



Näyttöön perustuvan toiminnan edistäminen hoito- ja kättilötyössä Maailman terveysjärjestön Euroopan alueella



Raportti 2/2019
Hoitotyön tutkimussäätiö

*Alkuperäisen englanninkielisen julkaisun kirjoittajat:
Virpi Jylhä, Ashlee Oikarainen,
Marja-Leena Perälä ja Arja Holopainen*

*Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2017 under the title **Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region.***

© World Health Organization, 2017

This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition shall be the binding and authentic edition. The translator of this publication is responsible for the accuracy of the translation.

© Nursing Research Foundation, 2019

*Pohjautuu Maailman terveysjärjestön Euroopan alueen toimiston vuonna 2017 julkaisemaan englanninkieliseen julkaisuun **Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region.***

© Maailman terveysjärjestö, 2017

Maailman terveysjärjestö (WHO) ei ole toteuttanut tätä käännöstä. WHO ei vastaa käännöksen sisällöstä tai sen oikeellisuudesta. Alkuperäinen englanninkielinen julkaisu on sitova ja autenttinen versio. Käännöksen toteuttajataho vastaa käännöksen oikeellisuudesta.

© Hoitotyön tutkimussäätiö, 2019

Raportti (7.10.2019, verkkojulkaisu) ISSN 2669-9990

SISÄLLYS

KIITOKSET.....	1
LYHENTEET	1
1. JOHDANTO.....	2
2. NÄYTTÖÖN PERUSTUVA TERVEYDENHUOLTO JA TOIMINTA	3
Näyttöön perustuva terveydenhuolto	3
Näyttöön perustuva toiminta	8
3. NÄYTTÖÖN PERUSTUVAN TOIMINNAN HYÖDYT.....	10
Hyödyt väestölle	10
Hyödyt sairaanhoitajille ja kätilöille	12
Hyödyt terveydenhuoltojärjestelmille	12
Hyödyt tutkimukselle ja koulutukselle	13
4. NÄYTTÖÖN PERUSTUVAN TOIMINNAN KÄYTTÖÖNOTTO HOITO- JA KÄTILÖTYÖSSÄ.....	15
5. NÄYTTÖÖN PERUSTUVAN KULTTUURIN VAKIINNUTTAMINEN TERVEYDENHUOLLOSSA.....	23
Organisaation toimintaympäristö ja kulttuuri.....	24
NPT:n jatkuva kehittäminen.....	26
6. ONNISTUMISTA EDISTÄVÄT TEKIJÄT	29
Näyttöön perustuvaa toimintaa koskevat suositukset	31
 Lähteet.....	 33
 LIITE 1. KANSAINVÄLISIÄ TOIMIJOITA.....	 40

KIITOKSET

Näyttöön perustuvan toiminnan edistäminen hoito- ja kätilötyössä pohjautuu Maailman terveysjärjestön Euroopan alueen toimiston vuonna 2017 toimeksiannosta toteutettuun julkaisuun *Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region*. Hoitotyön tutkimussäätiö toteutti nyt toteutetun julkaisun suomenkielisen käännöksen säätiölle tulleiden pyyntöjen johdosta. Englanninkielinen alkuperäisjulkaisu on saatavilla WHO:n Euroopan aluetoimiston (www.euro.who.int) ja Suomen WHO:n hoitotyön yhteistyökeskuksen (www.hotus.fi/who-cc) internetsivuilta.

Hoitotyön tutkimussäätiö haluaa kiittää alkuperäisen julkaisun kirjoittajia Virpi Jylhää, Ashlee Oikaraista, Marja-Leena Perälää ja Arja Holopaista, sekä käännöstyöhön osallistuneita Heidi Parisodia, Hannele Siltasta, Annukka Tuomikoskea, Kristiina Heikkilää, Arja Holopaista ja Katja Lynchiä.

Kiitämme myös Euroopan alueella toimivia WHO:n hoito- ja kätilötyön yhteistyökeskuksia ja Joanna Briggs Instituutin yhteistyökeskuksia niiden tuesta liittyen alkuperäisjulkaisun kommentointiin ja esimerkkitapauksiin. Haluamme kiittää myös WHO:n Euroopan aluetoimistoa ja ohjelmajohtaja Galina Perfilievaa tuestaan julkaisun toteuttamisessa.

