

Lars H. Lindholm ja Minna Laitila

Työkaluja näyttöön perustuvien menetelmien käyttöönoton edistämiseksi

Näyttöön perustuvien menetelmien käyttöönotolla eli implementoinnilla pyritään parantamaan terveydenhuollon vaikuttavuutta ja laatua. Ohjelmat menetelmien jalkauttamiseksi organisaatioiden palveluvalikoimaan kohtaavat usein haasteita, kuten puutteellista yhteisymmärrystä eri sidosryhmien välillä. Implementointiohjelmien tuloksellisuudessa olisikin usein toivomisen varaa, ja menetelmien pysyvyyden varmistaminen palveluvalikoimassa on osoittautunut erityisen vaativaksi. Yhteisymmärrystä voidaan rakentaa ohjelman yhteisellä valmistelulla tärkeimpien sidosryhmien kesken. Oleellista on löytää yhteinen näkemys kysymyksiin miksi, mitä ja miten on tarkoitus implementoida. Linjajohdolla on keskeinen rooli ohjelmien tuloksellisessa läpiviennissä. Käyttöön otetut menetelmät ja muut toiminnot pysyvät terveydenhuollon organisaation palveluvalikoimassa implementointiohjelmien jälkeen vain, jos organisaatio on luonut niitä ylläpitävät pysyvät rakenteet ja työnjohdolliset menettelyt, esimerkiksi koulutuspolun uusille työntekijöille.

Lääketieteellinen tutkimus tuottaa kovalla vauhdilla uusia tutkimus- ja hoitomenetelmiä. Terveydenhuolto pysyy ajan tasalla ottamalla aktiivisesti käyttöön vaikuttaviksi osoitettuja kliinisiä menetelmiä sekä niihin perustuvia hoitosuosituksia ja hoitopolkuja (1–3). Kliinisten toimintojen kehittämisellä tavoitellaan terveydenhuollon parempaa kokonaisvaikuttavuutta ja toimintojen sujuvuutta (1).

Näyttöön perustuvan menetelmän käsitettä sovellettiin alun perin lähinnä kliinisessä työssä käytettyihin menetelmiin (4). Käsitteen sisältö ja soveltamisala ovat kuitenkin laajentuneet myös muille tieteen- ja hallinnon aloille, muun muassa johtamiseen ja menetelmien implementoinnissa käytettyihin strategioihin (4–6). Johtaminen on aktiivista toimintaa, jonka yhtenä tavoitteena on edistää uusien kliinisten toimintojen jalkauttamista terveydenhuollon palveluvalikoimaan (5,7). Implementoinnin strategiat ovat käytännön menettelytapoja, joita johtamisessa hyödynnetään tämän tavoitteen saavuttamiseksi (6). Johtamiseen ja toimintojen implementointiin on nykyään tarjolla näyt-

töön perustuvia ja terveydenhuollossa kehitettyjä viitekehyksiä ja malleja (8–12).

Uuden toiminnon käyttöönotto aiheuttaa aina muutoksia toiminnassa vähintään yksilötasolla mutta usein myös laajemmin organisaatiotasolla. Näyttöön perustuvien menetelmien, hoitosuositusten, hoitopolkujen ja muiden vastaavien jalkauttaminen tarkoittaa aina käytännössä muutoksen läpiviemistä (2,13). Muutoksen painopiste ja laajuus riippuvat eri tekijöistä, kuten uuden toimintatavan ominaisuuksista ja eroista vanhaan toimintatapaan nähden. **TAULUKOSSA 1** annetaan yksinkertaisesti esimerkkejä tästä (14–16).

Uuden toiminnon implementointi vaatii aina arkisesta työstä poikkeavan erillisen huomion ja panostuksen, jota voidaan kutsua ohjelmaksi, hankkeeksi tai projektiksi. Ohjelmien rakenne, järjestämisen tapa ja rahoitus vaihtelevat suuresti implementoitavien toimintojen ja tavoiteltujen muutosten laajuuden mukaan. Ohjelmat ovat määräaikaista mutta tavoittelevat uuden toiminnon pitkäjänteistä jatkuvuutta terveydenhuollon organisaatioiden palvelutarjonnassa.

TAULUKKO 1. Esimerkkejä uuden toiminnon aiheuttaman muutoksen painopisteestä ja laajuudesta (14–16).

