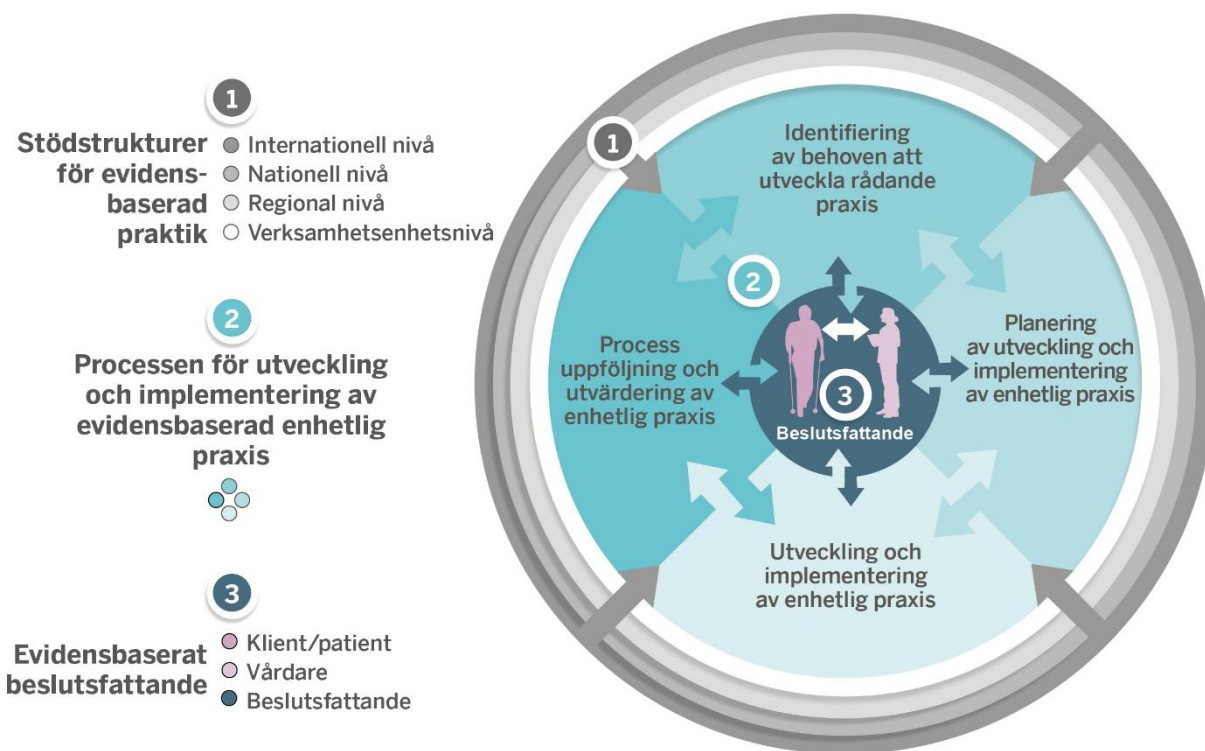
FinYHKÄ™



5 VERKSAMHETSMODELLEN FinYHKÄ™ OCH DESS FASER

Verksamhetsmodellen FinYHKÄ™ består av både stödstrukturer för evidensbaserad praktik, processen för utveckling och implementering av evidensbaserad enhetlig praxis samt evidensbaserat kliniskt beslutsfattande om klientens vård (Figur 3). De stödstrukturer på internationell, nationell, regional och verksamhetsenhetsnivå som återges i de yttre cirkarna av verksamhetsmodellen är en förutsättning för utveckling och införande av evidensbaserad enhetlig praxis inom social- och hälsovården.

Processen som beskrivs i kärnan av verksamhetsmodellen FinYHKÄ™ illustrerar utvecklingen och införandet av evidensbaserad enhetlig praxis samt hur den enhetliga praxisen realiseras i det beslutsfattande som genomförs i samarbete mellan vårdaren och klienten. Dessa olika delområden i verksamhetsmodellen beskrivs närmare nedan.



Figur 3. Verksamhetsmodellen FinYHKÄ™.

5.1 Stödstrukturer för evidensbaserad praktik

Ansvar för utvecklingen av evidensbaserad enhetlig praxis och därmed även skapandet av strukturer som stöder utvecklingen fördelas på internationell, nationell, regional (inkl. välfärds- och samarbetsområden) och verksamhetsenhetsnivå (inkl. organisationer och arbetsenheter av olika storlek, såsom avdelningar och polikliniker) (Tabell 2). Stödstrukturer som fungerar på dessa nivåer är en förutsättning för att evidensbaserad enhetlig praxis ska kunna utvecklas. Stödstrukturer som fungerar på olika nivåer är en förutsättning för att producera och ha tillgång till tillförlitlig evidens, säkerställa personalens kompetens samt utvärdera och följa upp evidensbaserad enhetlig praxis.⁴ Stödstrukturerna hjälper också till att identifiera faktorer som påverkar en framgångsrik implementering⁴⁰. I verksamhetsmodellen FinYHKÄ™ har ansvaret för att ordna och säkerställa stödstrukturerna fördelats på de fyra ovan nämnda nivåerna. I praktiken är denna fördelning inte så kategorisk, utan ansvarsfördelningen ska alltid bedömas från fall till fall i synnerhet mellan den regionala nivån och verksamhetsenhetens nivå (jfr välfärdsområdena och heterogeniteten i ordnandet av deras verksamhet).

Tabell 2. Stödstrukturer för evidensbaserad praktik på internationell, nationell, regional och verksamhetsenhetsnivå.

STÖDSTRUKTURERNAS NIVÅER		STÖDSTRUKTUR	EXEMPEL
Internationell nivå	Nationell nivå	Strukturer som möjliggör produktion av forskningsdata	aktörer som producerar forskningsdata (t.ex. universitet och forskningsinstitut) och aktörer som beviljar forskningsfinansiering
		Strukturer som möjliggör sammanfattning av forskningsevidens	aktörer som utarbetar systematiska översikter och nationella evidensbaserade rekommendationer
Regional nivå	Verksamhetsenhetsnivå	Strukturer som stöder produktion och utnyttjande av uppföljnings- och utvärderingsdata	Nationella kvalitetsregister, välfärdsområdenas strukturer för insamling och utnyttjande av uppföljnings- och utvärderingsdata (som riktar sig t.ex. till uppföljning och utvärdering av vårdarbetets resurser, genomförandet av vårdarbetet, dess resultat samt personalens kompetens)
		Strukturer som stöder spridning och omsättning av evidens i praktiken	intern och extern kommunikation mellan nationella aktörer eller välfärdsområden, utveckling och utnyttjande av elektroniskt beslutsstöd
Verksamhetsenhetsnivå	Verksamhetsenhetsnivå	Strukturer som stöder utveckling och implementering av evidensbaserad enhetlig praxis	personalresurser som riktas till utveckling av evidensbaserad praktik (t.ex. kliniska vårdexperter, utvecklingsprojekt)
		En organisationskultur som stöder evidensbaserad praktik	integrering av principerna för evidensbaserad verksamhet i välfärdsområdets och verksamhetsenheternas strategi
		Stöd från chefer	chefer fungerar som förebilder och möjliggörare av evidensbaserad verksamhet
Verksamhetsenhetsnivå	Verksamhetsenhetsnivå	Strukturer som stöder säkerställandet av personalens kompetens	möjliggörande av deltagande i organisationens interna eller externa utbildning, introduktionspraxis, mentorskap

I Tabell 2 beskrivs stödstrukturerna på internationell, nationell, regional och verksamhetsenhetsnivå. Utöver dessa fungerar expertmodellen FinAME™, som beskriver de roller och uppgifter som experter inom vårdarbete har i evidensbaserad praktik, som en stödstruktur på nationell, regional och verksamhetsenhetsnivå. Den illustrerar arbetsfördelningen mellan experter inom vårdarbete för att främja ett evidensbaserat vårdarbete. Modellen kan även utnyttjas inom social- och hälsovården för att utveckla kompetensen hos andra än experter inom

vårdarbetet och för att utarbeta strategiska riktlinjer.⁶ I evidensbaserad praktik ska rollerna för experter inom vårdarbetet vara tydliga för att evidensbaserat vårdarbete ska kunna genomföras^{30,53}, så expertmodellen FinAME™ är en utmärkt stödstruktur för detta ändamål.

På internationell och nationell nivå producerar forskare forskningsdata och sammanfattar dem till evidens som används för att utveckla evidensbaserad enhetlig praxis⁶. Särskilt högklassiga systematiska översikter ger tillförlitlig evidens (Inforuta 3) och fungerar även som grund för nationella evidensbaserade vårdrekommendationer. Översikterna och vårdrekommendationerna ska vara lätta att hitta och så tillgängliga som möjligt för att de ska kunna utnyttjas vid implementeringen av evidens. Internationella (t.ex. EU:s finansieringsprogram) och nationella (t.ex. staten, bidragsstiftelser) aktörer är betydande påverkare med tanke på forskningsfinansiering, eftersom de för sin del avgör vilka forskningsobjekt som beviljas finansiering och därmed vilka typer av forskning som finns tillgängliga som grund för evidensbaserad praktik.⁴

INFORUTA 3: Kunskapsbehov som man söker svar på genom systematiska översikter²⁴.

VÅRD, BEHANDLINGSMETOD ELLER TJÄNST	användbarhet (<i>feasibility</i>)	Hur praktiska eller genomförbara är olika praxis inom vårdarbetet med beaktande av bland annat ekonomisk bedömningsdata?
	ändamålsenlighet (<i>appropriateness</i>)	Hur ändamålsenliga är vårdarbetets praxis eller tillvägagångssätt i förhållande till den lokala kontexten?
	meningsfullhet (<i>meaningfulness</i>)	Hur upplever individerna vården och hälso-tjänsterna?
	effektfullhet (<i>effectiveness</i>)	Vilken praxis inom vårdarbetet är effektivast?

På nationell nivå deltar forskare och personer med expertuppgifter inom vårdarbetet förutom i produktionen av forskningsverksamhet och systematiska översikter även i utarbetandet och spridningen av nationella vårdrekommendationer. Systematiska översikter och vårdrekommendationer fungerar som grund för att utveckla enhetlig evidensbaserad praxis i det kliniska arbetet.⁶ Det är en fördel för klienterna om det finns specifika evidensbaserade nationella standarder för vården (t.ex. vårdrekommendationer) som följs inom social- och hälsovården. Då varierar inte vårdkvaliteten på ett obefogat sätt mellan olika organisationer eller arbetstagare.⁵⁴ En central roll i spridningen av evidens spelar också lärarna inom vårdarbete, som utnyttjar systematiska översikter och vårdrekommendationer som grund för undervisningen i branschens grundutbildning och fortbildning⁶.

EXEMPEL: Evidensbaserade rekommendationer, verksamhetsmodeller och anvisningar som stödstrukturer för prevention av trycksår.

En *evidensbaserad vårdrekommendation* för prevention av trycksår har utarbetats på nationell nivå. Utifrån den utarbetas inom välfärdsområdet en evidensbaserad enhetlig *verksamhetsmodell* för prevention av trycksår samt på organisationsnivå *verksamhetsanvisningar* för vårdpersonalen för att identifiera risken för trycksår hos en ny patient. För cheferna utarbetas anvisningar för *uppföljning och utvärdering* av statistik om hur identifieringen av risken för trycksår förverkligas i praktiken.

Med tanke på genomförandet av evidensbaserad praktik är det viktigt att det utöver forskningsdata och den evidens som sammanställs utifrån dessa (eng. *external evidence*) finns uppföljnings- och utvärderingsdata om social- och hälsovårdstjänsternas kvalitet och resultat (eng. *internal evidence*)⁵⁵. Dessa data behövs särskilt för att identifiera social- och hälsovårdstjänsternas utvecklingsbehov samt för att bedöma om de uppsatta kvalitetsmålen uppnås med den evidensbaserade enhetliga praxis som utvecklats och införts. Sådana uppföljnings- och utvärderingsdata kan samlas in nationellt^{56,57} och till exempel på välfärdsområdesnivå. Förutom att samla in data är det viktigt att komma överens om ansvarsfördelningen mellan olika aktörer och säkerställa tillräckliga resurser för att utnyttja insamlad data i utvecklingen av tjänsterna.

På regional nivå innehar välfärdsområdena, som inledde sin verksamhet 2023, en betydande roll i främjandet av evidensbaserad praktik. Välfärdsområdenas strategier hänvisar till evidensbaserad praktik bland annat genom att konstatera att ett av målen för utvecklingen av tjänsterna är att utveckla tjänsternas effektivitet och kvalitet. Strategierna ska också synas konkret, till exempel i hur genomförandet av evidensbaserad praktik (t.ex. spridning och implementering av evidens) och resultaten utvärderas eller hur man säkerställer hela personalens kompetens^{58,59}. För att nå detta mål krävs att tillräckliga resurser säkerställs för utveckling och att evidensbaserad praktik beaktas även i personalplaneringen (t.ex. befattningar för kliniska vårdexperter som arbetar i expertuppgifter). Detta förutsätter att även välfärdsområdenas högsta ledning, det vill säga både politiska och operativa beslutsfattare, har åtagit sig att främja evidensbaserad praktik i de välfärdsområden som de leder. En förutsättning för engagemanget är att de instanser som fattar besluten har tillgång till information om hur evidens kan utnyttjas i utvecklingen av tjänster och vilka fördelar som kan uppnås genom att implementera evidens⁶⁰.

På verksamhetsenhetens nivå behövs flera konkreta stödstrukturer för att säkerställa evidensbaserad praktik. Verksamhetsenhetens strukturer, sociala normer, grupprocesser och befintlig praxis antingen främjar eller förhindrar implementeringen av en ny intervention eller ett nytt tillvägagångssätt^{9,39,46,47,61}. Därför har organisationskulturen stor betydelse för hur personalen förhåller sig till förändringar och utvecklingsverksamhet^{39,58,59,62,63}. Chefens egen inställning till evidensbaserad praktik syns i organisationskulturen. Chefens attityder och praktik har betydelse för hur nödvändigt personalen finner sitt eget arbete och evidensbaserad praktik. Chefens uppgift är därför att säkerställa att utvecklingsverksamheten tilldelas tillräckliga resurser för att utvärdera nuvarande praxis (t.ex. fungerande responssystem, revision, benchmarking) samt vid behov att utveckla och implementera den.^{6,58,64-66} Cheferna ska också se till att sprida evidens^{18,67,68} och dela information om evidensbaserad praktik^{18,68} samt säkerställa att verksamhetsenhetens anställda har möjlighet att så enkelt som möjligt få tillgång till evidensskällorna^{9,69}. Personalen ska veta var de till exempel får tillgång till de senaste vårdrekommendationerna. Inforuta 4 sammanställer chefernas uppgifter, med hjälp av vilka cheferna kan stödja genomförandet av evidensbaserad praktik.