LYHENTEET

AME	Action Model of Expertise (Asiantuntijuustoimintamalli)
NPT	Näyttöön perustuva toiminta
EIP	Evidence Informed Practice (Näytön ohjaama toiminta)
JBİ	Joanna Briggs Instituutti
PACES	PACES-auditointiohjelma
WHO	Maailman terveysjärjestö

1. JOHDANTO

Sairaanhoitajilla ja kättilöillä on tärkeä rooli kansanterveyden edistämässä WHO:n Euroopan alueella, sillä nämä terveydenhuollon ammattilaiset muodostavat yhdessä suurimman osan terveydenhuollon työvoimasta.¹ He ovat keskeisiä toimijoita vaikuttavien, tehokkaiden, helposti saatavilla olevien, hyväksyttävien, potilaslähtöisten, oikeudenmukaisten ja turvallisten terveydenhuollon palveluiden tarjoamisessa.² Laadukkaat terveydenhuollon palvelut edellyttävät, että kliininen päätöksenteko hoito- ja kättilötyössä sekä hoidon koordinointi perustuvat näyttöön. Myös terveydenhuollon laadun kehittämisessä tulee hyödyntää parasta saatavilla olevaa näyttöä. Sairaanhoitajat ja kättilöt ovatkin keskeisessä asemassa näyttöön perustuvan toiminnan (jatkossa NPT) toteuttamisessa terveydenhuollossa, erityisesti yhtenäistettäessä terveydenhuollossa käytettäviä hoitokäytäntöjä näyttöön perustuen.³⁻⁵

Tämän Hoitotyön tutkimussäätiön WHO:n luvalla kääntämän julkaisun tarkoituksena on edistää yhteistä ymmärrystä NPT:sta hoito- ja kättilötyössä sekä vahvistaa sen perustaa WHO:n Euroopan alueella. Tavoitteena on tukea terveysalan päättäjiä, johtajia, terveydenhuollon ammattilaisia ja muita sidosryhmiä näyttöön perustuvan toimintakulttuurin edistämiseen hoito- ja kättilötyössä. Tämä puolestaan voi edistää terveydenhuoltopalveluiden tehokkuutta, edesauttaa näytön hyödyntämistä kliinisessä hoito- ja kättilötyössä sekä vahvistaa hoito- ja kättilötyön tietoperustaa. Julkaisussa esitetyt esimerkit korostavat NPT:n keskeisiä elementtejä hoito- ja kättilötyön näkökulmasta.

Julkaisussa selvennetään NPT:n käsitettä ja sen hyötyjä, kuvataan näytön käyttöönoton (implementoinnin) keskeisiä tekijöitä ja näyttöön perustuvan kulttuurin vakiintumista terveydenhuollossa sekä kootaan näytön käyttöönottoon liittyviä menestystekijöitä hoito- ja kättilötyössä. Julkaisu tarjoaa esimerkkejä NPT:n edistämisestä kansallisella, alueellisella sekä organisaatio- ja työyksikötasolla. Tiedon jakaminen eri maiden kesken NPT:aan liittyvistä innovaatioista, strategioista ja interventioista voi osaltaan edistää ja vahvistaa NPT:aa ja innovointia hoito- ja kättilötyössä koko WHO:n Euroopan alueella. Jäsenvaltioiden tulisi pyrkiä mahdollistamaan sairaanhoitajien ja kättilöiden NPT:a terveyden edistämiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi ja tarjota parasta mahdollista hoitoa potilaille ja eri väestöryhmille heidän tarpeisiinsa perustuen.¹

Sairaanhoitajien ja kättilöiden tulee ymmärtää NPT:n merkitys ja sen käyttöönottoa edistävät tekijät. Heidän tulee myös tunnistaa perustelut NPT:n käyttöönotolle, pyrkiä kehittämään NPT:ssa tarvittavia taitoja ja soveltaa näyttöä päivittäiseen hoito- ja kättilötyöhön.⁶ Myös päättäjien, johtajien, terveydenhuollon ammattilaisten, opettajien ja tutkijoiden tulee tunnistaa roolinsa ja vastuunsa, jotta potilaiden hoidossa hyödynnetään näyttöä johdonmukaisesti.¹ Vasta sitten, kun kaikki vastuussa olevat sidosryhmät hoitavat velvollisuutensa, voidaan NPT:n tavoite saavuttaa hoidon standardina.¹