Muutoksen painopiste	Hanke	Tavoite
Yksittäisten työntekijöiden tai työryhmien sisäisissä työtavoissa	Masennustalkoot II – depression tutkimus- ja kehittämishanke: käyttäytymisen aktivointi- ja motivoiva haastattelu -menetelmien implementointi psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa (alueellinen hanke) (14).	Määriteltyjen hoitomenetelmien systemaattinen käyttö soveltuviin potilaiden hoidossa.
Organisaatiossa ja organisaatioiden välillä rajatusti	Pohjalaiset masennustalkoot: masennuspotilaiden hoitopolun kehittäminen ja depressiohoitajamallin implementointi terveyskeskuksiin (alueellinen hanke) (15).	Tietyn potilasryhmän hoitopolun määrittely organisaation sisällä ja myös organisaatioiden välillä
Organisaatiossa ja organisaatioiden välillä laajasti	Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistus (valtakunnallinen hanke) (16).	Laaja systeemitason uudelleen organisointi

Implementointiohjelmien tuloksellisuudessa olisi usein toivomisen varaa, ja ohjelmien kautta käyttöön tuotujen toimintojen pysyvyys on osoittautunut epävarmaksi (14,17,18). Alan tutkimuksen painopiste on 15–20 viime vuoden aikana hiljalleen siirtynyt kliinisistä työntekijöistä johtajiston ja ohjelmien vastuuhenkilöiden toimintaan (19). He vastaavat implementointiohjelmien valmistelussa ja toimeenpanossa noudatettavista käytännöistä. Painopisteen muutoksen tavoitteena on parantaa ohjelmien välitöntä tuloksellisuutta ja jalkautettujen toimintojen pysyvyyttä terveydenhuollon palvelutarjonnassa (20,21). Ei liene yllättävää, että ratkaisevaa toimintojen pysyvyydelle on, että organisaatiossa on toimintoja ylläpitävät rakenteet ja infrastruktuuri (3,22).

Tämä artikkeli pohjautuu alkuvuodesta julkaistuun väitöstutkimukseen, jossa artikkelin ensimmäinen kirjoittaja (LHL) on arvioinut käyttäytymisen aktivointi- ja motivoiva haastattelu -menetelmien implementointia osana Masennustalkoot II – depression hoidon tutkimus- ja kehittämishanketta (MT II -hanke) (**TIETOLAATIKOT 1 ja 2**) (14,23). Tutkimuksessa selvitettiin, missä määrin menetelmät jäivät käyttöön aktiivisen hankevaiheen jälkeen ja mitkä tekijät vaikuttivat tähän. Tutkimuksessa havaittiin kolme tekijää, jotka merkittävällä tavalla vaikuttivat hankkeen toimeenpanon sujuvuuteen, menetelmien omaksumiseen arkityössä ja niiden käytön pysyvyyteen organisaatiossa: hankkeen osallistava valmistelu, johtaminen sekä työn infrastruktuuri ja organisaation rakenteet (**KUVA**). Myös alan muu tut-

kimus nostaa esille näiden tekijöiden merkittävyyden (3,13,24–26).

Osallistava valmistelu

Näyttöön perustuvien toimintojen implementoinnin onnistumisessa keskeistä on eri sidosryhmien välinen yhteisymmärrys siitä, miksi, mikä ja miten toiminta aiotaan ottaa käyttöön (14,25–27). MT II -hankkeen käynnistäneen psykiatrian klinikan ylempi johto tunnisti avohoidon palveluiden ruuhkautumisen ja aloitti toimenpiteet sen helpottamiseksi. Hanketta valmistelivat pitkälti klinikan ylempi johto ja hankevastaavat. Lähijohtajat otettiin mukaan vasta viimeistelyvaiheessa.

Hankkeen tavoitteista vallitsi yhteisymmärrys, mutta eri sidosryhmien ja osallistuvien yksiköiden näkemykset keinoista tavoitteiden saavuttamiseksi ja hankkeen kokonaisrakenteen tarkoituksenmukaisuudesta vaihtelivat merkittävästi. Yhteisymmärrys tai sen puute heijastuivat voimakkaasti henkilökunnan valmiuteen omaksua menetelmät osaksi tavanomaista arki työtä (14).

Yhteisesti hyväksytty näkemys ja kollektiivinen muutosvalmius syntyy vain kuuntelemalla ja neuvottelemalla (22,25,28). Uuden menetelmän loppukäyttäjien näkeminen lähinnä implementointiohjelman vastaanottajina ilman mahdollisuutta vaikuttaa ohjelman sisältöön tuottaa riskin, ettei ohjelma onnistu (13,25,28,29). Mitä varhaisemmin eri sidosryhmät otetaan mukaan ohjelman valmisteluun, sitä todennäköisemmin on mahdollista saavuttaa jaettu

TIETOLAATIKKO 1. Masennustalkoot II – depression hoidon tutkimus- ja kehittämishanke (MT II -hanke) (14,23).

Hanke toteutettiin psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa viidessä avohoitoyksikössä ja yhdellä akuuttiosastolla Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä vuosina 2009–2013. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon palvelut olivat vuosien varrella ruuhkautuneet suurenevan potilasmäärän vuoksi. Erityisesti mielialahäiriöistä kärsivien potilaiden lähetemäärät olivat lisääntyneet. Merkittävällä osalla potilaista oli myös vähintään haitallisen tasoista päihteiden käyttöä. Hanke käynnistettiin kaventamaan palvelujen ja kysynnän välistä kuilua. Ajatuksena oli, että näyttöön perustuvien lyhytpsykoterapeuttisten sekä käyttäytymisen aktivoinnin ja motivoivan haastattelun menetelmien mahdollisimman kattavalla käytöllä potilasvirta saadaan sujuvammaksi hoitotuloksista tinkimättä. Yksiköissä saatiin sisäisesti päättää, ketkä hoitotyöntekijöistä osallistuvat tarjottuun menetelmäkoulutukseen. Osallistuminen oli työntekijöille vapaaehtoista. Menetelmien implementoinnin lisäksi hankkeeseen kytkettiin kliininen tutkimus menetelmien arkivaikuttavuudesta.