INFORUTA 4: Cheferna spelar en central roll för genomförandet av evidensbaserad praktik (EBP), oavsett om de är närmaste chefer eller chefer på mellan- eller högsta nivå.

LEDARSKAPETS DELOMRÅDEN	CENTRALA CHEFSUPPGIFTER I EVIDENSBASERAD PRAKTIK
Kunskap om organisationens strukturer och processer	• beaktar EBP i strategiska riktlinjer^{69,70} • identifierar faktorer som stöder och förhindrar förändring⁶⁵ • utvecklar stödstrukturer^{6,18,68} • följer nationella anvisningar och register⁶⁹ samt publiceringen av nationella rekommendationer
Ledarskapsstil	• stärker en positiv organisationskultur för EBP^{65,68,69} • är tillgänglig för personalen^{68,69} • samarbetar med andra chefer samt får och ger stöd^{18,68,71} • samarbetar med olika intressentgrupper (t.ex. forskare, utbildare, andra hälsovårdsorganisationer)^{18,58,68} • samverkar med personalen^{68,72} • uppmuntrar personalen till innovation^{18,68} • sprider information om EBP^{18,68} • sköter uppföljningen av praktiken^{18,67,68,70,72} • ger respons och motiverar^{58,68,69} • belönar eller tackar personalen för väl utfört arbete^{67,68}
Egen praktik och eget exempel	• fungerar som förebild^{58,68-70} • har kunskap om och förståelse för EBP och dess betydelse^{65,68} • tar hand om stödstrukturer för att sprida evidens^{18,67,68} • har beredskap för förändringar och stöder förändringen^{67,68}
Säkerställande av tillräckliga resurser	• säkerställer tillräcklig personal i förhållande till arbetsmängden⁵⁸ • säkerställer personalens tillgång till evidenskällor^{9,18,69} • möjliggör mentorernas verksamhet^{6,18,58,65,68} • säkerställer tidsresurser för utveckling av praktiken^{58,72}
Säkerställande av personalens kompetens och samarbete	• främjar personalens medvetenhet om EBP^{18,69} • identifierar och erkänner betydelsen av kompetens^{68,69} • möjliggör utbildning^{7,18,58,65,67-69} • stöder mentorernas verksamhet^{6,18,58,65,68} • säkerställer personalens EBP-kompetens^{18,68} samt att personalen har tillräcklig kompetens i anslutning till den nya eller uppdaterade enhetliga praxisen • stöder personalens inbördes samarbete^{58,70}
Stärkande av klienternas delaktighet	• beaktar klienternas förväntningar⁶⁹

För att säkerställa kompetensen hos verksamhetsenhetens personal krävs kontinuerlig uppföljning, utvärdering och utbildning av personalens kompetens. Användningen av kompetensen hos olika experter och mentorer i utvecklingen av praxis syns till exempel i att de anvisningar och verksamhetsanvisningar som används på verksamhetsenheten är aktuella och bygger på evidens.^{9,18,30} Evidensbaserad praktik och utveckling av enhetlig praxis stöder personalens beslutsfattande⁶ och genom introduktion säkerställs att nya arbetstagare kan agera korrekt och säkert för dem i nya situationer^{4,73}. En av uppgifterna för chefer inom vårdarbetet är faktiskt att stödja och styra dem som arbetar i kliniskt vårdarbete till evidensbaserad praktik^{7,9,18,65,66} genom sitt eget exempel^{18,65,69,74} och genom chefernas inbördes samarbete⁷¹.

EXEMPEL: Säkerställande av kompetens inom evidensbaserad praktik.

Att säkerställa personalens kompetens genom utbildning^{30,58,75} och övning är en central faktor som kan främja genomförandet av evidensbaserad praktik⁵⁸. Säkerställandet av kompetens som anknyter till evidensbaserad praktik inleds redan i den utbildning som leder till examen⁷⁶ och fortsätter genom att man ordnar återkommande utbildning för vårdpersonal i arbete^{7,77}. Kompetensen bedöms för att både arbetstagaren och cheferna ska ha en uppfattning om kompetensen i evidensbaserad praktik på individ- och arbetsenhetsnivå samt, beroende på chefens arbetsuppgift, även på verksamhetsenhetsnivå. Kompetensen kan bedömas till exempel med tester som mäter vårdpersonalens kunskaper och färdigheter⁷⁸ och mer allmänt med tester som mäter kompetensen i evidensbaserad praktik (kunskaper, färdigheter, attityder, övertygelser och beteende)⁷⁹. Även chefernas egen kompetens säkerställs så att de genom sin egen praktik och sitt exempel kan stödja genomförandet och etableringen av evidensbaserad praktik^{18,58,65,68}.

På nivån för en enskild anställd realiserar de stödstrukturer som har skapats för att möjliggöra evidensbaserad praktik. På de anställdas nivå innebär detta att de har tillgång till aktuell, sammanfattad och kritiskt utvärderad evidens som stöd för sitt kliniska beslutsfattande⁸⁰. Tidigare beskrev olika studier (jfr till exempel³¹⁻³³) hur anställda själva som grund för utvecklingen av sin praktik skulle söka studier i databaserna och utvärdera deras tillförlitlighet innan de användes i beslutsfattandet. Idag anses detta vara ett orimligt krav även på grund av att de anställda inte har tilldelats tillräckligt med tid för detta. Att sammanfatta forskningsdata till evidens som styr praktiken och beslutsfattandet kräver också specialkompetens. Enligt den nuvarande uppfattningen bär alltså de anställda inte själva ansvar för att söka, utvärdera och sammanställa evidens från originalstudierna, utan de ska ha tillgång till tillförlitligt utvärderad och sammanfattad evidens, såsom evidensbaserade vårdrekommendationer^{4,74,81}. För de anställda är situationen bäst när de har tillgång till konkreta verksamhetsmodeller och -anvisningar som styr det praktiska arbetet och som har utarbetats på grundval av enhetlig praxis som har utvecklats och beprövats i den egna arbetsenheten eller någon annanstans. Verksamhetsmodeller och -anvisningar stöder den anställdas evidensbaserade beslutsfattande i det kliniska arbetet. Dessutom spelar varje klients individuella erfarenheter, behov och förväntningar samt kontexten där vården ges (t.ex. sjukhus, hem eller enhet som erbjuder omsorg dygnet runt) en central roll när man tillsammans med klienten fattar beslut om vården.⁴

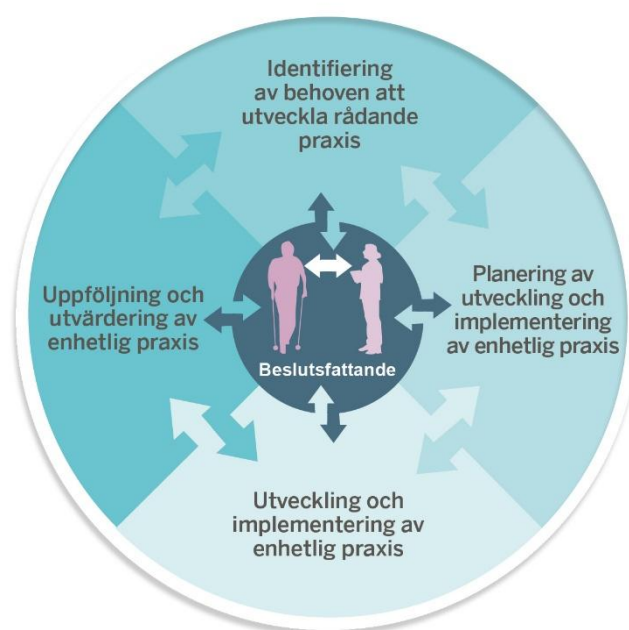
Den anställda ansvarar för att agera i enlighet med överenskommen enhetlig praxis, om inte klientens situation kräver något annat. Den anställda ska också delta i utvärderingen av vården. På samma sätt ansvarar de anställda för att upprätthålla och utveckla sin egen kompetens.^{4,6} Ovanstående krav förutsätter att varje anställd förstår vad evidensbaserad praktik handlar om^{7,23}.

Sammanfattning

I verksamhetsmodellen FinYHKÄ™ beskrivs de stödstrukturer på internationell, nationell, regional och verksamhetsenhetsnivå som är förutsättningar för evidensbaserad praktik. Med dessa stödstrukturer säkerställs förutsättningarna för att producera och tillhandahålla tillförlitlig evidens, säkerställa personalens kompetens, samt utveckla, införa, utvärdera och följa upp evidensbaserad enhetlig praxis. Även vårdpersonalen har ett eget centralt ansvar att agera i enlighet med evidensbaserad enhetlig praxis. I sista hand kan man endast på detta sätt säkerställa att vården av medborgare som använder social- och hälsovårdstjänster är evidensbaserad.

5.2 Utvecklings- och implementeringsprocess för evidensbaserad enhetlig praxis

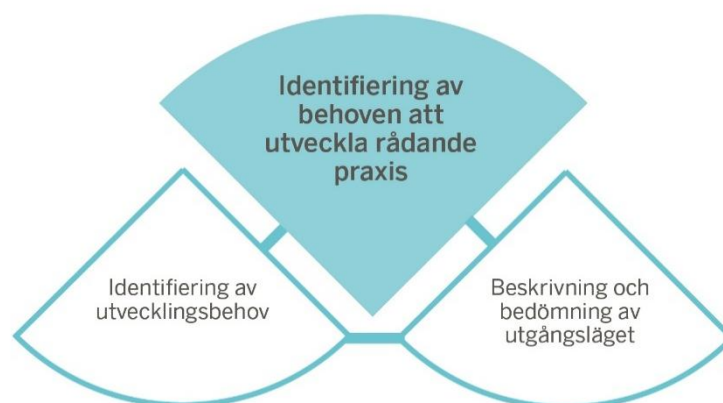
I verksamhetsmodellen FinYHKÄ™ är utvecklingen av evidensbaserad enhetlig praxis en process som består av fyra huvudfaser: 1) Identifiering av behoven att utveckla rådande praxis, 2) Planering av utveckling och implementering av enhetlig praxis, 3) Utveckling och implementering av enhetlig praxis, 4) Uppföljning och utvärdering av enhetlig praxis⁴ (Figur 4). Faserna i processen för verksamhetsmodellen FinYHKÄ baserar sig på de faser^{5,44,45,51} som beskrivs i KTA-referensramen och JBI:s EBHV-modell.



Figur 4. Utvecklingsprocess för evidensbaserad enhetlig praxis.

5.2.1 Identifiering av behoven att utveckla rådande praxis

I fasen för identifiering av behoven att utveckla rådande praxis bedömer man varför verksamheten behöver utvecklas och vad som ska utvecklas, samt beskriver och bedömer utgångsläget för rådande praxis (Figur 5). Denna första fas i processen hjälper till att identifiera utvecklingsbehov och bedöma förändringens omfattning. Den information som samlas in i denna fas bidrar till att bedöma resursbehoven under den praktiska utvecklingen och implementeringen och stöder personalen i att engagera sig i den kommande förändringen.



Figur 5. Identifiering av behoven att utveckla rådande praxis.

Identifiering av utvecklingsbehov

När utvecklingsprocessen inleds är det viktigt att identifiera varför praxisen eller verksamheten bör utvecklas och harmoniseras⁸². Utgångspunkten för utvecklingsbehovet kan vara en så kallad tvingande situation (t.ex. lagar och förordningar) som kan anknyta till exempel till patientens lagstadgade rätt att få information om alternativ smärtlindring i anslutning till vård i livets slutskede. Utvecklingsprocessen kan också grunda sig på ett annat identifierat behov, såsom motivation och behov av att utveckla verksamheten utifrån respons eller bedömning av verksamheten.⁸³ I båda dessa situationer är det nödvändigt att granska utvecklingsbehoven närmare^{32,44,84,85}.

Centrala för identifieringen av utvecklingsbehov är de uppföljnings- och utvärderingsdata som samlats in nationellt, regionalt eller på verksamhetsnivå, såsom register, statistik och respons (eng. *internal evidence*). Dessa verktyg för kunskapsbaserad ledning hjälper till att identifiera utvecklingsbehov och bakomliggande orsaker³⁹ som kan vara relaterade till organisationens strukturer, processer och vårdresultat^{54,86}:

- Faktorer relaterade till strukturer, såsom
 - interna, ineffektiva strukturer i hälso- och sjukvårdssystemen⁶¹, till exempel hierarkiskt beslutsfattande⁸⁵
 - hälso- och sjukvårdskostnaderna och deras ökning^{44,85,87} som kräver att man sätter sig in i billigare men lika effektiva alternativ⁸⁸
 - brist på resurser eller felaktig allokering av dem^{4,54,83}, till exempel brist på vårdpersonal eller kompetensbrist
 - behov att utveckla stödstrukturer som möjliggör evidensbaserad praktik¹⁸, till exempel brist på mentorskap eller svårigheter att komma åt databaser.
- Faktorer relaterade till processer, såsom
 - föråldrade^{9,17,44,89} eller i övrigt omotiverade tillvägagångssätt⁶¹
 - obefogad variation i praxis eller behandlingsmetoder^{4,54,83}
 - observerade brister eller risker i anslutning till verksamheten eller patienternas behandlingsmetoder^{44,85,88,89}

- respons från anställda^{4,64} om problem med nuvarande praxis eller tillvägagångssätt som observerats vara bättre på annat håll⁴⁴
 - behov av att utveckla behandlingsmetodernas ändamålsenlighet och/eller användbarhet⁵.
- Faktorer relaterade till resultaten, såsom
- missnöje med kvaliteten på vården, interventionerna (t.ex. behandlingsmetoden) eller tjänsterna och slutresultaten^{4,54,83}
 - behandlingen inte är tillräckligt effektiv och/eller meningsfull⁵
 - respons från klienter⁴ om att vården eller tjänsten inte motsvarar deras behov^{44,88}.