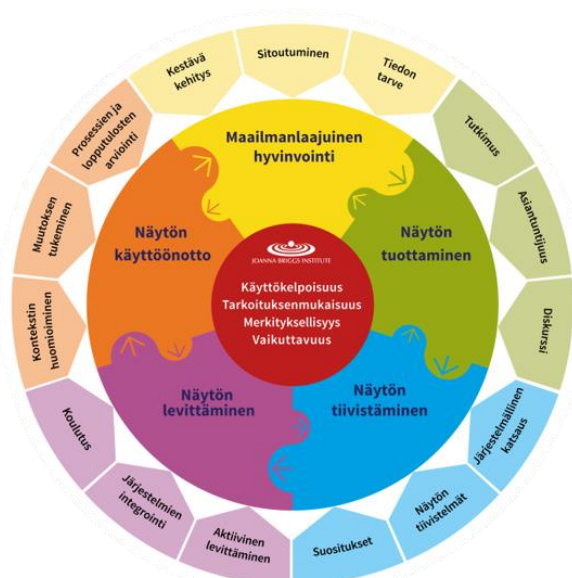
2. NÄYTTÖÖN PERUSTUVA TERVEYDENHUOLTO JA TOIMINTA

Näyttöön perustuvaan toimintaan liittyviä keskeisiä käsitteitä käytetään usein synonyymeinä terveydenhuollossa ja kirjallisuudessa, minkä vuoksi sairaanhoitajien ja kättilöiden tulee ymmärtää käsitteet ja tunnistaa niiden erot toisistaan.⁶ Vaikka tämä julkaisu keskittyy NPT:aan ja erityisesti siihen, mitä se tarkoittaa hoito- ja kättilötyössä, on tärkeää ymmärtää, mitä laajempi näyttöön perustuvan terveydenhuollon käsite tarkoittaa.

Näyttöön perustuva terveydenhuolto

Näyttöön perustuva terveydenhuolto on sateenvarjo- eli yläkäsite, jonka alle kuuluvat hoito- ja kättilötyön, lääketieteen ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten NPT.⁷ Terveydenhuollon käytännössä se konkretisoituu kliinisessä päätöksenteossa, jossa huomioidaan terveydenhuollon käytäntöjen käyttökelpoisuus, tarkoituksenmukaisuus, merkityksellisyys ja vaikuttavuus. Parhaan mahdollisen näytön ohella päätöksenteossa huomioidaan hoitoympäristöön liittyviä ja potilaan yksilöllisiä tekijöitä sekä hyödynnetään terveydenhuollon ammattilaisen harkintaa ja asiantuntemusta.⁸ Näyttöön perustuvan päätöksenteon mahdollistamiseksi kaikilla terveydenhuollon ammattilaisilla on oltava mahdollisuus osallistua NPT:n kehittämiseen sekä näytön käyttöönottoon terveydenhuollon asiakas- ja potilastyössä sekä koulutuksessa.⁷

Kansainvälinen tutkimusorganisaatio, Joanna Briggs Instituutti (JBI), on kehittänyt JBI-mallin näyttöön perustuvasta terveydenhuollosta (kuvio 1). Se käsitteellistää prosessin vaiheet, joiden avulla voidaan edetä näyttöön perustuvaan kliiniseen päätöksentekoon. Malli käsittää kuusi vaihetta, joissa kuvataan, miten mallin eri vaiheet toimivat ja miten ne voidaan käytännössä toteuttaa.^{8,9} Näyttöön perustuva terveydenhuolto ei ole suoraviivainen prosessi; joskus prosessi voi olla kaksisuuntainen, kuten Kuviossa 1 on pienemmillä nuolilla kuvattu ilmaisemaan tätä kaksisuuntaisuutta.