TIETOLAATIKKO 2. Motivoiva haastattelu ja käyttäytymisen aktivointi (14).

Motivoiva haastattelu tai keskustelu (motivational interviewing, MI) on potilaslähtöinen vuorovaikutusmenetelmä. Se on todettu vaikuttavaksi, kun pyritään tukemaan potilasta terveysperusteiseen elintapojen muutokseen, esimerkiksi päihteiden käytön, tupakoinnin, ravitsemuksen tai ongelmapelaamisen osalta. Teoreettinen perusta on muutosvaihemallissa. Lisäksi se kytkeytyy kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja sen taustateorioihin. Motivoivan haastattelun lähtökohdaksi on tunnistaa potilaan muutosvaihe ja sovittaa vuorovaikutusstrategiat siihen. Potilasta tuetaan etenemään muutoksessa vaihe vaiheelta. Motivoivan haastattelun periaatteet soveltuvat käytettäväksi niin yksittäisellä vastaanotolla kuin useampia vastaanottoja käsittävän interventionkin ohjenuorana. Duodecimin Oppiportista löytyy artikkeleita ja verkkokurssi motivoivasta haastattelusta.

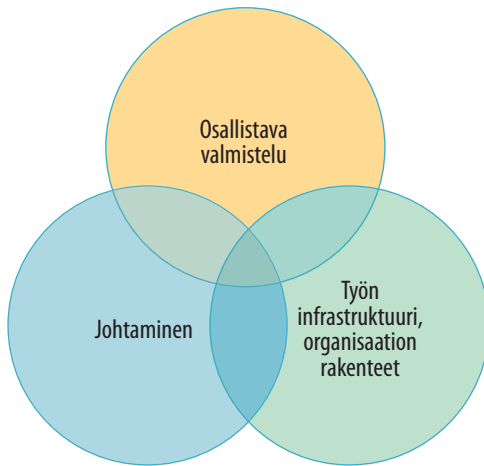
Käyttäytymisen aktivointi (behavioural activation, BA) on yksi monista kognitiivisen käyttäytymisterapian sovelluksista. Se on lyhytpsykoterapeuttinen interventio, joka voi kestää muutamasta tapaamisesta noin 20 tapaamiseen. Vahvin näyttö siitä on masennuksen hoidossa. Rohkaisevia tuloksia on saatu myös joidenkin ahdistuneisuushäiriöiden ja traumaperäisen stressihäiriön hoidossa. Käyttäytymisen aktivoinnin tavoitteena on auttaa potilasta vähentämään oireita ylläpitävää välttämiskäyttäytymistä ja lisäämään mielenterveyttä edistävää käyttäytymistä.

näkemyks (22,25,26,30). Ylemmän johdon ja implementointiohjelman vastuuhenkilöiden valmius räätälöidä ohjelman sisältöä ja rakennetta yhteisen keskustelun perusteella parantaa ohjelman ennustetta (31,32).

Osallistavan valmistelun tarkoituksena on hakea vastauksia useisiin kysymyksiin ja mahdollisiin huolenaiheisiin. Yhdessä keskustellaan muun muassa siitä, mitä hyötyjä uudella toiminnolla tavoitellaan tai mitä muutoksia se mahdollisesti aiheuttaa työn organisointiin sekä työn jakautumiseen eri ammattiryhmien sisällä tai niiden välillä (14,22,25,33). Muutoksen voidaan kokea helpottavan tai lisäävän omaa kuormitusta taikka vahvistavan tai heikentävän omaa ammattiroolia. Tarkoitus on tunnistaa muutosta edistäviä ja estäviä tekijöitä, sovittaa ohjelma mahdollisimman sujuvaksi osaksi paikallisia olosuhteita ja muutosvalmiuden tasoa (7,13,14,28).

Henkilökunnan vaihteleva muutosvalmius jäi liian vähälle huomiolle MT II -hankkeen valmistelussa, mikä myöhemmin vaikeutti sen toimeenpanoa merkittävästi (14). Erilaiset ohjelmat ja muutokset väistämättä rikkovat totunnaisia toimintatapoja, ja siksi ne usein myös kuormittavat henkilökuntaa. Henkilökunnan kysymykset nousevat tarpeesta kyetä luomaan mielikuva muutoksen suuruudesta ja heidän omasta asemastaan siinä sekä tarpeestaan vaikuttaa omaan työhönsä (22,33). Kyse on pitkälti myös työyhteisöjen pyrkimyksestä säädellä omaa kuormitustaan ja säilyttää toimintakykynsä muutoksen keskellä.