EXEMPEL: Kunskapsbaserad ledning och dess betydelse i evidensbaserad praktik.

På basis av uppföljningsdata konstaterar verksamhetsenheten att ett betydande antal laboratorieprover som gett felaktiga resultat har tagits varje år. Orsaken har identifierats vara klienternas bristfälliga förberedelse inför laboratorieprovtagning. Detta har medfört extra kostnader då det har varit nödvändigt att ta nya prover från klienterna. I värsta fall kan felaktiga laboratorieresultat ha lett till felaktig diagnos och/eller felaktig behandling. Utifrån granskningen har verksamhetsenheten konstaterat att det finns brister och obefogad variation i handledningen av klienter, och därmed har man identifierat ett behov av evidensbaserad enhetlig praxis och anvisningar för handledning av klienter inför provtagning i laboratoriet (t.ex. att man fastar eller undviker fysisk ansträngning före provtagningen). Efter att enhetlig evidensbaserad praxis har utvecklats och införts kan organisationen med hjälp av uppföljnings- och utvärderingsdata (eng. *internal evidence*) bedöma om antalet felaktiga laboratorieprover har minskat jämfört med tidigare.

En granskning av rådande praxis kan också inledas med hjälp av förändringar som observerats på basis av uppföljnings- och utvärderingsdata (t.ex. observation av en ökning av trycksår på akutmottagningen). När situationen har identifierats letar man efter evidens (t.ex. en Hotus-vårdrekommendation^{® 90}) och jämför till exempel akutmottagningens rådande praxis med den praxis som beskrivs i vårdrekommendationen samt utarbetar en plan för utveckling av evidensbaserad enhetlig praxis för att minska mängden trycksår.

Utvecklingsbehov kan också upptäckas när en nationell vårdrekommendation^{4,44,85} om ämnesområdet publiceras. Då bedömer man om rådande praxis på verksamhetsenheten överensstämmer med vårdrekommendationen. Om praxis överensstämmer med rekommendationen bedömer man om alla anställda följer en enhetlig praxis eller om det finns obefogad variation i vårdpersonalens verksamhet.³⁹

EXEMPEL: Verksamhet enligt vårdrekommendationen.

En Hotus vårdrekommendation⁹⁰ rekommenderar att en riskbedömning av trycksår görs så snart som möjligt efter att klienten har kommit till vård. Riskbedömningen upprepas regelbundet för att identifiera klienter med ökad risk för trycksår. Vid granskning av patientjournalerna konstateras att riskbedömningen har varit slumpmässig. Som ett resultat av granskningen utarbetar verksamhetsenheten en plan för systematisk bedömning av risken för trycksår enligt vårdrekommendationen. Målet är att identifiera alla klienter med risk för trycksår och hos dem inleda förebyggande åtgärder enligt vårdrekommendationen.

Personalen ska aktivt delta i identifieringen av utvecklingsbehov. Genom att delta i utvecklingen från planeringsskedet förstår personalen möjligheterna och fördelarna med det nya tillvägagångssättet, upplever sin egen delaktighet som meningsfull och känner att förändringen genomförs tillsammans⁴⁷⁻⁴⁹. Även klienternas aktiva deltagande i fasen för identifiering av utvecklingsbehov har en gynnsam effekt på processens framskridande³⁰.

Beskrivning och bedömning av utgångsläget

Utöver identifieringen av utvecklingsbehovet ska även utgångspunkterna för utvecklingsbehovet beskrivas och bedömas i större omfattning. Utvärdering av rådande praxis och tillvägagångssätt hjälper till att identifiera och beskriva utgångsläget (t.ex. incidensen av trycksår) som utvecklingsresultaten senare kan jämföras med och utvärderas mot^{4,91}. Utvärderingen av utgångsläget bidrar dessutom till att identifiera hur den rådande praxisen med tillhörande strukturer (t.ex. resurser) och processer (t.ex. tillvägagångssätt) ser ut. Detta hjälper till att bedöma omfattningen av utvecklingsbehovet.

Vid beskrivning och utvärdering av rådande praxis ska man fundera på följande:

1. Hur ser den rådande praxisen med tillhörande verksamhetsanvisningar ut, samt de anvisningar som utarbetats för klienterna? Varierar rutinerna mellan verksamhetsenheterna? Vilka resurser och andra strukturer finns tillgängliga?

2. Hur stor förändring handlar det om i utvecklingen av rådande praxis och vilka kommer utvecklingen av praxis att beröra?

Bedömningen av utgångsläget hjälper till att identifiera vilka som kommer att beröras av utvecklingsverksamheten och vilken omfattning förändringen eller utvecklingsbehovet sannolikt har. Handlar det till exempel om att stärka och etablera den befintliga verksamheten eller om att helt eller delvis förnya den.⁴ Ju större förändring det handlar om, desto mer tid, resurser och engagemang från personalen krävs i förändringsprocessen^{16,39}. I dessa fall lönar det sig i allmänhet att dela upp förändringen i mindre delar, vilket också gör det lättare för personalen att engagera sig i förändringsprocessen.

3. Vem drar nytta av att utveckla rådande praxis?

Vid utvecklingen av rutiner och tjänster ska man bedöma vilken nytta utvecklingen och förnyelsen medför och vem eller vilka som gynnas. När personalen identifierar behovet av utveckling och dess fördelar är det lättare för dem att acceptera situationen och engagera sig i den kommande förändringen^{5,18,44}. De som direkt eller indirekt berörs av förändringen ska inkluderas i utvecklingsprocessen i så stor utsträckning som möjligt.

I evidensbaserad praktik gynnas klienter, verksamhetsenheter inom social- och hälsovården och arbetstagare av att ineffektiv och föråldrad vårdpraxis elimineras. Den största nyttan kommer klienterna till godo när man använder evidensbaserade och effektiva behandlingsmetoder och tjänster som är meningsfulla för klienterna. Fördelarna för klienterna syns framför allt i vårdresultatet^{9,16,18,44}. Verksamhetsenheterna drar nytta av att onödig och ineffektiv praxis elimineras och de resurser som frigörs från dem kan utnyttjas bättre^{9,16}. De anställda drar bland annat nytta av att de får en grund för och förstärkning av sin egen praktik och förstår vilken inverkan ett evidensbaserat enhetligt tillvägagångssätt har på patienternas vårdresultat (t.ex. kortare sjukhusvistelse). Detta har också visat sig öka de anställdas arbetstillfredsställelse.^{18,92}

EXEMPEL: Förstå behovet av utveckling.

Vårdpersonalen kan uppleva att det är för tidskrävande att ändra klienternas ställningmed jämna mellanrum (t.ex. med 2–3 timmars intervall) och att det saknas tillräckliga resurser för detta. Vårdpersonalens förståelse för vikten av ställningsvård

kan stärkas genom att tillsammans gå igenom vårdrekommendationen om prevention och identifiering av trycksår och de grunder för genomförandet av ställningsvård och dess betydelse som tas upp där⁹⁰. Att förstå betydelsen av enhetlig praxis gör det lättare att förbinda sig till praxisen.

4. Vilka faktorer främjar eller förhindrar utvecklingen av rådande praxis?

Ju större förändring det handlar om, desto mer tid och andra resurser krävs. Det är därför viktigt att identifiera faktorer som främjar och förhindrar förändring, såsom implementering och etablering av evidensbaserad enhetlig praxis, redan vid bedömningen av utvecklingsbehoven för rådande praxis. Faktorer som främjar förändringen stöder en lyckad förändring, medan identifiering av hinder hjälper till att förutse och lösa de problem som oundvikligen uppstår under förändringsprocessen.^{65,93} Att identifiera faktorer som främjar och förhindrar (Tabell 3) hjälper till att senare i planeringsfasen utarbeta olika riktade strategier för praktisk implementering och för att främja dess etablering, och de är därmed viktiga för en framgångsrik förändring^{5,44,61,64}.

Tabell 3. Faktorer som främjar eller förhindrar utveckling och implementering av evidensbaserad praxis.^{30,44,58,59,63,75,93-96}

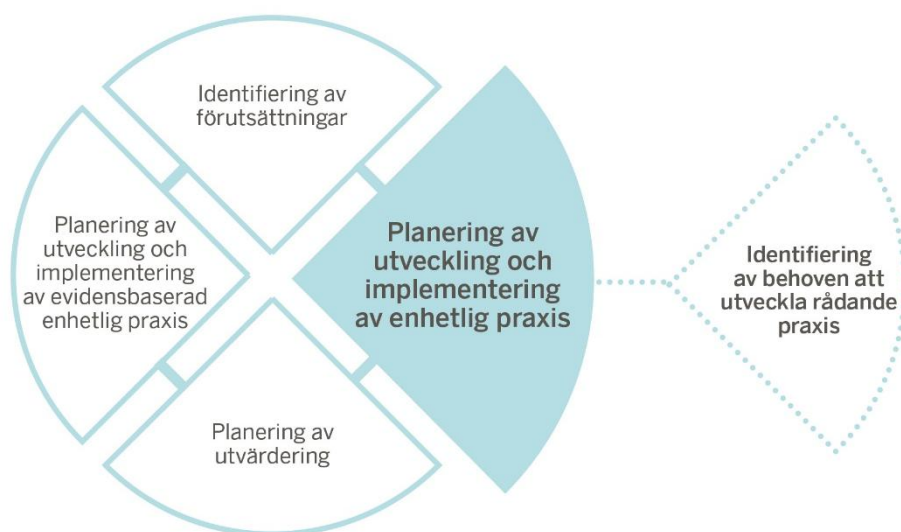
KONTEXT	FRÄMJANDE OCH FÖRHINDRANDE FAKTORER
Faktorer som hänför sig till hälso- och sjukvårdssystemet	verksamhetsmiljö, dvs. kontexten: t.ex. organisationskultur, chefernas verksamhet, tillgång till tillförlitliga informationskällor, personalomsättning och informationsflöde resurser: t.ex. stödstrukturer, tillräcklig personalen i förhållande till arbetsmängden faktorer utanför verksamhetsenheten: t.ex. samarbete mellan forskare och beslutsfattare uppföljning och utvärdering av verksamheten t.ex. personalens deltagande i uppföljning och utvärdering av verksamheten
Faktorer som hänför sig till personalen	personalens attityder: t.ex. förändringsmotstånd, förhållningssätt till forskningsdata personalens kunskaper och färdigheter: t.ex. medvetenhet om vårdrekommendationer och hur de kan utnyttjas i praktiken, förståelse för evidensbaserad praktik tillvägagångssätt och rutiner: t.ex. personalens kompetens och uppgifter, ömsesidigt samarbete, utbildningsmöjligheter
Faktorer som hänför sig till interventionen (t.ex. behandlingsmetod, praktik)	tillgång till evidens som bedömts som tillförlitlig: t.ex. evidensbaserad vårdrekommendation eller systematisk översikt den evidensbaserade interventionens användbarhet och lämplighet: t.ex. lämplighet för verksamhetsmiljön eller klientens vård

Sammanfattning

Behovet av att utveckla rådande praxis kan ha flera orsaker som kan hänföra sig till verksamhetsenhetens strukturer, processer eller de slutresultat som uppnås med vården, interventionerna och tjänsterna, eller alla dessa. Vid bedömningen av utvecklingsbehovet ska man identifiera varför förändringen är nödvändig (t.ex. baserat på uppföljnings- och utvärderingsdata eller observationen att rådande praxis inte motsvarar den praxis som rekommenderas i den publicerade vårdrekommendationen), hur omfattande förändringen är, vem förändringen gäller, vem som gynnas av förändringen och vilka faktorer i verksamhetsenheten som eventuellt stöder den framtida förändringen eller utgör ett hinder för den.

5.2.2 Plan för utveckling och implementering av enhetlig praxis

Efter bedömningen av behovet av att utveckla rådande praxis är nästa fas att utarbeta en plan för utveckling och implementering av evidensbaserad enhetlig praxis (Figur 6). Den information som samlades in i föregående fas om utvecklingsbehovet, dess omfattning och utgångsläget, används som grund för planeringen. Utarbetandet av planen är en central del av utvecklingsprocessen. Den bidrar till att identifiera olika aktörers uppgifter, ansvar och resursbehov samt förbereda implementeringen och etableringen av en ny eller uppdaterad enhetlig praxis. Planeringen av evidensbaserad enhetlig praxis inleds samtidigt som planeringen av utvecklingen, eftersom de är nära kopplade till varandra.



Figur 6. Planering av utveckling och implementering av evidensbaserad enhetlig praxis.

Planeringen av utveckling och implementering av evidensbaserad enhetlig praxis omfattar tre huvudfaser: a) identifiering av förutsättningar, b) planering av utveckling och implementering av evidensbaserad enhetlig praxis och c) planering av utvärdering (Tabell 4). Dessa faser och deras innehåll granskas närmare i detta avsnitt. En väl genomförd planeringsprocess bidrar till att förutse faktorer som har betydelse för utvecklingen, implementeringen och etableringen av evidensbaserad enhetlig praxis. Vid införandet av ett nytt tillvägagångssätt är det viktigt att hela arbetsgemenskapen förstår behovet av förändringen och deltar i den.⁴⁷⁻⁴⁹ Detta gäller särskilt när förändringen berör hela verksamhetsenhetens verksamhet.

Tabell 4. Faserna i planeringen av utveckling och implementering av enhetlig praxis.

PLANERINGSFASEN	INNEHÅLL
a. Identifiering av förutsättningar	Hantering av planerings- och utvecklingsprocessen Identifiering, rekrytering och engagemang av förändringsagenter för planering och utveckling Kännedom om verksamhetsmiljön, dvs. kontexten: analys och beaktande av verksamhetsmiljön Identifiering av faktorer som påverkar utvecklingen och implementeringen Bedömning av evidensens och implementeringsmetodernas lämplighet i förhållande till verksamhetsmiljön
b. Planering av utveckling och implementering av evidensbaserad enhetlig praxis	Utnyttjande av evidens i utvecklingen av enhetlig praxis Definition av olika aktörers uppgifter och ansvar Stöd för personalens engagemang Bedömning av nödvändiga resurser Planering av riktade strategier och metoder som stöder implementering och etablering
c. Planering av utvärderingen	Granskning av strukturer Granskning av processer Granskning av slutresultatet

a. Identifiering av förutsättningar

Det praktiska planeringsarbetet för den praxis som ska utvecklas eller uppdateras inleds i enlighet med NPT-teorin med fastställandet av förutsättningar⁴⁷⁻⁴⁹ och olika aktörers ansvar⁶.