Kokonaisuuteen sisältyvät periaatteet
Kulttuuri – Kapasiteetti – Kommunikaatio – Yhteistyö

Kuvio 1. JBI:n malli näyttöön perustuvasta terveydenhuollosta
(kuvio julkaistu JBI:n luvalla)

Mallin keskeinen osatekijä on niin sanottu Tiedon kivi (Kuvio 2), johon liittyvät seuraavat keskeiset vaiheet: näytön tuottaminen (Kuvio 3), näytön tiivistäminen (Kuvio 4), näytön levittäminen (Kuvio 5) ja näytön käyttöönotto (Kuvio 6). Erilaisten hoitovaihtoehtojen tai terveydenhuollon käytäntöjen käyttökelpoisuus, tarkoituksenmukaisuus, merkityksellisyys ja vaikuttavuus on otettava huomioon näyttöön perustuvassa päätöksenteossa.⁸

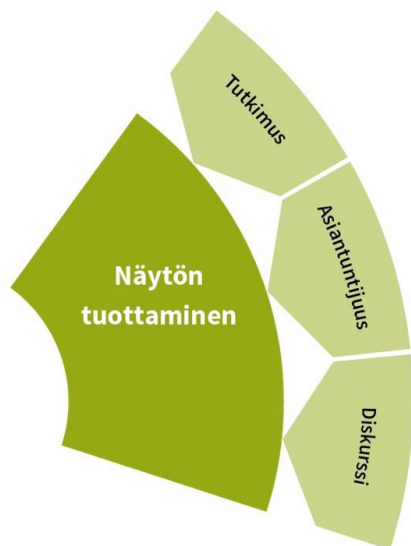


Kuvio 2. Tiedon kivi
(kuvio julkaistu JBI:n luvalla)

Mallin ja sen eri vaiheiden perimmäisenä tavoitteena on maailmanlaajuinen terveys^{8,8}, johon sisältyvät pyrkimys muutosten pysyvyyteen terveydenhuollon käytännöissä, henkilöstön lisääntynyt sitoutuminen ja tiivis monialainen yhteistyö sekä paikallisten yhteisöjen tiedontarpeiden arviointi.⁸

Muut JBI-mallin keskeiset vaiheet näyttöön perustuvassa terveydenhuollossa ovat näytön tuottaminen, näytön tiivistäminen, näytön levittäminen ja näytön käyttöönotto. Näytön tuottaminen (Kuvio 3) tapahtuu diskurssin, ammatillisen asiantuntijuuden ja tutkimuksen kautta.⁸ Tutkimusnäyttöä tuotetaan alkuperäistutkimuksilla (primaaritutkimus) ja järjestelmällisillä katsauksilla (sekundaaritutkimus). Tässä mallin vaiheessa järjestelmälliset katsaukset voivat myös auttaa tunnistamaan merkittäviä puutteita tutkimusnäytössä. Satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia pidetään näytön tuottamisen kultaisena standardina, mutta myös muilla tutkimusasetelmilla toteutetuista tutkimuksista on tullut yhä merkittävämpiä kehitettäessä hoito- ja kättilötyön käytäntöjä.

Hoitajien ja kättilöiden on tehtävä hoitotilanteissa päätökset sillä hetkellä parhaan saatavissa olevan näytön perusteella. On aihealueita, joista tutkimusnäyttöä ei ole saatavissa. Sen vuoksi on olennaisen tärkeää tunnistaa, minkälaista näyttöä tarvitaan kyseiseen kliiniseen kysymykseen vastaamisessa, minkälaista näyttöä on saatavilla (tutkimus, kokemus tai asiantuntijoiden konsensus) ja mistä tutkimustietoa tarvitaan lisää.⁸



Kuvio 3. Näytön tuottaminen

(kuvio julkaistu JBI:n luvalla)

Ajantasainen saatavilla oleva näyttö tulee tiivistää. Näytön tiivistämisellä tarkoitetaan: "tutkimusnäytön arviointia tai analysointia ja asiantuntijalausuntoa tietystä aiheesta terveydenhuollon päätöksenteon tukemiseksi".⁹ Näytön tiivistämisen kolme tärkeintä käytännön sovellutusta ovat järjestelmällinen katsaus, näytön tiivistelmät ja hoitosuosituksset (Kuvio 4 ja Infolaatikko 1).