Parhaimmillaan onnistuneen valmisteluvaiheen jälkeen suurin osa implementointiohjelmaan osallistuvista näkee edessä olevan muutoksen oikeansuuntaisena, tietää, mitä on odotettavissa, mikä on itse kunkin rooli ja vastuu, mitä hyötyjä uudesta toiminnosta odo-



KUVA. Osallistava valmistelu, johtaminen sekä työn infrastruktuuri ja organisaation rakenteet ovat vahvasti toisiinsa sidoksissa olevia ja myös osin päällekkäisiä tekijöitä, jotka merkittävästi vaikuttavat implementointiohjelmien toimeenpanoon ja tuloksellisuuteen.

tetaan saatavan ja on valmis työskentelemään yhteisten tavoitteiden eteen. Tämänkaltaisen yhteisymmärryksen tiedetään sujuvoittavan ohjelman toimeenpanoa ja lisäävän sen tuloksellisuutta (21,25,26,34,35).

Johtaminen

Organisaation linjajohdon käytännön toimien merkitys implementointiohjelmien onnistumiselle on osoitettu vahvasti (7,8,28,32). Ohjelmien tuloksekas toteutus ja toimeenpantujen menetelmien käytön varmistaminen ei ole mahdollista ilman linjajohdon vahvaa osallisuutta. MT II -hankkeessa linjajohtoa ei erikseen valmistettu implementointia edistäviin johtamiskäytäntöihin (14). Lähijohtajat, jotka tekivät myös kliinistä työtä, kutsuttiin vain osallistumaan menetelmäkoulutukseen yhdessä työryhmiensä kanssa. Tutkimuksessa ei selvitetty, miten kattavasti he osallistuivat siihen.

Ylemmän tason johtajat vahvistavat organisaation yleiset strategiset linjaukset, jollaisia myös erilaiset implementointiohjelmat ovat. Käyttöön otettavien uusien toimintojen tulee olla perusteltuja terveydenhuollon perustetävän kuten hoitotulosten tai työn sujuvuuden parantamisen näkökulmasta (1). Implementointiohjelmien valmistelussa tiedon tulee

kulkea linjajohdossa molempiin suuntiin, jotta strategiset linjaukset ja kentän arkitodellisuus kohtaisivat mahdollisimman hyvin – jotta ohjelma toisin sanoen täyttäisi sille asetetut tavoitteet (25).

Suomen Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiön (Itla) julkaisemassa implementointioppaassa johdon ja kentän todellisuuskuvien yhteensovittamisesta käytetään termiä kartoitusvaihe (12). Ylempi johto voi edistää ohjelmia käytännön toimillaan, muun muassa kirkastamalla tavoitteita, allakoimalla tarvittavat resurssit ja käymällä keskustelua väli- ja lähijohtajien kanssa tarvittavista menettelyistä (36). Väli- ja lähijohtajien tehtävänä on toimia strategioiden toimeenpanevana moottorina (7).

MT II -hankkeessa kommunikaatioketjussa ilmeni epäselvyyksiä. Osallistuvien yksiköiden lähijohtajat käsittivät hankkeen ensisijaisesti kliiniseksi tutkimushankkeeksi, vaikka ensisijainen tavoite oli näyttöön perustuvien työmenetelmien jalkauttaminen organisaation palveluvalikoimaan. Lähijohtajien oli vaikeaa saavuttaa selkeää käsitystä hankkeen asemoitumisesta organisaatiossa ja siitä, mikä heidän osansa siinä olisi (14). Tästä huolimatta etulinjan työntekijät, jotka ottivat uudet menetelmät aktiiviseen käyttöön, raportoivat kokeneensa lähijohtajien tuen edistäneen niiden käyttöönottoa (14).

Lähijohtajat voivat edistää implementointiohjelmia muun muassa keskustelemalla alaisensa kanssa siitä, mitä ohjelma tarkoittaa arki-työn kannalta, tukemalla sen soveltamista paikallisiin olosuhteisiin ja seuraamalla uuden toiminnan toteutumista (7,12,30,37). Näyttöön perustuvan toiminnan jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että lähijohtajat ovat sitoutuneet halutun menetelmän jalkauttamiseen, osoittavat kiinnostusta sen käyttöä kohtaan ja myös tarvittaessa ohjaavat työryhmiään menetelmän soveltamisessa (12,34,38).

Hedelmällinen työnjohdollinen toiminta edellyttää, että lähijohtajilla on selvä kuva siitä, miksi, mitä ja miten on tarkoitus implementoida. Tämän saavuttaminen on helpompaa, jos on ollut mukana valmistelussa jo varhaisesta vaiheesta alkaen. Vain ohjelmassa hyvin sisällä olevina lähijohtajat kykenevät välittämään työryhmilleen ohjelmaa koskevaa tietoa ja räätä-

löimään tietoa alaistensa tarpeisiin (37).