Hantering av planerings- och utvecklingsprocessen

När planeringen av utvecklingsprocessen och implementeringen inleds är de första uppgifterna att komma överens om praktiska frågor som rör hantering av processen och dess ansvar. Ju större förändring det är fråga om i utvecklingen av enhetlig praxis, desto viktigare är det att man överväger att inrätta ett separat projekt, varvid det utses en chef och vid behov en styrgrupp^{16,44,85} för projektet. Beroende på förändringens omfattning hör det till chefens eller styrgruppens uppgifter att säkerställa att följande saker genomförs:

- utnämning av projektledare^{44,97} och andra som deltar i planerings- och utvecklingsprocessen samt definition av ansvar och uppgifter^{44,98}
- utnyttjande av aktuell evidens, såsom en vårdrekommendation eller en systematisk översikt i ämnet, i utvecklingen av enhetlig praxis^{18,44,64}
- kartläggning av faktorer som stöder och förhindrar utvecklingen⁹⁸
- säkerställande av resurser^{44,64,97}

- projektets tidsplanering och schemahantering⁹⁸
- information om projektets framsteg och resultat till projektdeltagare och dem som berörs av förändringen^{44,98}.

Identifiering, rekrytering och engagemang av förändringsagenter för planering och utveckling

Vid planeringen av utveckling och implementering av evidensbaserad enhetlig praxis ska man beakta hur de aktörer som är centrala för förändringen, dvs. de så kallade förändringsagenterna, i ett tidigt skede kommer in i planeringsprocessen och hur de engageras i utvecklingen och implementeringen av enhetlig praxis^{44,47,48}. Att identifiera och engagera förändringsagenter i utvecklingen av verksamheten stöder en framgångsrik förändring. De fungerar som facilitatorer, vars uppgift bland annat är att främja och stärka utvecklingen och införandet av evidensbaserad praxis^{16,18,58,98,99} samt utbilda personalen^{18,96}. Förändringsagenterna säkerställer också för sin del att alla berörda parter är medvetna om förändringens syfte och mål, varvid de som berörs av förändringen sannolikt accepterar den^{18,44}.

Förändringsagenterna kan till exempel vara de som arbetar med olika expertuppgifter och chefer på olika nivåer, särskilt de närmaste cheferna^{18,44}. Förändringsagenternas tillvägagångssätt kan variera, men man kan identifiera vissa gemensamma kännetecken i deras verksamhet. De stöder målmedvetet förändringen mot målen och strävar samtidigt efter att skapa förtroendefulla relationer med dem som deltar i utvecklingen. I förändringsagents verksamhet är det viktigt att ta hand om kommunikationen, problemlösningen som sker genom interaktion och skapandet av fungerande samarbetsrelationer.^{44,64,98} För att stödja evidensbaserad praktik krävs också att förändringsagenten själv är expert på evidensbaserad praktik^{18,58,96,97,99}. Förändringsagenter kan också fungera som ledare för ett utvecklingsprojekt. Om det är fråga om en förändring som gäller hela organisationen är projektledaren vanligtvis en person som har tillräcklig beslutanderätt om personer som eventuellt ska anställas och andra resurser för projektet. Då fungerar förändringsagenterna som stöd för projektledaren och hjälper till exempel till att skapa stödstrukturer för utvecklingen^{18,97,98}.

Kännedom om verksamhetsmiljön, dvs. kontexten: analys och beaktande av verksamhetsmiljön

Kännedom om den verksamhetsmiljö där en evidensbaserad enhetlig praxis utvecklas och implementeras förutsätter en noggrann analys av verksamhetsmiljön och tillhörande faktorer. Informationen används vid utvecklingen av en evidensbaserad enhetlig praxis och planeringen av implementeringen. Den insamlade informationen hjälper till att bedöma evidensens lämplighet och att skräddarsy praxisen så att den motsvarar verksamhetsmiljön samt att beakta den komplexa och mångfacetterade verksamhetsmiljön^{5,47,48}. De hjälper också till att utveckla riktade implementeringsstrategier med beaktande av faktorer som främjar och förhindrar evidensbaserad praktik i verksamhetsmiljön. En noggrann analys av kontexten främjar en framgångsrik förändring även i fortsättningen när annan enhetlig praxis utvecklas baserat på evidens. Vid analysen av verksamhetsmiljön spelar ovan nämnda förändringsagenter en central roll, eftersom de vanligtvis känner väl till den verksamhetsmiljö där de verkar och där utvecklingen av enhetlig praxis sker. Utöver andra faktorer relaterade till verksamhetsmiljön identifierar de ofta också möjliga faktorer som främjar eller förhindrar förändringen.^{64,98,100}

I analysen av verksamhetsmiljön fästs uppmärksamhet vid följande faktorer⁴⁴:

- verksamhetsmiljön och dess struktur: till exempel personalstruktur, tillräcklig personalen i förhållande till arbetsmängden samt metoder för beslutsfattande (centraliserade eller decentraliserade)
- arbetsplatskultur: till exempel arbetsplatsens värderingar och övertygelser
- kommunikation: till exempel kommunikation och informationsförmedling på arbetsplatsen
- ledarskap: till exempel konkret stöd från cheferna
- resurser: till exempel ekonomiska resurser
- kunskaper, färdigheter och attityder: till exempel personalens kompetens och motivation
- engagemang i kvalitetsledning: till exempel om verksamhetens resultat följs upp
- multiprofessionellt samarbete: till exempel samarbete och förtroende mellan olika yrkesutbildade personer.

I kontextanalysen kan man till exempel utnyttja SWOT-analysen, där man bedömer verksamhetens styrkor, svagheter, möjligheter och hot⁴⁴. Andra verktyg för kontextanalys har också utvecklats¹⁰¹.

Identifiering av faktorer som påverkar att utvecklingen och implementeringen lyckas

Faktorerna som påverkar en lyckad utveckling och implementering samt tillhörande etablering är mycket likartade¹⁰². De bör identifieras tidigt i planeringsprocessen så att de kan beaktas när planen utarbetas. Faktorerna kan till exempel delas in på följande sätt:

1. Faktorer som hänför sig till innovationen, till exempel

- hur klienterna godkänner och följer behandlingsmetoden eller tillvägagångssättet¹⁰³
- hur lämplig eller tillämplig interventionen är i den aktuella kontexten^{16,28,53,61,102,103}
- hur effektiv interventionen är eller vilka dess fördelar är^{53,102}
- hur exakt och noggrant interventionen kan implementeras och etableras i de aktuella kontexten^{61,97,102}

2. Faktorer som hänför sig till verksamhetsmiljön, till exempel

- atmosfär och organisationskultur^{28,97,102-104}
- ledning och stöd av chefen^{24,61,65,66,85,97,102}
- verksamhetsmiljöns egenskaper, såsom dess struktur, processer och tillvägagångssätt^{16,24,61,85,102,103}
- känslighet för förändringar i systemet och tillvägagångssätten^{97,102}

3. Faktorer som hänför sig till kapacitet, dvs. förändringsförmåga, till exempel

- användning av interna och externa facilitatorer, såsom experter^{18,102}
- resurser, såsom finansiering och personalkompetens^{28,61,85,97,102-104}
- gemenskapens och intressentgruppernas stöd¹⁰²

4. Faktorer som hänför sig till processer och interaktion, till exempel

- verksamhetsplanering¹⁰²
- yrkesutbildade personers engagemang och samarbete^{18,102}
- delat beslutsfattande med intressentgrupper^{85,102}
- samordning av regler och tillvägagångssätt¹⁰²
- bedömnings- och responspraxis^{16,18,97,102}
- utbildning^{18,65,97,102}

Bedömning av lämpligheten i evidensen och metoderna för dess implementering i förhållande till verksamhetsmiljön

Vid planeringen av evidensbaserad enhetlig praxis ska man granska evidensen och dess lämplighet för den verksamhetsmiljö som är föremål för granskning. Bedömningen inriktas på om till exempel vårdrekommendationen kan utnyttjas som sådan eller om det finns några motiverade skäl till att den inte till alla delar är lämplig för verksamhetsmiljön i fråga^{5,61}.

EXEMPEL: Bedömning av evidensens lämplighet i förhållande till verksamhetsmiljön.

Inom välfärdsområdet utvecklas processerna för utskrivning av äldre klienter från sjukhus. I utvecklingsprojektet utnyttjas Hotus-vårdrekommendationen Säker hemkomst från sjukhuset för den äldre (2020)¹⁰⁵. Många av de äldre som omfattas av den hemvård som ska utvecklas är demenssjuka, så när man utvecklar en enhetlig praxis för utskrivning från sjukhuset ska man beakta de särskilda behoven hos äldre som lider av demenssjukdom. Granskningen inriktas således till exempel på hur handledningen i anslutning till utskrivning genomförs och hur man beaktar genomförandet av vården av en ensamboende demenssjuk och säkerheten i att bo hemma.

Utöver evidensens lämplighet kan skillnader mellan olika verksamhetsmiljöer påverka planeringen av evidensbaserad enhetlig praxis och dess implementering. Även om målet är att skapa nationellt enhetlig evidensbaserad praxis bör man beakta att verksamhetsenheterna för social- och hälsovården och verksamhetsmiljöerna för vårdarbetet är olika i välfärdsområdena. Skillnaderna mellan olika välfärdsområden beror bland annat på de innehållsmässiga särdragen i social- och hälsovårdstjänsterna, såsom de olika tyngdpunkterna inom specialsjukvården och primärvården och skillnaderna i personalstrukturen. En evidensbaserad enhetlig praxis och dess införande ska därför planeras så att den lämpar sig för varje verksamhetsmiljö. Om en enhetlig praxis har utvecklats i en annan verksamhetsmiljö än där den ska implementeras, ska man bedöma praxisens lämplighet samt hur den kan skräddarsys för den nya verksamhetsmiljön⁸².

b. Planering av utveckling och implementering av evidensbaserad enhetlig praxis

När förutsättningarna och de olika aktörernas ansvar har identifierats utarbetas en plan för hur utvecklingen och implementeringen av evidensbaserad enhetlig praxis ska genomföras, inklusive hur den ska etableras. I planen beskrivs följande: utnyttjande av evidens i utvecklingen av enhetlig praxis, definition av olika aktörers uppgifter och ansvar, stöd för personalens engagemang, bedömning av nödvändiga resurser samt planering av riktade strategier och metoder som stöder implementeringen och etableringen.

Utnyttjande av evidens i utvecklingen av enhetlig praxis

Bakgrunden till evidensbaserad enhetlig praxis ska vara bästa möjliga evidens, såsom en vårdrekommendation eller en systematisk översikt^{4,55,80,106}, där studier om ämnet har granskats omfattande och systematiskt och deras kvalitet har bedömts innan slutsatserna presenteras. Om det inte finns någon vårdrekommendation eller systematisk översikt över ämnet eller om det bara har gjorts lite forskning om ämnet, kan en enskild studie som bedömts vara av god kvalitet eller experternas konsensus i frågan fungera som evidens, om den efter en kritisk bedömning konstateras representera den för närvarande bästa möjliga evidensen om ämnet^{98,107}. I dessa situationer ska man emellertid alltid komma ihåg att evidensen inte är stark och risken för bias är större än vanligt¹⁰⁶. Om utvecklingsbehovet är omfattande ska man säkerställa att evidensen för utvecklingsobjektet har granskats tillräckligt omfattande. Som grund för ett omfattande

utvecklingsarbete kan det därför behövas flera vårdrekommendationer och systematiska översikter för att evidensen ska täcka hela den enhetliga praxis som ska utvecklas.

Det bör noteras att den evidens som används i enlighet med grundprincipen för evidensbaserad praktik ska representera kunskap utifrån vilken man kan bilda sig bästa möjliga förståelse för ämnet som granskas. När man till exempel granskar effekten av en metod erbjuder forskningsdata som producerats genom randomiserade kontrollerade studier och sammanfattats i en systematisk översikt den starkaste evidensen. Vid bedömning av tillgänglig evidens och dess utnyttjande ska granskningen därför alltid göras i förhållande till vilken fråga och vilket perspektiv man söker svar på.^{5,24,107}

Utöver evidens som sammanställts från forskningsdata (eng. *external evidence*) ska man även bedöma behovet av att utnyttja uppföljnings- och utvärderingsdata som samlats in inom välfärdsområdet (eng. *internal evidence*). Uppföljnings- och utvärderingsdata kan hjälpa till att bedöma till exempel tillräckligheten i de resurser som behövs för att genomföra enhetlig praxis eller kostnaderna för detta.

Vid planeringen av den enhetliga praxisen utnyttjar man en jämförelse mellan rådande praxis och bästa möjliga evidens och utarbetar en detaljerad plan för nödvändiga förändringar samt eventuellt stödmaterial, såsom konkreta verksamhetsanvisningar, anvisningar riktade till klienter och checklistor. Vid planeringen är det viktigt att ta hänsyn till verksamhetsmiljön och skraddarsy praxisen så att den lämpar sig för den aktuella verksamhetsmiljön.

EXEMPEL: Evidensbaserad enhetlig praxis.

Kirurgiska ingrepp och tillhörande anestesi är förknippade med risken för ofrivillig undertemperatur, vilket kan orsaka betydande olägenheter för klienten. I Hotus-vårdrekommendationen *Bibehållande av normotermi hos en vuxen patient under den perioperativa vårdprocessen* (2022)¹⁰⁸ rekommenderas användning av intravenösa vätskor som värms upp med en vätskeuppvärmningsanordning som en metod för att förebygga hypotermi. Vid utarbetandet av planen utreds rådande praxis, dvs. om alla anestesijukskötare som vårdar klienter med risk för hypotermi värmer upp dessa klienters intravenösa vätskor med en vätskeuppvärmningsanordning. Om praxisen inte är enhetlig, upprättas en plan för att harmonisera den. En förutsättning för att implementera den evidensbaserade praxis som beskrivs ovan är att vätskevärmare finns tillgängliga på operationsavdelningen för alla klienter som löper risk för hypotermi och att anestesijukskötarna har den kompetens som krävs för att använda dem.