Kuvio 4. Näytön tiivistäminen

(kuvio julkaistu JBI:n luvalla)

Infolaatikko 1. Näytön tiivistämisen muodot

- *Järjestelmällinen katsaus:* "...analyysi periaatteessa kaikesta saatavilla olevasta kirjallisuudesta (ts. näytöstä) ja arviointi esimerkiksi menetelmän vaikuttavuudesta..."⁹
- *Näytön tiivistelmä:* tehokas tapa tuottaa tiivistetty yleiskatsaus saatavilla olevasta näytöstä.^{8,9}
- *Hoitosuosituksset:* "kannanottoja, jotka sisältävät käytännön suosituksia potilaiden hoidon tehostamiseksi, ja jotka on laadittu järjestelmällisen katsauksen perusteella ja arvioimalla hoitovaihtoehtojen hyötyjä ja haittoja."¹¹

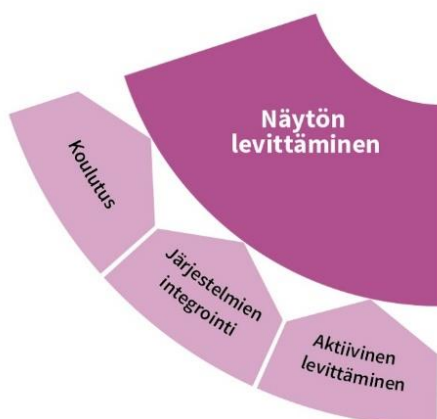
Esimerkki 1. Cochranen järjestelmällisten katsausten erityiskokoelma (Cochrane Special Collection of Systematic Reviews)

Erityiskokoelmaan on koottu korkealaatuiset järjestelmälliset katsaukset imetyksestä tukemaan näytön käyttöönottoa. Kokoelman tarkoituksena on edistää vauvojen imetystä tukevien vaikuttavien menetelmien käyttöönottoa kokoamalla parasta mahdollista näyttöä päätöksentekijöiden, terveydenhuollon ammattilaisten, järjestöjen sekä naisten ja perheiden käyttöön.¹²

Esimerkki 2. WHO:n suositukset raskauden aikaisen hoidon laadun parantamiseksi

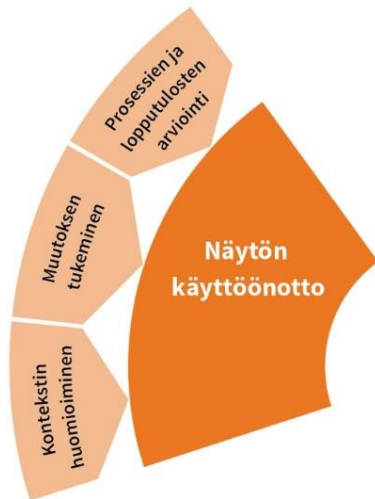
WHO:n suositus¹³ sisältää kattavat suosituslauseet kohtukuoleman riskin ja raskauden aikaisten komplikaatioiden vähentämiseksi. Suosituksen tavoitteena on tukea naisten myönteistä raskauskokemusta. Se sisältää suosituslauseet terveydenhuollossa toimijoille menetelmistä, jotka parantavat raskauden aikaisen hoidon laatua. Suosituksen käyttöönotto voi pelastaa henkiä, sillä raskauden aikana on mahdollisuus vaikuttaa myönteisesti terveyden edistämiseen, sairauksien ehkäisyyn ja seulontaan sekä diagnosointiin. Suosituslauseet, jotka pohjautuvat näyttöön menetelmien haitoista ja hyödyistä, arvoista, resursseista, oikeudenmukaisuudesta, hyväksyttävyydestä ja soveltuvuudesta, perustuvat erilaisiin näytön lähteisiin, kuten vaikuttavuutta arvioiviin katsauksiin, laadullisiin näytön tiivistelmiin sekä muihin katsauksiin, joiden laatu on arvioitu ja joiden sisältämä näyttö on tiivistetty.