Johtamistyylin on havaittu vaikuttavan implementoinnin onnistumiseen (31,34,38). Motivaation herättäminen ja kannustus ponnistukseen kohti yhteisiä tavoitteita edistävät uudistuksille myönteistä ilmapiiriä (8,31,34). Motivaatio luonnollisesti herää sitä paremmin, mitä paremmin yhteinen näkemys on saavutettu implementointiohjelman eri ulottuvuuksien suhteen – ja toisaalta mitä heikompi on yhteisymmärrys, sitä suurempi on johdon ja ohjelman vastuuhenkilöiden riski ajautua jopa painostavaksi koettuun toimintaan (14,39).

MT II -hankkeen edetessä kliinisen tutkimuksen tavoitteiden saavuttaminen jätti alleen menetelmäimplementoinnin tavoitteet, mikä osaltaan turhautti osaa työntekijöistä ja johti heidän vetäytymiseensä (14). Yhteisymmärryksen laatu ja ohjelman toimeenpanon sujuvuus heijastuvat suoraan ohjelman lopulliseen tuloksellisuuteen (31,32).

Implementointitutkimuksen saralla on tuotu esiin tarve panostaa johtamiskoulutukseen ja muutosjohtamisen osaamiseen (10,34,38). Alttius aktiiviseen yhteistyöhön ja yhteistyötaidot korostuvat substanssiosaamisen rinnalla. Johtajien ei voida olettaa olevan laaja-alaisia asiantuntijoita, joilta löytyy heti vastaus kaikkiin sekä kliinisiin että hallinnollisiin kysymyksiin. Johtajien tehtävänä on luoda ympäristö, jossa eri sidosryhmien ääni tulee kuulluksi ja vastauksia etsitään yhdessä. Yhteisen valmistelun kautta strategiset ohjelmat rakentuvat realistisiksi suhteessa organisaation muutosvalmiuteen ja muihin tilannekohtaisiin tekijöihin. Implementointialan tutkimus tarjoaa runsaasti näyttöön perustuvia työkaluja muutosten läpivientiin sosiaali- ja terveydenhuollossa (5,9,10,12).

Työn infrastruktuuri ja organisaation rakenteet

Mitä paremmin implementoitavaksi aiottu menetelmä ja ohjelma sen jalkauttamiseksi ovat sopusoinnussa tutun työympäristön kanssa, sitä sujuvammin uuden menetelmän voidaan odottaa siirtyvän rutiinimaiseksi osaksi palvelualikoimaa (21,32,40).

Ydinasiat

- ▶ Näyttöön perustuvien menetelmien pitkäjänteinen implementointi edellyttää kaikkien keskeisten sidosryhmien, eritoten koko linjajohdon sitoutumista.
- ▶ Sidosryhmien sitoutumista helpottaa esimerkiksi muutoksen kokeminen mielekkäänä ja mahdollisena.
- ▶ Yhteistyössä rakennettuun muutokseen on usein helpompi sitoutua.
- ▶ Henkilökunnan vaihtuvuus heikentää määräaikaisten hankkeiden kautta implementoitujen menetelmien pysyvyyttä terveydenhuollon palveluissa.
- ▶ Menetelmien pysyvyyttä voidaan parantaa sisällyttämällä organisaation johtamisjärjestelmiin ylläpitostrategioita.

Implementointiohjelman valmisteluvaiheessa on aiheellista arvioida, miten hyvin ja kattavasti uusi menetelmä soveltuu organisaation vastuulla olevien potilaiden hoitamiseen tai vastaa muihin arkityössä esiintyviin tarpeisiin (21). Lisäksi tulee arvioida, miten se mahdollisesti vaikuttaa potilaiden ohjautumiseen hoitojärjestelmässä, työnjakoon organisaation eri osien tai eri organisaatioiden välillä ja mitä mahdollisia muutostarpeita kohdistuu organisaation rakenteeseen, tietojärjestelmiin tai muihin tekijöihin (21). Kattavaa listaa oleellisista kysymyksistä ei ole edes mahdollista luoda, vaan vastausta edellyttäviä kysymyksiä täytyy etsiä tapauskohtaisesti ja paikallisesti.

MT II -hankkeessa noin kolmasosa menetelmäkoulutuksen saaneista työntekijöistä ilmoitti käyttävänsä käyttäytymisen aktivoiminnin ja motivoivan haastattelun menetelmiä vielä 4–5 kuukautta hankkeen päättymisen jälkeenkin, tosin suurin osa heistä vain 1–2 potilaan hoidossa loppukyselyä edeltäneiden kolmen kuukauden aikana. Menetelmiä edelleen käyttäneet työntekijät raportoivat, että he kokivat niiden sopivan hyvin omaan työhönsä ja tuovan myös etuja aiempiin työtapoihinsa nähden. Tämä tukee ajatusta, että jalkautettavien menetelmien valinta oli onnistunut hyvin (14).

TAULUKKO 2. Psykososiaalisten hoitomenetelmien jalkauttaminen pitkäjänteiseen palveluvalikoimaan terveydenhuollon organisaatiossa normalisointiprosessin teorian mukaisesti. Strategia- ja operatiivisen tason sisällöt määräytyvät tapauskohtaisesti (22).