Definition av olika aktörers uppgifter och ansvar

Vid utvecklingen och implementeringen av evidensbaserad enhetlig praxis har varje aktör sin egen roll, vilken är viktig att definiera när man planerar utvecklingen och implementeringen av enhetlig praxis. Vid definitionen av uppgifter och ansvar kan man utnyttja expertmodellen FinAME™, där olika yrkesgruppers roller och ansvar beskrivs med beaktande av den finländska social- och hälsovårdens särdrag⁶. Vid definitionen av uppgifter och ansvar ska man alltid beakta personalens kompetens och den individuella variationen i den kompetens som gäller evidensbaserad praktik.

När olika aktörers uppgifter och ansvar definieras ska förutom den egentliga praktiska utvecklingen och implementeringen även ansvaret för bland annat följande uppgifter fastställas: informering samt uppdatering, uppföljning och utvärdering av patientanvisningar och verksamhetsanvisningar. I planen beskrivs varje aktörs (t.ex. i lednings- och förvaltningsuppgifter,

projektledare, förändringsagent) och yrkesgrupps (t.ex. sjukskötare, närvårdare) ansvar för införande och etablering av en enhetlig praxis med hjälp av till exempel expertmodellen FinAME™.⁶

Stöd för personalens engagemang

Personalens engagemang är en av faktorerna som främjar utvecklingen, implementeringen och etableringen av evidensbaserad enhetlig praxis. Därför bör man redan i samband med utarbetandet av planen fästa uppmärksamhet vid personalens engagemang i att alla följer en enhetlig praxis. Med tanke på engagemanget är det viktigt att personalen vet vad förändringen av tillvägagångssätt bygger på. Detta är grunden till att förstå behovet av förändring. Metoder som främjar implementeringen av evidens och personalens engagemang kan till exempel vara:

- stöd från förändringsagenter, mentorer och opinionsledare^{5,18,96}: stöd från personer som är insatta i frågan motiverar andra.
- personalutbildning^{18,27,65,69,97}: särskilt om det handlar om att lära sig en helt ny metod eller ett helt nytt tillvägagångssätt. Utbildningen säkerställer att personalen agerar i enlighet med överenskommen enhetlig praxis⁹
- integrering av evidens i beslutsstöd^{5,27,97,109}: till exempel påminnelser i elektroniskt beslutsstöd hjälper personalen att beakta evidens och praktik i enlighet med enhetlig praxis i det kliniska beslutsfattandet, vilket påskyndar beslutsfattandet och främjar patient- och klientsäkerheten och vårdkvaliteten¹⁰⁹
- klienternas förväntningar och behov: när klienterna är medvetna om rätt sorts praktik kan de kräva denna av personalen. Detta har till exempel konstaterats vid iakttagande av handhygien.⁸³

EXEMPEL: Mentorernas verksamhet.

Mentorer som är experter på evidensbaserad praktik är centrala för att stödja personalens engagemang. De kan bland annat delta i utbildning och motivation av personalen. På samma sätt kan de fungera som exempel för utveckling av organisationskulturen så att den möjliggör evidensbaserad praktik. Till deras uppgifter kan också höra att samla in information om verksamheten och rapportera den till cheferna för vårdarbetet för att utveckla verksamheten.⁹⁶

Bedömning av nödvändiga resurser

Det ska finnas tillräckliga resurser för utveckling och implementering av evidensbaserad enhetlig praxis för att planen ska kunna genomföras. Vid utarbetandet av planen beskrivs till exempel följande angående resurserna:

- personal: man beaktar personalens struktur och antal i förhållande till förändringen och dess omfattning. Det centrala är att fundera över vilka extra personalresurser som behövs för utvecklingen och implementeringen av praxis.
- personalens kompetens: för att personalen ska kunna agera i enlighet med den överenskomna enhetliga praxisen måste utbildning och säkerställande av personalens kompetens säkerställas⁹. Vid utarbetandet av planen beaktas nuläget för personalens kompetens samt vilken typ av förändring det är fråga om, hur stor förändringen är jämfört med det rådande tillvägagångssättet och om det är fråga om en förändring som gäller en yrkesgrupp eller en multiprofessionell förändring. I planen ska man därför bedöma hur omfattande utbildning som eventuellt behövs och vilka andra metoder för att säkerställa personalens kompetens som krävs för utvecklingen och implementeringen av praxisen.

- nödvändig utrustning och tillhörande kostnader.
- tillgänglig tid och dess förhållande till omfattningen av utvecklingen av enhetlig praxis. Dessutom ska man bedöma om den nya enhetliga praxisen tar eller frigör personalens tid.

Planering av riktade strategier och metoder som stöder implementering och etablering

Implementering och etablering av evidensbaserad enhetlig praxis som en del av den normala verksamheten ska granskas redan i utvecklingsprojektets inledande skede. Det finns flera sätt att främja implementeringen och etableringen. De kan gälla expertis och dess utveckling samt verksamhetsenheten och dess verksamhet. Ofta används en kombination av flera olika metoder¹¹⁰. Som exempel på enskilda metoder har i olika studier nämnts bland annat följande:

- opinionsbildarnas exempel^{95,96,104,110}
- experternas tydliga roller och ansvarsområden^{6,95}
- stöd från cheferna och deras exempel^{18,65,66,69,95,97,110}
- organisationens stöd⁹⁵
- utbildning^{18,65,77,91,95,110}
- forskningsklubbar^{91,104,110}
- elektroniska eller manuella påminnelser^{24,97,104,109,110}
- multiprofessionella team¹¹⁰
- ekonomiska incitament¹¹⁰
- uppföljning och utvärdering av samt respons om verksamheten^{18,95,97,110}

Om man endast använder en av ovanstående metoder kan andra aspekter som rör implementering av evidens och främjande av evidensbaserad praktik förbli obeaktade. Därför ger en kombination av flera strategier och metoder som stöder implementeringen oftast de bästa resultaten. Vid val av metoder ska man beakta utmaningarna i anslutning till verksamhetsmiljön och metodernas kostnadseffektivitet.¹⁰⁰ Valet av lämpliga metoder påverkas också av vilken slags enhetlig praxis det är fråga om och i vilken verksamhetsmiljö den ska implementeras⁸³. Om det vid implementeringen bara handlar om små ändringar i rådande praxis, såsom enskilda preciseringar av patientanvisningen, är det lättare att etablera den. Däremot kräver till exempel införandet av nya verksamhetsanvisningar som gäller hela välfärds- eller samarbetsområdet i allmänhet närmare planering av metoder för att stödja implementeringen och etableringen. En mer omfattande förändring kräver vanligtvis att flera olika metoder som stöder implementeringen används samtidigt.

c. Planering av utvärderingen

Utvärderingen av den praxis som ska utvecklas och dess implementering samt utnyttjandet av informationen om den ska granskas redan i planeringsskedet. En utvärdering som baserar sig på uppföljningsdata ger information om utvecklingsarbetets resultat och dess etablering som en del av verksamhetsenhetens verksamhet. Utvärderingen ska genomföras under hela utvecklings- och implementeringsprocessen och ska fortsätta även efter att den har avslutats.

Vid planeringen av utvärderingen fästs uppmärksamhet vid hur verksamhetsenhetens strukturer och processer stöder uppnåendet av de eftersträlvade resultaten och hur de eftersträlvade resultaten har uppnåtts. Vid planeringen av genomförandet av utvärderingen och de indikatorer som används kan man till exempel fundera på följande frågor:

Granskning av strukturer

- Är resurserna för utveckling av evidensbaserad enhetlig praxis tillräckliga och rätt inriktade?
- Är de strukturer som stöder personalens kompetens tillräckliga?
- Är resurserna för implementering av evidensbaserad enhetlig praxis tillräckliga?

Granskning av processer

- Hur kommer utvecklings- och implementeringsprocessen för evidensbaserad enhetlig praxis och dess framgång att bedömas?
- Hur kommer det enhetliga genomförandet av den nya praxisen att följas upp och utvärderas?
- Hur förblir praxisen enhetlig över tid?
- Hur kommer etableringen att följas upp och utvärderas?
- Hur kommer personalens kompetens att utvärderas?

Granskning av slutresultatet

- Uppnåddes de resultat som den evidensbaserade enhetliga praxisen var avsedd att uppnå?
- Hur upplever personalen den nya implementerade praxisen? Hur är det med klienterna?
- Motsvarar personalens kompetensförutsättningarna för ett högklassigt genomförande av enhetlig praxis?

I planeringsfasen av utvärderingen ska man

- *komma överens om ansvarsområden*, dvs. vem eller vilka som ansvarar för utvecklingsprocessens olika faser och processens framskridande.
- *välja indikatorer* med vilka utvecklingsprocessen och harmoniseringen av praxis kommer att följas upp och utvärderas.
- *fundera på rapportering och utnyttjande av sammanställd data*
 - vad, till vem, hur och var rapporteras
 - hur och i vilken omfattning rapporteras och
 - hur ska de data som samlats in genom rapportering utnyttjas.¹¹¹

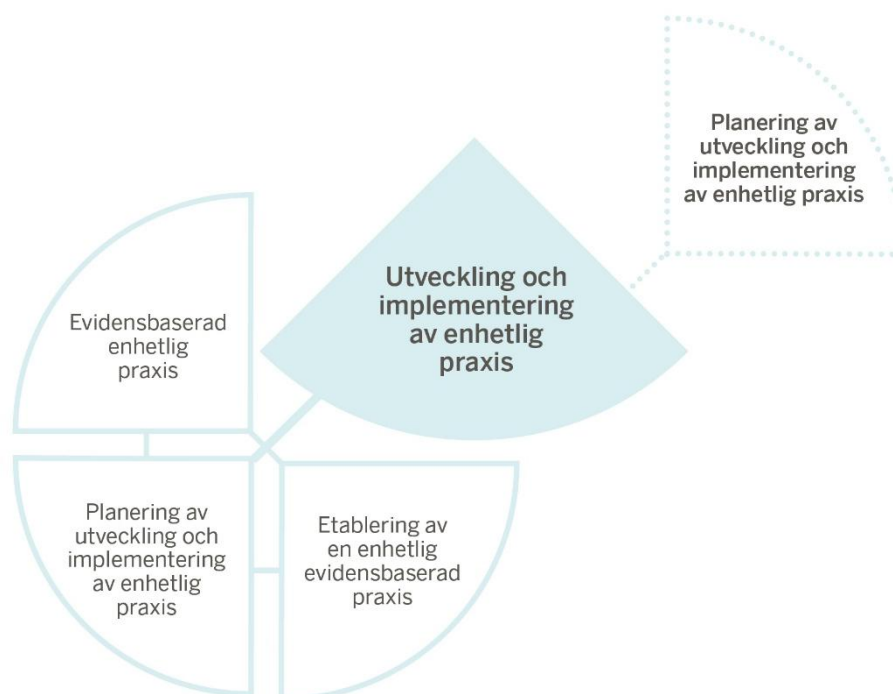
Förutom att planera utvärderingen av den nya praxisen och dess implementering är det viktigt att även planera den övergripande utvärderingen av utvecklings- och implementeringsprocessen. Den information som samlas in i denna utvärdering kan användas i kommande utvecklingsprocesser.

Sammanfattning

Planeringsfasen är en central del av utvecklingsprocessen. Planens omfattning baserar sig på en jämförelse av rådande praxis med aktuell evidens, såsom en vådrekommandation. Planeringen tar hänsyn till förutsättningarna för en lyckad plan, kontexten samt personalens delaktighet, utbildning och stöd för engagemang. Implementeringen utnyttjar flera metoder, såsom mentorstöd, utbildning av personal, integrering av evidens i beslutsstöd och delaktighet av personal och klienter.

5.2.3 Utveckling och implementering av enhetlig praxis

Nästa fas är att utveckla och införa en enhetlig praxis. Denna fas omfattar planens genomförande och etablering av en enhetlig evidensbaserad praxis (Figur 7).



Figur 7. Utveckling och implementering av enhetlig praxis.

Genomförande av planen

När planen för utveckling, implementering och etablering av evidensbaserad enhetlig praxis har utarbetats går man över till genomförandet av planen. Då säkerställs att alla de personer vilkas arbete på något sätt kommer att påverkas av det nya tillvägagångssättet känner till planen och sin egen del i den. När personalen deltar i genomförandet av planen har de möjlighet att påverka den nya praxisen och dess implementering. På så sätt kan till exempel de lokala förhållandena beaktas tillräckligt. Detta främjar personalens engagemang i den nya praxisen och säkerställer också att det nya tillvägagångssättet etableras som ett tillvägagångssätt av hela personalen.

Som tidigare konstaterats kan omfattningen av den nya enhetliga praxisen variera beroende på resultatet av kartläggningen av utvecklingsbehoven för rådande praxis och den plan som utarbetats utifrån detta. Praxisen kan vara mer begränsad, såsom en patientanvisning som uppdaterats för handledning av klientens egenvård eller en intern verksamhetsanvisning för arbetsenheten som riktar till en viss vårdåtgärd. Det kan också vara en praxis som gäller hela den bredare verksamhetsenheten med anvisningar, såsom en verksamhetsanvisning för förebyggande av trycksår eller en digital vårdstig som utvecklats för välfärdsområdet för en viss klientgrupp.

När den **evidensbaserade enhetliga praxisen** som beskrivs i planen har skapats eller uppdaterats och de faktorer som anknyter till dess framgångsrika implementering och etablering har identifierats, ska man säkerställa att alla berörda parter känner till den enhetliga praxisen och har den kompetens som krävs för implementeringen. När cheferna föregår med gott exempel och möjliggör evidensbaserad praktik kan personalen se sitt eget agerande som viktigt och meningsfullt. Även mentorerna spelar en nyckelroll i att stödja personalen i att förbinda sig till genomförandet av enhetlig praxis^{4,18,95}. Implementeringen och etableringen främjas av att personalen förstår möjligheterna och fördelarna med enhetlig praxis⁴⁷⁻⁴⁹.

EXEMPEL: Utveckling och införande av handledning på distans¹¹².

I välfärdsområdet beslutade man att utveckla tjänster som genomförs via distansförbindelse. Införandet av dessa tjänster omfattade hela välfärdsområdet, så förändringen riktade sig till en bred grupp yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och medborgare. Personalen deltog i förändringen redan i planeringsfasen, vilket gav dem möjlighet att påverka både planeringen av lokalerna och anskaffningen av nödvändig utrustning. Skräddarsydd utbildning ordnades för personalen enligt respektive kompetensbehov. Vid planeringen och införandet av tjänster som genomförs via distansförbindelse i välfärdsområdet bedömde man alla verksamhetsmiljöers och klientgruppers lämplighet för implementering av handledning på distans, säkerställde att nödvändig utrustning fanns och att klientens ärende kunde skötas på ett datasäkert sätt. Personalen utbildades för att individuellt för varje klient bedöma om handledningen lämpade sig för att genomföras på distans med beaktande av klientens helhetssituation och beredskap.