Tiivistettyä näyttöä tulee levittää ja jakaa käytäntöön (Kuva 5). Jordan kollegoineen⁸ määrittelee näytön levittämisen seuraavasti: "yhteistoiminnallinen ja osallistava prosessi, jonka avulla edistetään näytön saatavuutta ja hyödyntämistä paikallisissa toimintaympäristöissä". Näytön levittäminen mahdollistaa näytön saatavuuden, ja siten edistää ja tukee näytön käyttöönottoa. Olennaiset näytön levittämisen osatekijät ovat tutkimusnäytön aktiivinen levittäminen, järjestelmien integrointi ja koulutus. JBI-malli korostaa aktiivisten menetelmien ja ihmisten välisen viestinnän hyödyntämistä näytön levittämisessä ja viestimistä sellaisessa muodossa, joka kannustaa näytön käyttöönottoon. Jatkovaa ammatillista kehittymistä sisältävät tai laajemmat koulutusohjelmat ovat tehokkaita keinoja näytön levittämiseen. Näytön integroiminen järjestelmiin ja menettelytapoihin on välttämätöntä, jotta päätöksenteko kaikilla organisaation tasoilla olisi näyttöön perustuvaa.



Kuvio 5. Näytön levittäminen
(kuvio julkaistu JBI:n luvalla)

Jordan ja kollegat⁸ määrittelevät näytön käyttöönoton (Kuvio 6) JBI-mallissa näin: "tarkoituksenmukaisten ja mahdollistavien toimintojen kokonaisuus, jonka tavoitteena on sitouttaa keskeiset sidosryhmät käyttämään tutkimusnäyttöä päätöksenteossa ja terveydenhuollon laadun jatkuvassa parantamisessa". Tämän vaiheen kolme tärkeintä osatekijää ovat toimintaympäristön huomioiminen, käytäntöjen muuttamisen helpottaminen sekä prosessien ja lopputulosten arvioiminen.



Kuvio 6. Näytön käyttöönotto

(kuvio julkaistu JBI:n luvalla)

Ennen näyttöön perustuvan intervention käyttöönottoa on tarpeen laatia kattava käyttöönottosuunnitelma⁴, jossa huomioidaan organisaation kulttuuriin, resursseihin, tiedon välitykseen ja yhteistyöhön liittyvät periaatteet.⁸ Erityisen tärkeää on laatia suunnitelma siitä, miten seurata, arvioida ja ylläpitää muutoksia, joita tehdään terveydenhuollon käytäntöihin.⁸ Terveydenhuollon ammattilaisilla, opettajilla, tutkijoilla, johtajilla ja päätöksentekijöillä on kullakin omat erityiset roolinsa ja vastuunsa NPT:n¹ täytäntöönpanon eri vaiheissa.

Esimerkki 3. Potilasturvallisuuden parantaminen näyttöön perustuvien käsihygieniakäytäntöjen avulla

Hyvä käsihygienia parantaa potilasturvallisuutta ja hoidon tuloksia vähentämällä hoitoon liittyviä infektoita. Käsihygieniakäytäntöjen arvioinnin ja kehittämisen malli tarjoaa näyttöön perustuvan rakenteen ja ohjeet käsihygieniakäytäntöjen systemaattiseen ja johdonmukaiseen seurantaan. Mittaamalla sekä suositusten noudattamisen täsmällisyyttä (*fidelity*) että ohjeidenmukaisuutta (*compliance*), saadaan tietoa optimaalisen käsihygienian ja todellisen toteutuman välisistä eroista. Korhonen kollegoineen¹⁴ arvioi käsihygieniakäytäntöjä eräässä suomalaisessa yliopistosairaalassa. Heidän havaintojensa mukaan ohjeistuksen toteutumisaste oli 78%, mikä tarkoittaa, että terveydenhuollon ammattilaiset käyttivät rutiininomaisesti käsihuhdettua. Ohjeistuksen noudattamisen täsmällisyyttä koskevat mittaukset kuitenkin osoittivat, että käsihuhdteen hieromista tapahtui ohjeistuksen mukaisesti vain 10% tapauksista. Ohjeistuksen mukaan käsihuhdteen käsiin hieromisen kokonaiskesto on oltava 30 sekuntia tai enemmän. Kuvattu esimerkki osoittaa, että on välttämätöntä mitata ohjeistuksen noudattamisen täsmällisyyttä, jotta saadaan tarkempaa tietoa NPT:n toteutumisesta.¹⁵