Osaprosessi	Yleinen kuvaus	Strategiataso	Operatiivinen taso
Käyttöönotto (implementation)	Prosessit, jotka johtavat uuden toimintatavan edellyttämien taitojen omaksumiseen ja ensiaskeliin sen käyttämiseen arkityössä	Työntekijöiden menetelmäkoulutus Hoitopolun rakentaminen	Päätös koulutuksen kohdentamisesta: kaikki kattavasti vai lähinnä motivoituneet? – edellyttävät erilaisia strategioita Riittävän pituisen ja laajuisen koulutusohjelman ja materiaalin luominen – vaihtelee menetelmä- ja työntekijäkohtaisesti – tarpeiden kartoittaminen Koulutuksellisen työnohjauksen sisällyttäminen koulutusohjelmaan, esimerkiksi 2–3 potilastapausta Sovitaan – potilaiden ohjautuminen intervention piiriin – työnjako eri yksiköiden, työntekijäryhmien ja yksittäisten työntekijöiden välillä
Juuruttaminen (embedding)	Prosessit, joiden myötä uuden toimintatavan käyttö muuttuu rutiiniluonteiseksi organisaatiossa	Työnjohdollinen tuki Kliininen tuki Työnohjaus Täydennyskoulutus	Lähijohtajat allokoivat työntekijöille riittävästi työaika uusien työtapojen opetteluun Menetelmien ja hoitopolun toteutumisen seuranta – palautejärjestelmän luominen Matalan kynnyksen kliinisen tuen jatkuvuus arkityössä, vertaiskonsultoinnin tukeminen, koulutetut vertaisfasilitoijat Pidempiaikaisen työnohjauksen tarpeen arviointi Täydennyskoulutuksen tarpeen jatkuva arviointi osana normaalia lähiesimiestoimintaa
Integrointi (integration)	Prosessit, jotka varmistavat toimintatavan pysyvyyden pitkällä aikavälillä muun muassa henkilökunnan vaihtuessa	Johdon päätös käyttöönotosta ja tuki menetelmien käytölle. Organisaation rakenteet, johtamisen käytännöt, jotka ylläpitävät menetelmät organisaatiossa Johtamisjärjestelmän arviointi	Keskustelun käynnistäminen koko linjaorganisaatiossa mahdollisimman varhain, kahdensuuntaisen keskustelun varmistaminen eri keinoin, avoin ja osallistava valmistelu Koulutuspolun ja tarvittavien kliinisen tuen muotojen luominen ja jatkuva ylläpitäminen Lähijohtajat – uusien työntekijöiden ohjaaminen menetelmäkoulutukseen – muistutukset menetelmien käytöstä – palautejärjestelmän käyttö – tuki ongelmien ratkaisussa Kuuluuko johtamisjärjestelmään implementoitujen menetelmien ylläpitäminen? – tarvittaessa johtamisjärjestelmän uudistaminen – voidaan soveltaa samoja periaatteita kuin kliinisten menetelmien implementointiin

Henkilökunnan vaihtuvuus heikentää implementoitujen menetelmien pysyvyyttä organisaatiossa. Se onkin yksi pahimmista uhkatekijöistä menetelmien jatkuvuudelle (7,14,32,35). MT II -hankkeessa koulutettiin 84 työntekijää. Osa heistä vaihtoi työpaikkaa hankkeen aikana tai sen päättymisen jälkeen ja osa vetäytyi hankkeesta muista syistä (14). Hankkeen päättymisen jälkeen klinikassa ei ollut rakenteita eikä sovittuja menettelyjä, jotka olisivat tukeneet menetelmien käyttöä ja

pysyvyyttä työryhmien palveluvalikoimissa, esimerkiksi matalan kynnyksen kliinistä konsultaatiotukea menetelmien käytännön soveltamisessa tai koulutuspolkua uusille työntekijöille (14).

Minkä tahansa toiminnon jatkuvuus on mahdollista vain, jos organisaation vakaisiin rakenteisiin ja rutiiniluonteisiin menettelyihin kuuluu järjestelmä menetelmän, hoitopolun tai muun vastaavan ylläpitämiseksi (3). **TAULUKOSSA 2** kuvataan uuden menetelmän

implementointiprosessin osatekijät normalisointiprosessin teorian (NPT) mukaisesti (22). NPT:n osaprosessit ovat linjassa Itlan julkaiseman implementointioppaan kanssa (12). Esimerkkinä taulukossa käytetään psykoterapeuttisen menetelmän implementointia, mutta samoja periaatteita on sovellettu laajasti erilaisten toimintojen käyttöönotossa terveydenhuollon eri sektoreilla. On merkille pantavaa, että linjajohdon rooli korostuu kaikkien osaprosessien varmistamisessa.