Etablering av evidensbaserad enhetlig praxis

Fördelarna med evidensbaserad praktik uppnås endast om evidensbaserad praxis etableras som en del av den normala verksamheten^{16,28,96,102,113}. Om det till exempel är fråga om en evidensbaserad enhetlig praxis för hela välfärdsområdets verksamhet, ska dess införande och etablering^{16,29} säkerställas genom att binda den till välfärdsområdets strategi^{30,97} samt genom att följa upp och utvärdera hur verksamheten har förändrats^{16,18}. Införandet och etableringen av det nya tillvägagångssättet lyckas om man fäster uppmärksamhet vid långsiktigt stöd för praxisen. De enskilda anställdas verksamhet ger endast önskvärda resultat om cheferna på olika nivåer stöder och säkerställer implementeringen och etableringen av evidensbaserad praxis.^{24,97} För att stödja efterlevnaden av evidensbaserad enhetlig praxis kan olika strategier (t.ex. handledning, respons) och påminnelser (t.ex. checklista) utvecklas för att säkerställa att överenskomna rutiner följs¹⁰².

Att etablera en ny evidensbaserad enhetlig praxis (t.ex. ändring av behandlingsmetod eller tillvägagångssätt) i den normala verksamheten kräver tålamod och uthållighet. Det kräver engagemang från alla inblandade. Det är lättare att engagera personalen om de ser att det nya tillvägagångssättet är till nytta för dem själva och klienterna. Nyttan kan till exempel synas som tidsbesparing och/eller bättre vårdresultat för klientens.¹¹⁴ Om en enhetlig praxis anknyter till klientens vård, såsom en ny behandlingsmetod eller patientanvisning, är det vårdpersonalens uppgift att berätta för klienten varför vårdpraxisen ändras. På så sätt stöds klienternas engagemang i den vård som bygger på den nya praxisen⁸³.

Att etablera en ny enhetlig praxis (t.ex. ett tillvägagångssätt eller en behandlingsmetod) som en del av den normala verksamheten är inte lätt^{102,115}. Det kräver tid¹¹⁴ och resurser, såsom finansiering^{97,102}. Även om införandet av en ny behandlingsmetod eller ett nytt tillvägagångssätt

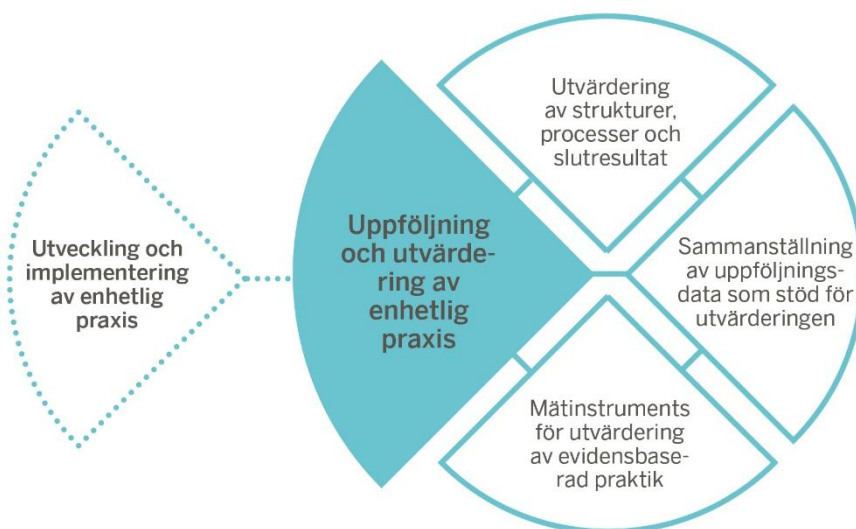
lyckas, etableras det inte alltid som normal verksamhet, utan man återgår ofta oavsiktligt och obemärkt till den gamla praxisen eller det gamla tillvägagångssättet⁵⁸. Ett problem kan till exempel vara att de anställda anpassar praxisen efter eget tycke och smak. Då kan man gradvis förlora de fördelar som den nya enhetliga praxisen eller det nya tillvägagångssättet kunde uppnå.¹⁰² Insamling av uppföljnings- och utvärderingsdata är därför nödvändig för att man ska kunna ingripa i tid i obefogade variationer.

Sammanfattning

Efter att planen har utarbetats övergår man till utveckling, implementering och etablering av en evidensbaserad enhetlig praxis. Syftet är att den enhetliga praxisen ska etableras som arbetsgemenskapens normala tillvägagångssätt. Implementeringen och etableringen är inte lätta, särskilt om förändringen från det tidigare är stor och kräver flera olika åtgärder. Flera metoder för implementering och etablering har identifierats, och en kombination av dessa ger oftast de bästa resultaten.

5.2.4 Utvärdering av enhetlig praxis

Vid uppföljning och utvärdering av enhetlig praxis fokuserar man på utvärderingen av strukturer, processer och slutresultat, sammanställningen av uppföljningsdata som stöd för utvärderingen och vilka indikatorer för evidensbaserad praktik som används i utvärderingen (Figur 8).



Figur 8. Process för uppföljning och utvärdering av enhetlig praxis.

Utvärdering av strukturer, processer och slutresultat

Att utvärdera utvecklingen och implementeringen av enhetlig praxis är viktigt, men utmanande^{44,82}. Insamlingen av uppföljningsdata och utvärderingen som görs utifrån dessa ska planeras och genomföras under hela utvecklingsprocessen, enligt beskrivningen ovan i faserna för verksamhetsmodellen FinYHKÄ™. Utvärderingen inleds genast i den första fasen, då man

beskriver och utvärderar rådande praxis och dess utvecklingsbehov, och den fortsätter genom utvecklings- och implementeringsprocessen ända fram till utvärderingen av slutresultatet^{44,82}.

I den övergripande utvärderingen av utvecklings- och implementeringsprocessen fästs uppmärksamhet vid vad som har främjat utvecklingen, implementeringen och etableringen av enhetlig praxis eller vilka faktorer som har orsakat problem under processen^{16,83}. Information om framgångar eller misslyckanden i utvecklingsprocessen kan utnyttjas i följande utvecklingsprocesser, så det är bra att rapportera om dem så noggrant som möjligt. Om utvärderingen enbart fokuserar på att bedöma slutresultaten av den utvecklade enhetliga praxisen är det en alltför direkt bedömning av orsakssambanden. Den tar till exempel inte hänsyn till hur faktorer eller sammanhang som är kopplade till implementeringen av den utvecklade enhetliga praxisen påverkar slutresultatet⁸².

Vid utvärderingen av evidensbaserad enhetlig praxis samt dess utveckling och implementering fäster man uppmärksamhet vid liknande faktorer som vid utvärderingen av utvecklingsbehoven (se punkt 5.2.1), dvs. strukturer, processer och slutresultaten av enhetlig praxis⁸³ (Inforuta 5). Med andra ord fästs uppmärksamhet vid 1) vilka resurser och stödstrukturer som används och om de motsvarar behovet, 2) varför verksamheten behöver utvecklas och vad som ska utvecklas i den samt 3) vilka resultat som har uppnåtts med den nya enhetliga praxisen. Har till exempel resurserna för utveckling och implementering (strukturen) allokerats på ett ändamålsenligt sätt, har praxis och tillvägagångssätt (processerna) harmoniserats och har kvaliteten på vården eller tjänsterna (resultaten) förbättrats^{9,16,18,83}. Vid utvärderingen av resultaten jämförs utgångsläget och de resultat som uppnåtts genom enhetlig praxis, varvid man får information om huruvida situationen har förändrats i den riktning som eftersträvas⁴⁴.

Inom utvecklings- och implementeringsprocessen är det viktigt att inrikta utvärderingen även på hur praxisen etableras som en del av den normala verksamheten. Vid utvärderingen ska man dessutom fästa uppmärksamhet vid hur noggrant varje arbetstagare i fortsättningen följer praxisen^{16,102}, om den evidensbaserade enhetliga praxisen har integrerats i den normala verksamheten^{16,97,102,115} samt kopplats till olika klientgruppers vårdstigar och huruvida man därmed säkerställt att praxisen inte varierar obefogat¹⁹.

EXEMPEL: Vårdstigarnas betydelse.

Genom att införa vårdstigar kan man på sjukhusen särskilt påverka klienternas vårdresultat, men även faktorer som anknyter till vårdpersonalens och organisationens verksamhet. Uppföljnings- och utvärderingsdata har påvisat att vårdstigar kan minska komplikationer i samband med sjukhusförvärvade infektioner (t.ex. trycksår, urinvägsinfektioner, kirurgiska infektioner), vårdtider, läkemedelskostnader och sjukhuskostnader.¹⁹

Om resurserna som används för utveckling och etablering av praxisen (inkl. uppföljning och utvärdering) inte är tillräckliga kan de inte ge bästa möjliga slutresultat. Otillräckliga resurser gör etableringen utmanande eller till och med omöjlig och leder till att man i verksamheten obemärkt återgår till den gamla praxisen.^{16,28,29} Därför ska man också fästa särskild uppmärksamhet vid etableringen av praxisen och utvärderingen av etableringen från och med planeringsfasen^{28,29,82} och regelbundet följa upp och utvärdera verksamheten i enlighet med enhetlig praxis^{44,91,95,115}.

Utöver det ovan beskrivna ska utvärderingen riktas mot personalens kompetens och de strukturer och processer som stöder den. Detta säkerställer att all personal har tillräcklig kunskap om den nya eller uppdaterade evidensbaserade praxisen. Utifrån kompetensbedömningen ordnas

tilläggsutbildning för personalen eller utvecklas andra strukturer som stöder kompetensen (bl.a. mentorskap, introduktionsrutiner) med vilka man strävar efter att säkerställa att allas verksamhet följer den enhetliga praxisen. Utöver bedömningen av kompetens som riktas mot den enhetliga praxisen ska man fästa uppmärksamhet vid personalens och chefernas allmänna kompetens i evidensbaserad praktik och stödet för denna kompetens.

INFORUTA 5: Utvärderingsobjekt.

UTVÄRDERINGS- OBJEKT

Utvärderingen kan riktas mot:

- **rådande praxis:** till exempel om rådande praxis motsvarar evidensen, om de resurser som används motsvarar behoven, vilka resultat som har uppnåtts
- **utvecklings- och implementeringsprocessen för evidensbaserad enhetlig praxis:** t.ex. hur smidig utvecklingsprocessen var, om resurserna motsvarade behoven, om de eftersträvade målen uppnåddes
- **den utvecklade evidensbaserade enhetliga praxisen:** t.ex. om praxisen motsvarar evidensen och utvecklingsbehovet, om praxisen genomförs enhetligt och enligt överenskommelse (eng. *fidelity*), vilka resultat som uppnås i förhållande till målen, om praxisen har etablerats
- **personalens och chefernas kompetens:** t.ex. om utbildningen och introduktionen är tillräcklig, om det finns utvecklingsbehov i kompetensen för evidensbaserad praktik

Sammanställning av uppföljningsdata som stöd för utvärderingen

Kontinuerlig utvärdering av verksamheten och uppföljningsdata som sammanställts som grund för den (t.ex. förekomsten av sårinfektioner eller trycksår och förändringar i den under en viss tidsperiod) hjälper till att identifiera möjliga nya utvecklingsbehov, för vilka forskningsevidens söks och en ny utvecklingsprocess inleds. Uppföljningsdata hjälper också till att identifiera behov av uppdateringar av den praxis som redan tillämpas och att bedöma hur aktuella de rutiner som redan används är. Eftersom nya forskningsdata genereras hela tiden är det också skäl att med jämna mellanrum bedöma om tidigare utvecklad enhetlig praxis är aktuell, särskilt om det sker förändringar i verksamhetsmiljön, om nya vårdmetoder utvecklas inom hälso- och sjukvården eller om en uppdaterad eller ny vårdrekommendation publiceras. Det handlar alltså om en process som ständigt är i rörelse.^{16,28}

Verktyg för kunskapsbaserad ledning som används i utvärderingen:

- uppföljningsdata som samlas in i verksamhetsenheten eller välfärdsområdet (t.ex. förekomst av trycksår, klientrespons, information om resurser och kostnader)
- nationella kvalitetsindikatorer (t.ex. det nationella diabetesregistret¹¹⁶)
- validerade mätinstrument (t.ex. kunskapstester som bedömer personalens kompetens⁷⁸; mätinstrumenten PROM- och PREM, såsom mätinstrument för livskvalitet).

Vid sidan av att utveckla hälso- och sjukvårdstjänster har man ägnat allt mer uppmärksamhet åt att de personer som använder tjänsterna också ska vara delaktiga i utvärderingen av vården och tjänsterna. Verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården där organisationskulturen stöder personalens och klienternas delaktighet och vars interna nätverk fungerar har lyckats bättre än andra när det gäller att införa ny praxis.³⁰ Man måste emellertid noggrant överväga hur klienterna

deltar i verksamheten för att inte belasta dem för mycket⁸³. Klienternas deltagande i utvecklingen av social- och hälsovårdstjänsterna är också viktigt eftersom tjänsterna är särskilt avsedda för dem. Institutet för hälsa och välfärd (THL) rekommenderar att till exempel klientforum, klientråd och användarråd utnyttjas i utvärderingen¹¹⁷.

EXEMPEL: Klienternas deltagande i utvecklingen av vården.

När behandlingsmetoder eller vårdtjänster utvecklas ska man också regelbundet be klienterna om respons på huruvida vårdresultaten eller tjänsterna har förbättrats²⁸. Klientresponsen representerar organisationens interna information (eng. *internal evidence*) som till exempel hjälper chefer för vårdarbetet att upptäcka utvecklingsobjekt inom sitt eget ansvarsområde. När man tolkar respons är det bra att komma ihåg att upplevelserna kan vara mycket olika. Om responsen nästan uteslutande är positiv eller negativ, har man antingen nått målen i utvecklingen av verksamheten eller så finns det skäl att fortsätta utvecklingen.