Näyttöön perustuva toiminta

Näyttöön perustuva toiminta (NPT) on yleiskäsite, jonka juuret ovat lääketieteessä. Se määritellään yleisesti seuraavasti: "parhaan tämän hetkisen näytön tunnollinen, täsmällinen ja harkittu käyttö tehtäessä päätöksiä yksittäisen potilaan hoidosta".¹⁶

Nykyisin NPT on eri tieteenaloilla käytetty lähestymistapa käytännössä tapahtuvaan päätöksentekoon.^{17,18} NPT:ssa huomioidaan paras saatavissa oleva näyttö, hoitoympäristö, asiakkaan arvot ja mieltymykset sekä terveydenhuollon ammattihenkilön arviointi päätöksentekotilanteesta.⁹ Sairaanhoidajien ja kättilöiden on tärkeä tunnistaa, että näyttöön perustuvassa päätöksenteossa tarvitaan erilaista tietoa sekä ulkoisista että hoitoon liittyvistä kliinisistä tilannetekijöistä. Lisäksi kliniseen päätöksentekoon vaikuttavat yhteiskunnalliset arvot sekä terveydenhuoltojärjestelmässä olevat suorat ja epäsuorat arvot.¹⁹ Näyttöön perustuvan päätöksenteon neljä osa-aluetta esitetään Infolaatikkossa 2.

Infolaatikko 2. Näyttöön perustuvan päätöksenteon osa-alueet

Näyttöön perustuvan päätöksenteon neljä osa-aluetta ovat:

- laadukkailla tutkimuksilla tuotettu paras saatavissa oleva tutkimusnäyttö;
- kliininen tieto ja asiantuntemus;
- potilaan arvot ja mieltymykset; ja
- olennainen hoitoympäristöä koskeva tieto, johon sisältyvät käytettävissä olevat resurssit ja mahdolliset esteet resurssien käytölle sekä hoitoympäristöön liittyvät mahdollisuudet.^{20–23}

NPT:n tarpeellisuus huomattiin, kun tunnistettiin, että tutkimuksen ja käytännön välillä oli kuilu.²⁴ Terveydenhuollossa NPT kehittyi toiminnaksi, jossa siihen liittyviä periaatteita on sovellettu päätöksentekoon terveydenhuoltojärjestelmän eri tasoilla ja terveys- ja sosiaalialan ammattialoilla, kuten hammaslääketieteessä, hoitotyössä, kättilötyössä, psykologiassa, kansanterveydessä, radiologiassa ja sosiaalityössä sekä eri toimintatavoissa ja johtamisessa.^{25,26} Nykyään NPT on keskeinen tekijä nykyaikaisessa terveydenhuollossa.

NPT:ssa klinisten käytäntöjen tavoitteena on tuottaa potilaalle tarkoituksenmukaista, vaikuttavaa ja merkityksellistä hoitoa. NPT on määritelty siten, että oikeita asioita tehdään oikein, tehokkaasti ja vaikuttavasti parhaalla mahdollisella tavalla.²⁷ NPT johtaa laadukkaaseen potilashoitoon, kun myös organisaatiokulttuuri tukee sitä.²⁸

Nykyisin NPT:n (engl. Evidence-Based Practice) synonyymina on käytetty myös englannin kielistä käsitettä 'Evidence-Informed Practice' (näytön ohjaama käytäntö; jatkossa EIP) ilman, että on kuvattu näiden käsitteiden välisiä eroja tai yhtäläisyyksiä. NPT on saanut paikoin osakseen kritiikkiä, joka on kohdistunut siihen, että NPT on liian rajoittava ja lääketieteellinen käsite. Kritisoijien mielestä EIP kuvaa paremmin sitä, että päätöksenteossa tulisi hyödyntää myös muunlaista näyttöä kuin tutkimuksiin perustuvaa näyttöä.^{29,30} Jotkut tutkijat väittävät, että EIP tarjoaa enemmän joustavuutta käytetyn näytön luonteeseen, ja että EIP ulottuu NPT:n varhaisia määritelmiä laajemmalle.²⁹