Henkilökunnan menetelmäkoulutus määrällisessä implementointiohjelmassa ja siihen kytkettyvä kliininen tuki menetelmien käytölle ovat luonnollisesti tärkeitä mutta eivät riittäviä strategioita ohjelman tuloksellisuuden ja toimintojen myöhemmän jatkuvuuden varmistamiseksi (2,14,21,28). Implementointiohjelman aikana myös organisaation rakenteisiin ja työn infrastruktuuriin on syytä kiinnittää huomiota. Näihin kohdistuvien monien kysymysten etukäteisarviointi ja ennakoivien ratkaisujen etsiminen onnistuu sekä parhaiten varhaisen osallistavan valmistelun avulla (25,29). Huolellisella valmistelulla ei tosin pystytä ennakoimaan kaikkea vastaantulevaa, joten myös ohjelman toimeenpanon aikana joudutaan ratkaisemaan yllättäviäkin haasteita. Hyvin onnistuneen ohjelman jälkeen organisaatiolla on rakenteet ja sovitut työnjohdolliset käytännöt implementoitujen toimintojen ylläpitämiseksi (3).

LARS H. LINDHOLM, LT, psykiatrian ja yleislääketieteen erikoislääkäri
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, psykiatrian toiminta-alue
Tampereen yliopisto, lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta

MINNA LAITILA, TtT, YTM, lehtori
Seinäjoen ammattikorkeakoulu

Lopuksi

Vuonna 2021 voimaan astunut sosiaali- ja terveydenhuollon lakiuudistuspaketti on käynnistänyt valtavat valtakunnallisen ja alueellisen tason rakenneuudistushankkeet (Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistus). Uudistuksen ensisijaisena tavoitteena on turvata kansalaisten palvelut myös tulevaisuudessa ja jopa parantaa niitä. Tämän vuoksi hallinnollisten rakenteiden muutoksen lisäksi uudistuksen toimeenpano-ohjelmaan on kytketty erittäin laajasti erilaisia aloitteita kliinisten käytäntöjen ja hoitopolkujen uudistamiseksi (16).

Suomessa on käynnissä ennennäkemätön määrä erilaisia implementointiohjelmaa. Toivottavaa olisi, että näiden toteuttamisessa tukeuduttaisiin näyttöön perustuviin työkaluihin (9,12). Terveydenhuollon organisaatioiden johtamisjärjestelmiin kuuluvat jo vanhastaan käytännöt, jotka varmistavat talousbudjetin laatimisen ja toteutumisen seurannan, vaikka johtajistossa tapahtuisi henkilövaihdoksia. Nyt olisi erinomainen vaihe luoda uusiin terveydenhuollon organisaatioihin rakenteet ja johtamisjärjestelmät, jotka ylläpitävät koko laajaa kirjoa näyttöön perustuvia kliinisiä menetelmiä, hoitopolkuja ynnä muita myös niiden määräaikaisten implementointiohjelmien jälkeen. ■

VASTUUTOIMITTAJA
Jaana Suvisaari

SIDONNAISUUDET
Lars Lindholm: Ei sidonnaisuuksia
Minna Laitila: Luottamustoimet (Buusti ry)