Mätinstrument för utvärdering av evidensbaserad praktik

Ett perspektiv på utvärderingen är hur verksamhetsenheten stöder och möjliggör evidensbaserad praktik. Flera mätinstrument^{118,119} har utvecklats för att bedöma detta. Till exempel identifierade Haavisto m.fl. (2023)⁷⁸ i sin översikt 17 mätinstrument för utvärdering av personalens kompetens inom evidensbaserad praktik. Majoriteten av de mätinstrument som utvecklats för uppföljning av evidensbaserad praktik är på engelska och de har inte beaktat till exempel kulturella skillnader¹¹⁸. Därför behövs i Finland även mätinstrument på finska och svenska som är utvecklade särskilt för den finländska verksamhetskulturen. Under de senaste åren har flera sådana mätinstrument utvecklats, till exempel:

- kompetensutvärdering
 - kunskapstest som används inom utbildning⁷⁸
 - mätinstrument utvecklat för bedömning av social- och hälsovårdslärarnas kompetens¹²⁰
- ett nationellt mätinstrument²⁰ som utvecklats för bedömning av status för evidensbaserat vårdarbete och med vilken man kan bedöma de stödstrukturer som organisationer erbjuder för evidensbaserat vårdarbete samt personalens kompetens, attityder och agerande inom evidensbaserad praktik.

Sammanfattning

Utveckling och implementering av evidensbaserad enhetlig praxis kräver tid och resurser. Effektiv praxis etableras inte som normal verksamhet om implementeringen och resultaten inte följs upp och utvärderas regelbundet. I uppföljningen och utvärderingen fästs uppmärksamhet inte bara vid utvecklingens slutresultat (t.ex. vårdens effektivitet), utan även vid framgångar och misslyckanden under utvecklings- och implementeringsprocessen samt strukturer som stöder processen. Att identifiera dem bidrar till framgång i framtida utvecklingsprojekt.

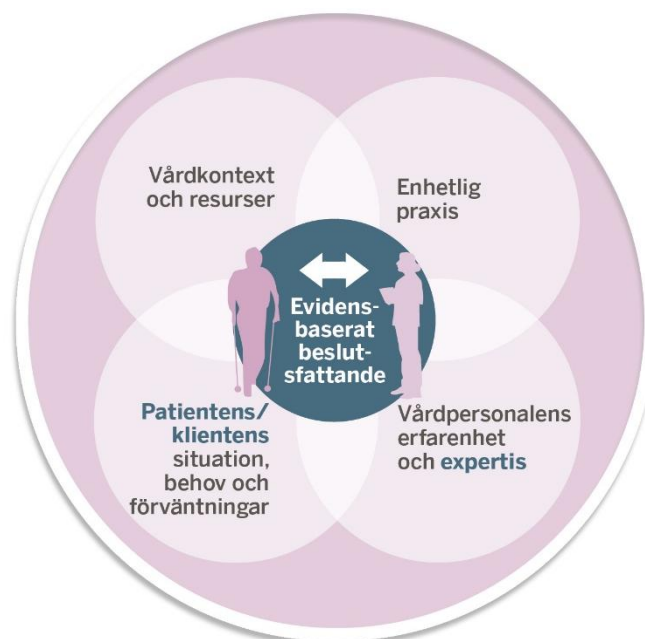
5.2.5 Evidensbaserat beslutsfattande

Ovan beskrivs med hjälp av verksamhetsmodellen FinYHKÄ™ hur en evidensbaserad enhetlig praxis utvecklas och implementeras samt hur den följs upp och utvärderas. När praxisen etableras i verksamhetsenheten har alla vårdare samma förståelse och kunskapsbas i sitt arbete, vilket möjliggör högklassig, säker och jämlik vård för klienterna oavsett vilken yrkesutbildad personklienterna möter när de behöver hälso- och sjukvårdstjänster.

Genomförandet av enhetliga, evidensbaserade praxis syns i arbetsgemenskapen så, att när vårdpersonalen fattar beslut – både tillsammans med klienten och i andra uppgifter och situationer som ingår i vårdarbetet (t.ex. vid förhandlingar om det multiprofessionella teamets arbetssätt) – baseras deras verksamhet på en gemensamt utvecklad, evidensbaserad och enhetlig praxis. Till exempel, när man diskuterar klientens vård, utgår beslutsfattandet från evidens och från en enhetlig praxis som har utarbetats utifrån denna evidens och godkänts inom arbetsgemenskapen (t.ex. en handlingsanvisning eller en vårdmetod). Till exempel, vid mötet med klienten bedömer vårdaren den praxis som ska tillämpas och genomför tillsammans med klienten och vid behov andra yrkesutbildade personer som deltar i klientens vård den bästa möjliga lösningen med tanke på klientens individuella situation och vårdens slutresultat. Vid bedömningen av denna helhet och det motiverade tillvägagångssättet utnyttjar vårdaren sin expertis och kliniska erfarenhet och beaktar förutom evidensen, dvs. enhetlig praxis, även klientens behov och förväntningar, faktorer som anknyter till vårdkontexten och resurserna samt närståendes synpunkter om klienten så önskar. I en klinisk beslutssituation är det viktigt att klienten deltar i beslutsfattandet som en jämlik aktör (Figur 9).^{4,7}

EXEMPEL: Närståendes deltagande i beslutsfattandet.

En person som lider av kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) får vård i livets slutskede på hälsovårdscentralens bäddavdelning, där vården av klienter inom palliativ vård och vård i livets slutskede och bemötandet av närstående har utvecklats utifrån evidens¹²¹. Enligt den evidensbaserade enhetliga praxis som används på verksamhetsenheten deltar den äldre klientens närstående i beslutsfattandet om smärtbehandling, till exempel vid beslut om införande av starka smärtstillande läkemedel. Den ansvariga sjukskötaren diskuterar saken med klienten och motiverar varför det skulle vara viktigt för närstående att delta i diskussionen om genomförandet av smärtbehandling. Klienten vill dock inte att de närstående deltar i dessa samtal. Klienten och sjukskötaren kommer tillsammans överens om att de närstående ska få information om smärtbehandling, men de deltar inte i situationer där beslut om genomförandet av smärtbehandling fattas.



Figur 9. Evidensbaserat beslutsfattande.

Om det är motiverat kan vårdaren vid behov avvika från den gemensamt överenskomna praxisen. Klienten ska erbjudas tillräcklig information om behandlingsalternativen, deras fördelar eller tillhörande risker. På så sätt kan klienten delta i beslutsfattandet om sin vård.¹²²

EXEMPEL: Avvikelse från evidensbaserad enhetlig praxis.

Organisationen har utvecklat en praxis för handledning i egenvård för KOL-patienter baserat på Hotus-vårdrekommendation (2018)¹²³. Enligt överenskommen praxis ska man diskutera rökfrihet med alla som lider av KOL samt uppmuntra klienten att sluta röka och att förbli rökfri. Sjukskötaren ser i patientdatasystemets tidigare registreringar att klienten aldrig har rökt. Utifrån sina uppgifter fattar sjukskötaren ett motiverat beslut om att inte genomföra handledning om rökning för klienten i fråga, varvid mottagningstid frigörs för att svara på klientens individuella behov. På så sätt kan sjukskötaren till exempel fråga om klientens humör och diskutera hens ork, eftersom denna klients ork har väckt särskild oro hos sjukskötaren.

Klienten kan också till exempel lida av flera olika långtidssjukdomar. Då räcker en evidensbaserad praxis som utvecklats för behandling av en enskild sjukdom inte nödvändigtvis till som grund för beslutsfattandet om vården, utan vårdpersonalen måste kunna identifiera och kombinera information om olika slags praxis.²⁸

EXEMPEL: Evidensbaserad handledning i egenvård för en multisjuk person.

Ett system för beslutsstöd som är installerat i patientdatasystemet hjälper vårdaren att identifiera olika behov hos en person som lider av flera sjukdomar och grunda handledningen i egenvård på evidens. Vårdaren får påminnelser från patientdatasystemet som baserar sig på vårdrekommendationer och som aktiveras när beslutsstödet kombinerar klientens mätresultat med vårdrekommendationerna. Påminnelserna i beslutsstödet hjälper vårdaren att ta upp viktiga innehållsområden i handledningen och rikta handledningen till klientens individuella situation på mottagningen.

Sammanfattning

Vid beslutsfattandet om klientens vård ska vårdaren utöver evidensen och den enhetliga praxis som baserar sig på evidensen beakta klientens behov och förväntningar samt faktorer som anknyter till vårdens kontext och resurser. Tillsammans med klienten skräddarsyr vårdaren med hjälp av sin expertis den bästa möjliga lösningen som kan motiveras utifrån klientens situation och med tanke på vårdens slutresultat.

6 SLUTORD

Evidensbaserad praktik inom social- och hälsovården är inte en separat verksamhet eller verksamhet som baserar sig på en enskild aktörs preferenser. Den är beslutsfattande, där man utnyttjar bästa möjliga kunskap så att man till exempel genom främjande av hälsa, behandling och förebyggande av sjukdomar samt rehabilitering uppnår bästa möjliga slutresultat⁶⁹ särskilt ur klientens synvinkel, men också med beaktande av personalens och verksamhetens effektivitet och kostnadseffektivitet. I sista hand handlar det om vad beslutsfattandet baseras på – om det bygger på bästa möjliga kunskap eller till exempel invanda och kanske redan föråldrade tillvägagångssätt eller övertygelser.

Implementering av evidens, den enhetliga praxis som utarbetats utifrån evidensen och etableringen av praxisen kräver mer tid, stödstrukturer och stödprocesser ju större förändringen är. Internationellt har flera olika teorier och verksamhetsmodeller utvecklats som fungerar som ett slags färdplaner för utvecklingen, implementeringen och etableringen av evidensbaserad enhetlig praxis.^{16,53,65,77} En del av modellerna är generiska, vilket innebär att de inte konkretiserar de olika faserna i implementeringen och etableringen i tillräckligt hög grad. JBI:s evidensbaserade modell för hälso- och sjukvård är ett exempel på en så kallad generisk modell. Den beskriver de faser som krävs för att evidensbaserad hälso- och sjukvård ska förverkligas, men öppnar inte upp innehållet mer i detalj. I faser som beskriver implementering och etablering av evidens har man samlat faktorer som stödjer implementering av evidensen. Dessa inkluderar att beakta kontexten, stödja förändringen och utvärdera processerna och slutresultaten.⁵ Innehållsmässigt är beskrivningen dock ganska allmän.

Syftet med uppdateringen av verksamhetsmodellen FinYHKÄTM var att beskriva den teoretiska bakgrunden till verksamhetsmodellen och konkretisera modellens olika faser. I uppdateringen fästes dessutom uppmärksamhet vid stödstrukturer och stödprocesser som är till hjälp i verksamhetsmodellens olika faser. Även om verksamhetsmodellen FinYHKÄTM beskriver införandet av evidens inom hälso- och sjukvården och exemplen kommer från vårdarbetets kontext, kan verksamhetsmodellen också utnyttjas inom socialvården vid utveckling av evidensbaserade tillvägagångssätt till exempel inom hemvård, dygnetruntvård eller tjänster för personer med funktionsnedsättning.

En förutsättning för evidensbaserad praktik är att det finns tillräckligt med tillförlitlig evidens för det ämne som ska utvecklas. Eftersom forskningsdata produceras kontinuerligt i mycket stora mängder behövs experter som sammanställer befintliga forskningsdata om ämnet i en kompakt form som kan omvandlas i praxis, till exempel i vårdrekommendationer. Sammanställning av forskningsevidens, såsom utarbetandet av en vårdrekommendation, kräver kunskap om forskningsmetoder, klinisk kompetens och kunskap om ämnesområdet samt en systematiskt framskridande och transparent process, som även inkluderar en kvalitetssäkringsprocess som skapats tillsammans av experter¹²⁴. Att leta fram och sammanställa evidens är inte en uppgift för enskilda vårdare, eftersom de inte har tid för detta vid sidan av sitt kliniska arbete. Dessutom kräver sammanställande av forskningsevidens särskild kompetens, såsom stark expertis om forskningsmetoder. Däremot ska vårdpersonalen ha tillgång till bästa möjliga evidens (t.ex. vårdrekommendationer) som kan användas för att utveckla evidensbaserad enhetlig praxis i arbetsgemenskapen och som kan utnyttjas som grund för kliniskt beslutsfattande.^{18,74,78,81,125}

Tyvärr är fördröjningen i utnyttjandet av forskningsevidens orimligt lång³⁰, i vissa fall upp till 15–17 år^{13,91,126}. Studier visar att inom hälso- och sjukvården bygger uppskattningsvis 60 % av vården på evidens eller konsensus bland experter gällande vården, 30 % av vården är ineffektiv och 10 % av vården orsakar direkta men åt patienten¹¹. När vården inte baseras på bästa möjliga kunskap är slutresultaten inte de bästa möjliga, vårdtiderna förlängs och vårdkostnaderna ökar på grund av ineffektiva behandlingar¹⁰³. På motsvarande sätt har pengar som investerats i forskning gått till spillo när informationen från forskningen inte har utnyttjats i utvecklingen av social- och hälsovårdens tjänster och vård.

Utifrån uppföljningsdata kan man bedöma om den nuvarande verksamheten överensstämmer med evidensen och ifall den inte gör det, hur verksamheten bör utvecklas. För att evidensen ska kunna omsättas i praxis behövs stödstrukturer som främjar dess införande och etablering. Olika studier har särskilt betonat betydelsen av organisationskultur, stöd från chefer och personalens kompetens. Enhetlig praxis³⁰ och vårdstigar som utvecklats utifrån evidensbaserade vårdrekommendationer har konstaterats minska över-, under- och missbruk av tjänster. De minskar därmed kostnaderna för hälso- och sjukvården och obefogade variationer i vården samt stöder klienternas tillgång till information om frågor som rör deras vård.¹⁹

Den ökade personalomsättningen (anställda och chefer) hotar i dag förändringarnas beständighet och verksamhetsenhetens förmåga att främja evidensbaserad hälso- och sjukvård^{95,113}. Att yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården går i pension och lämnar branschen är ett universellt problem. Detta påverkar också genomförandet av evidensbaserad hälso- och sjukvård. Eftersom personalomsättningen är hög kan evidensbaserad enhetlig praxis utnyttjas i introduktionen, varvid de för sin del säkerställer att klientens vård inte varierar obefogat även om personalen byts ut. Detta betjänar också arbetsrotationen som är nödvändig på grund av den ständiga personalbrist som finns i många organisationer idag.

Som det beskrivs i verksamhetsmodellen FinYHKÄ™ förutsätter evidensbaserad praktik inom hälso- och sjukvården olika stödstrukturer bland annat på nationell nivå och organisationsnivå. Tillräckliga resurser för utveckling av verksamheten ska säkerställas så att utveckling, implementering och etablering av enhetlig praxis samt evidensbaserat vårdarbete är möjliga. Endast på detta sätt kan man uppnå de mål som evidensbaserad praktik syftar till för att säkerställa högklassig och patientsäker vård samt social- och hälsovårdstjänster.

KÄLLOR

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: Terveystieteidenhuoltolaki 1326/2010. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
4. Holopainen A, Korhonen T, Miettinen M, Pelkonen M, Perälä M-L. Hoitotyön käytännöt yhtenäisiksi – toimintamalli näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseksi. Premissi 2010; 1: 38-45.
5. Jordan Z, Lockwood C, Munn Z, Aromataris E. The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. Int J Evid Based Healthc 2019; 17(1): 58-71.
6. Tuomikoski AM, Parisod H, Kotila J, Palomaa M, Suutarla A, Holopainen A. FinAME-asiantuntijuusmalli™ näyttöön perustuvan hoitotyön tukirakenteena. Tutkiva Hoitotyö 2023; 21(1): 20-28.
7. Connor L, Dean J, McNett M, Tydings DM, Shrout A, Gorsuch PF, Hole A, Moore L, Brown R, Melnyk BM, Gallagher-Ford L. 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, Sweeney KM, Miller-Hoover SR. Aligning Organizational Culture and Infrastructure to Support Evidence-Based Practice. Critical care nurse 2020; 40(3): 59-63.
10. Westerlund A, Sundberg L, Nilsen P. Implementation of Implementation Science Knowledge: The Research-Practice Gap Paradox. 2019, p. 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): 102-102.
12. Hanney SR, Castle-Clarke S, Grant J, Guthrie S, Henshall C, Mestre-Ferrandiz J, Pistollato M, Pollitt A, Sussex J, Wooding S. 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: 1-1.
13. Melnyk BM. The Current Research to Evidence-Based Practice Time Gap Is Now 15 Instead of 17 Years: Urgent Action Is Needed. 2021, p. 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, Benrimoj SI. A systematic review of implementation frameworks of innovations in healthcare and resulting generic implementation framework. Health Res Policy Syst 2015; 13(1): 16-16.
16. Rapport F, Clay-Williams R, Churruarín K, Shih P, Hogden A, Braithwaite J. 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): 4-4.
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): 315-326; 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, Siltanen H, Pasanen M, Suhonen R. 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, Haruzivishe C. Evidence Based Practice: A Concept Analysis. Health Syst Policy Res 2018; 5(3): 75-75.
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: 111-111.
25. Rycroft-Malone J, Seers K, Titchen A, Harvey G, Kitson A, McCormack B. 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, Lockwood C, Aromataris E, Jordan Z. 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: 117-117.
29. Tricco AC, Ashoor HM, Cardoso R, MacDonald H, Cogo E, Kastner M, Perrier L, McKibbin A, Grimshaw JM, Straus SE. Sustainability of knowledge translation interventions in healthcare decision-making: a scoping review. Implement Sci 2016; 11.
30. Innis J, Dryden-Palmer K, Perreira T, Berta W. 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, Fennessy G, Seers K, Clark E. Implementing evidence-based practice in clinical situations. Nurs Stand 2001; 15(41): 40-44.
32. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Stillwell SB, Williamson KM. 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, Holopainen A. Leading evidence-based practice in Finnish healthcare. Teoksessa: Hafsteinsdóttir TB, Jónsdóttir H, Kirkevold M, Leino-Kilpi H, Lomborg K, Hallberg IR (toim). Leadership in nursing: Experiences from the European Nordic Countries. 2019, p. 83-98.
35. Korhonen A, Ojanperä H, Järvinen R, Puhto S, Syrjälä H, Lukkarila P, Holopainen A. 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, Vahlberg T, Haavisto E. 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.
38. Ikonen R, Parisod H, Tuomikoski A, Siltanen H, Hakulinen T, Holopainen A. Vauvamyönteisyys ohjelma käyttöön - käsikirja yhtenäisten näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseen. Raportti 1/2019, Hoitotyön tutkimussäätiö & Terveystieteiden tutkimuskeskus. Saatavilla <https://www.hotus.fi/julkaisut-ja-raportit/> (2019).
39. Korhonen A, Jylhä V, Korhonen T, Holopainen A. *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): 53-53.
41. Nadalin Penno L, Davies B, Graham ID, Backman C, MacDonald I, Bain J, Johnson AM, Moore J, Squires J. 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): 108-108.
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. Dusen 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-e071188.
44. Porritt K, McArthur A, Lockwood C, Munn Z. JBI's approach to evidence implementation: a 7-phase process model to support and guide getting evidence into practice. *JBIM Evid Implement* 2023; 21(1): 3-13.
45. Field B, Booth A, Iltis I, Gerrish K. Using the Knowledge to Action Framework in practice: a citation analysis and systematic review. *Implement Sci* 2014; 9: 172-172.
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, Gillingham M, Bracher M, Mair FS, May CM, Murray E, Myall M, Rapley T, Finch T. Using Normalization Process Theory in feasibility studies and process evaluations of complex healthcare interventions: a systematic review. *Implement Sci* 2018; 13(1): 80-80.
49. Murray E, Treweek S, Pope C, MacFarlane A, Ballini L, Dowrick C, Finch T, Kennedy A, Mair F, O'Donnell C, Ong BN, Rapley T, Rogers A, May C. Normalisation process theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions. *BMC Med* 2010; 8: 63-63.
50. McEvoy R, Ballini L, Maltoni S, O'Donnell CA, Mair FS, Macfarlane A. A qualitative systematic review of studies using the normalization process theory to research implementation processes. *Implement Sci* 2014; 9: 2-2.
51. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, Robinson N. Lost in knowledge translation: time for a map? *The Journal of continuing education in the health professions* 2006; 26(1): 13-24.

52. Jordan Z, Pilla B, Porritt K, Munn Z, Aromataris E, Lockwood C. Turning the flywheel: mobilizing the JBI model of evidence-based healthcare. *JBI evidence implementation* 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-e6.
54. Brand CA, Ibrahim JE, Cameron PA, Scott IA. Standards for health care: a necessary but unknown quantity. *The Medical journal of Australia* 2008; 189(5): 257-260.
55. Kislov R, Cummings G, Ehrenberg A, Gifford W, Harvey G, Kelly J, Kitson A, Pettersson L, Wallin L, Wilson P. 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. Terveysthuollon 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, Mattila E, Lehtikunnas T, Koivunen M, Salmela S, Laitila M. Hoitotyön kansallinen vertaiskehittäminen (HoiVerKe). *Tutkiva Hoitotyö* 2020; 18(3): 34-37.
58. Li S-A, Jeffs L, Barwick M, Stevens B. Organizational contextual features that influence the implementation of evidence-based practices across healthcare settings: a systematic integrative review. *Syst Rev* 2018; 7(1): 72-72.
59. Cleary-Holdforth J, Leufer T, Baghdadi NA, Almegewly W. 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, Goss A, Meisel ZF, Grande D. Mutual Distrust: Perspectives From Researchers and Policy Makers on the Research to Policy Gap in 2013 and Recommendations for the Future. *Inquiry* 2017; 54: 46958017705465-46958017705465.
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, Green P. 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, Mojalli M. 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, Chan JA, Charns MP, Lukas CV. 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, Michela, Mns B, Timmins F, Rossi S, Pellegrini R, Aleo G, Loredana, Medsc S. 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, Turner K, Meza R, Zizzi A, Larson M, Walker J, Charns M. Middle managers' role in implementing evidence-based practices in healthcare: a systematic review. *Implement Sci* 2018; 13(1): 149-149.

67. Urquhart R, Kendell C, Folkes A, Reiman T, Grunfeld E, Porter GA. 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, López-Espuela F, Sanz-Martos S, López-Medina IM. 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, Hunter SC, Kelly J, Cummings GG, Ehrenberg A, Kislov R, Pettersson L, Wallin L, Wilson P. 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, Soares H, Gomes L, Sousa JP, Duarte H, Costeira C, Santos C, Araújo B. Exploring Professional Practice Environments and Organisational Context Factors Affecting Nurses' Adoption of Evidence-Based Practice: A Scoping Review. *Healthcare (Basel)* 2024; 12(2): 245-245.
71. van der Zijpp TJ, Niessen T, Eldh AC, Hawkes C, McMullan C, Mockford C, Wallin L, McCormack B, Rycroft-Malone J, Seers K. A Bridge Over Turbulent Waters: Illustrating the Interaction Between Managerial Leaders and Facilitators When Implementing Research Evidence. *Worldviews Evid Based Nurs* 2016; 13(1).
72. Renolen Å, Hjälmhult E, Høye S, Danbolt LJ, Kirkevold M. 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, Gautam G, Jiji M, Mondal S. 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, Giangregorio L, Straus S, Papaioannou A. Barriers and facilitators to implementing evidence-based guidelines in long-term care: a qualitative evidence synthesis. *Implement Sci* 2021; 16(1): 70-70.
76. Baixinho CL, Ferreira ÓR, Medeiros M, de Oliveira ESF. Participation of Nursing Students in Evidence-Based Practice Projects: Results of Two Focus Groups. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19(11): 6784-6784.
77. Duff J, Cullen L, Hanrahan K, Steelman V. Determinants of an evidence-based practice environment: an interpretive description. *Implement Sci Commun* 2020; 1: 85-85.
78. Haavisto E, Siltanen H, Tolvanen A, Holopainen A. 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, Ganann R, Burnett T, Dobbins M. Measures of evidence-informed decision-making competence attributes: a psychometric systematic review. *BMC Nurs* 2020; 19: 44-44.
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, Guidetti S, Samuelsson M, Andersson I-L, Wengström Y. 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, Titler MG. 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. DOI: 10.1001/jama.260.12.1743.
87. Matveinen P. Terveysthuollon 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-fe2022-07001>.
88. Andermann A, Pang T, Newton JN, Davis A, Panisset U. Evidence for Health III: Making evidence-informed decisions that integrate values and context. *Health Res Policy Syst* 2016; 14: 16-16.
89. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H, Friese CR. 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/hoitosuosituksel/>.
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, Thomas B, Connor L, Gallagher-Ford L. 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, Kavosi Z, Roozrokh Arshadi Montazer M, Rahimi Zarchi MK, Bastani P. A mapping of facilitators and barriers to evidence-based management in health systems: a scoping review study. *Syst Rev* 2021; 10(1): 42-42.
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, Campbell P, Duncan EA. 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, Sklar M. 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, Dogherty EJ, Squires JE, Estabrooks CA. Why (we think) facilitation works: insights from organizational learning theory. *Implement Sci* 2015; 10: 141-141.
99. Lizarondo L, McArthur A, Moola S, Albornos-Muñoz L, Badeaux J, Bennett M, Püschel VAdA, González-Monasterio EI, Mwita C, Perrenoud B, Porche D, Rodrigues R, Stannard D.

Facilitation as a component of evidence implementation: a multinational perspective. *JBHI 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. 2015, p. 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): 591-591.
102. Wiltsey Stirman S, Kimberly J, Cook N, Calloway A, Castro F, Charns M. The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implement Sci* 2012; 7: 17-17.
103. Kennedy PJ, Leathley CM, Hughes CF. Clinical practice variation. *Med J Aust* 2010; 193(S8): S97-99.
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. Lääkään 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, Lockwood C. 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, Heikkilä K, Kortteisto T, Kunnamo I, Pukkila H, Holopainen A. Clinical decision support in promoting evidence-based nursing in primary healthcare: a cross-sectional study in Finland. *JBHI Evid Implement* 2023; 21(3): 294-300.
110. Yost J, Thompson D, Ganann R, Aloweni F, Newman K, McKibbin A, Dobbins M, Ciliska D. 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, Stillwell SB. 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. Etäyhteydellä toteutettava pitkäaikaissairautta sairastavan omahoidon ohjaus. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä: Virtanen H, Marin M, Hiltunen A-M, Kaila A, Kajula O & Kesänen J. Saatavilla <https://www.hotus.fi/hoitosuosituksset>.
113. Pascoe KM, Petrescu-Prahova M, Steinman L, Bacci J, Mahorter S, Belza B, Weiner B. Exploring the impact of workforce turnover on the sustainability of evidence-based programs: A scoping review. *Implement Res Pract* 2021; 2: 26334895211034581-26334895211034581.
114. Brewster AL, Curry LA, Cherlin EJ, Talbert-Slagle K, Horwitz LI, Bradley EH. Integrating new practices: a qualitative study of how hospital innovations become routine. *Implement Sci* 2015; 10: 168-168.

115. Scudder AT, Taber-Thomas SM, Schaffner K, Pemberton JR, Hunter L, Herschell AD. 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): 102-102.
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 AMd, Valentim DP, Martins AL, Padula RS. Instruments to Assess Evidence-Based Practice Among Health Care Professionals: A Systematic Review. *Health Educ Behav* 2023; 10901981231170154-10901981231170154.
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, Koivula M, Koskimäki M, Lähteenmäki M-L, Mäki-Hakola H, Wallin O, Sormunen M, Saaranen T, Koskinen C, Koskinen M, Salminen L, Holopainen A, Kääriäinen M. Development and testing of an instrument (HeSoEduCo) for health and social care educators' competence in professional education. *Nurse Educ Today* 2020; 84: 104239-104239.
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/hoitosuositukset>.
122. Fowler FJ, Jr., Levin CA, Sepucha KR. Informing and involving patients to improve the quality of medical decisions. *Health affairs (Project Hope)* 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/hoitosuositukset>.
124. Siltanen H, Hamari L, Heikkilä Kristiina et al. Hoitosuositusten laadinta – käsikirja suositustyöryhmille. Versio 3.0. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö sr, 2023.
125. Rudman A, Boström A-M, Wallin L, Gustavsson P, Ehrenberg A. Registered Nurses' Evidence-Based Practice Revisited: A Longitudinal Study in Mid-Career. *Worldviews on evidence-based nursing* 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. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2011; 104(12): 510-520.