KIRJALLISUUTTA

1. Malmivaara A. Terveystuonon vaikutavuuden arviointi ja edistaminen: optimaalisesti lääketiedettä. *Suom Lääkäril* 2019;74:2015–20.
2. Sipilä R, Lommi ML. Hoitosuositukset eivät muutu hoitokäytännöiksi itsestään. *Duodecim* 2014;130:832–9.
3. Virani T, Lemieux-Charles L, Davis D, ym. Sustaining change: once evidence-based practices are transferred, what then? *Healthcare Quarterly* 2009;15:12.
4. Thyer BA. What is evidence-based practice? *Brief Treatment and Crisis Intervention* 2004;4: 167–76.
5. Walshe K, Rundall TG. Evidence-based management: from theory to practice in health care. *Milbank Q* 2001;79:429–57.
6. Doherty S. Evidence-based implementation of evidence-based guidelines. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2006;19:32–41.
7. Peterson AE, Bond GR, Drake RE, ym. Predicting the long-term sustainability of evidence-based practices in mental health care: an 8-year longitudinal analysis. *J Behav Health Serv Res* 2014;41:337–46.
8. Williams NJ, Wolk CB, Becker-Haimes EM, ym. Testing a theory of strategic implementation leadership, implementation climate, and clinicians' use of evidence-based practice: a 5-year panel analysis. *Implement Sci* 2020;15:10.
9. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci* 2015;10:53.
10. Proctor E, Ramsey AT, Brown MT, ym. Training in Implementation Practice Leadership (TRIPLE): evaluation of a novel practice change strategy in behavioral health organizations. *Implement Sci* 2019;14:66.
11. Sipilä R, Mäntyranta T, Mäkelä M, ym. Implementointia suomeksi. *Duodecim* 2016;132:850–7.
12. Kouvonen P, Laajasalo T. Näyttöön perustuva työ lasten kasvun tukena – miten johtaa juurtumista? Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö 2019. <https://kasvuntuki.fi/implementointi/implemtointiopas/>.
13. Weiner BJ. A theory of organizational readiness for change. *Implement Sci* 2009;4:67.
14. Lindholm LH. Improving programmes of implementing evidence-based practices in health care: the case study of a real-world implementation programme of two evidence-based practices. Väitöskirja. Tampereen yliopisto 2022.
15. Tuulari J, Aromaa E. Depressiohoitajamallilla saadaan tulosta Pohjanmaalla. *Suom Lääkäril* 2008;63:194–5.
16. Sote-uudistus. Suomen Valtioneuvosto 2020. <https://soteuudistus.fi/etusivu>.
17. Stirman SW, Pontoski K, Creed T, ym. A non-randomized comparison of strategies for consultation in a community-academic training program to implement an evidence-based psychotherapy. *Adm Policy Ment Health* 2017;44:55–66.
18. Karlin BE, Cross G. From the laboratory to the therapy room: national dissemination and implementation of evidence-based psychotherapies in the U.S. Department of Veterans Affairs Health Care System. *Am Psychol* 2014;69:19–33.
19. Westerlund A, Nilsen P, Sundberg L. Implementation of implementation science knowledge: the research-practice gap paradox. *Worldviews Evid Based Nurs* 2019;16:332–4.
20. Lennox L, Maher L, Reed J. Navigating the sustainability landscape: a systematic review of sustainability approaches in healthcare. *Implement Sci* 2018;13:1–17.
21. Greenhalgh T, Wherton J, Papoutsis C, ym. Beyond adoption: a new framework for theorizing and evaluating nonadoption, abandonment, and challenges to the scale-up, spread, and sustainability of health and care technologies. *J Med Internet Res* 2017;19:e367.
22. May C, Finch T. Implementing, embedding and integrating practices: an outline of Normalization Process Theory. *Sociology* 2009;43:535–54.
23. Luoto KE, Lindholm LH, Paavonen V, ym. Behavioral activation versus treatment as usual in naturalistic sample of psychiatric patients with depressive symptoms: a benchmark controlled trial. *BMC Psychiatry* 2018;18:238.
24. Fixsen DL, Blase KA. Active implementation framework. Kirjassa: Nilsen P, Birken SA, toim. *Handbook on implementation science*. 1st ed. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited 2020, s. 62–87.
25. Greenhalgh T, Roberts G, MacFarlane F, ym. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q* 2004;82:581–629.
26. Hickey G, McGilloway S, O'Brien M, ym. Strengthening stakeholder buy-in and engagement for successful exploration and installation: a case study of the development of an area-wide, evidence-based prevention and early intervention strategy. *Children and Youth Services Review* 2018;91:185–95.
27. Ogden T, Fixsen DL. Implementation science. *Zeitschrift für Psychologie* 2014;222:4–11.
28. Stanhope V, Ross A, Choy-Brown M, ym. A mixed methods study of organizational readiness for change and leadership during a training initiative within community mental health clinics. *Adm Policy Ment Health* 2019;46:678–87.
29. Engeström Y. From individual action to collective activity and back: developmental work research as an interventionist methodology. Kirjassa: Luff P, Hindmarsh J, Heath C, toim. *Work place studies*. 1st ed. Cambridge: Cambridge University Press 2000, s. 150–66.
30. Currie G, Spyridonidis D. Sharing leadership for diffusion of innovation in professionalized settings. *Human Relations* 2019;72:1209–33.
31. Aarons GA, Sommerfeld DH. Leadership, innovation climate, and attitudes toward evidence-based practice during a state-wide implementation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012;51:423–31.
32. Hunter SB, Han B, Slaughter ME, ym. Predicting evidence-based treatment sustainment: results from a longitudinal study of the Adolescent-Community Reinforcement Approach. *Implement Sci* 2017;12:75.
33. Myall M, May C, Richardson A, ym. Creating pre-conditions for change in clinical practice: the influence of interactions between multiple contexts and human agency. *J Health Organ Manag, julkaistu verkossa* 27.11.2020. DOI: 10.1108/JHOM-06-2020-0240.
34. Aarons GA, Green AE, Trott E, ym. Roles of system and organizational leadership in system-wide evidence-based intervention sustainment: a mixed-method study. *Adm Policy Ment Health* 2016;43:991–1008.
35. Beidas RS, Stewart RE, Adams DR, ym. A multi-level examination of stakeholder perspectives of implementation of evidence-based practices in a large urban publicly-funded mental health system. *Adm Policy Ment Health* 2016;43:893–908.
36. Birken SA, Lee S-YD, Weiner BJ, ym. From strategy to action: how top managers' support increases middle managers' commitment to innovation implementation in health care organizations. *Health Care Manage Rev* 2015;40:159–68.
37. Bunger AC, Birken SA, Hoffman JA, ym. Elucidating the influence of supervisors' roles on implementation climate. *Implementation Science* 2019;14:1–12.
38. Guerrero EG, Padwa H, Fenwick K, ym. Identifying and ranking implicit leadership strategies to promote evidence-based practice implementation in addition health services. *Implement Sci* 2016;11:69.
39. Pundt A. A multiple pathway model linking charismatic leadership attempts and abusive supervision. *Zeitschrift für Psychologie* 2014;222:190–202.
40. Stirman SW, Kimberly J, Cook N, ym. The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implement Sci* 2012;7:17.