EIP:n määritelmä sisältää samoja osatekijöitä kuin NPT, kuten näyttö, potilaan mieltymykset ja toiminta, kliininen tila ja olosuhteet sekä terveydenhuollon resurssit. Nämä osatekijät yhdessä työntekijän kliinisen asiantuntijuuden kanssa muodostavat näytön, joka ohjaa päätöksentekoa. EIP:n käsitettä on käytetty erityisesti kansanterveyden puolella ja sosiaalihuollossa. Se on määritelty seuraavasti: "monimutkainen, monitieteellinen prosessi, joka ilmenee dynaamisissa ja jatkuvasti muuttuvissa yhteisöissä, joihin kuuluvat yhteiskunnan eri osa-alueet".³¹ Lavis kollegoineen³² korostaa tutkimuksen käyttöä julkisessa päätöksenteossa, missä tarvitaan monenlaista näyttöä päätöstentoon pohjana.

Esimerkki 4. Näytön ohjaamien toimintalinjausten verkosto

Kyseessä on maailmanlaajuinen WHO:n aloite, joka pyrkii edistämään terveyttä koskevan tutkimusnäytön järjestelmällistä käyttöä päätöksenteossa ja lisäämään jäsenvaltioiden kykyä kehittää terveyttä koskevia toimintalinjauksia, joita ohjaa tutkimusnäyttö. Verkosto on keskeisesti tukemassa eurooppalaisen toimenpideohjelman, Health 2020, täytäntöönpanoa, ja se on hyvä esimerkki maiden välisestä yhteistyöstä, kun näyttöä hyödynnetään terveyttä koskevissa toimintalinjauksissa.³³

EIP kehittyä edelleen ymmärryksen ja asiantuntijuuden lisääntyessä.³⁴ Osa asiantuntijoista kannattaa EIP-käsitteen käyttöä korostaakseen päätöksentekoprosessin yksilökeskeistä luonnetta pelkkään tutkimusnäyttöön keskittymisen sijaan. Tutkimusnäyttöön keskittymisen on väitetty vähentävän inhimillisyyttä kliinisestä käytännöstä.³⁵ Kuitenkin molemmat lähestymistavat tunnistavat, että päätöksenteossa on tärkeää huomioida tieteellisen näytön lisäksi potilaiden/asiakkaiden yksilölliset tarpeet, arvot ja mieltymykset sekä olosuhteet. Kansainvälinen keskustelu jatkuu edelleen siitä, kumpi käsite kuvaa paremmin itse sisältöä. Todellinen ero näiden kahden lähestymistavan välillä herättää edelleen keskustelua terveydenhuollossa. Tästä syystä tässä julkaisussa käytetään NPT:n laajempaa käsitettä.

3. NÄYTTÖÖN PERUSTUVAN TOIMINNAN HYÖDYT

Näyttöön perustuvan päätöksenteon vakiinnuttamisen hyötyjä terveydenhuollossa tarkastelevia tutkimuksia on runsaasti. NPT on kuitenkin monimutkainen ilmiö ja siten on vaikea osoittaa suoraa syy-yhteyttä NPT:n rakenteiden ja terveydenhuollon tulosten välillä. Sen vuoksi näyttö NPT:n hyödyistä on pääosin suuntaa antavaa. Tällä hetkellä tutkimus keskittyy pääasiassa NPT:n interventioihin ja niiden vaikutuksiin. NPT:lla on kuitenkin osoitettu olevan mahdollista parantaa hoidon laatua ja tuottaa hyötyä potilaille, sairaanhoitajille ja kätilöille sekä terveydenhuoltojärjestelmälle. WHO:n Euroopan alueen maissa tulee siten ottaa huomioon NPT:n hyödyt ja keskittyä hoidon laadun jatkuvaan parantamiseen.

WHO:n Euroopan alueen maiden terveydenhuoltojärjestelmien rakenteissa on laajaa vaihtelua ja eri maiden terveydenhuollon menot vaihtelevat huomattavasti.³⁶ Tästä huolimatta puutteet hoidon turvallisuudessa ovat vakava maailmanlaajuinen terveysongelma ja haaste kaikille maille. Siksi on välttämätöntä, että päättäjät jatkuvasti kriittisesti arvioivat hoidon laatua ja turvallisuutta.³⁷ Terveydenhuoltojärjestelmissä, joissa saadaan aikaan merkittäviä parannuksia potilasturvallisuudessa ja terveydenhuollon käytäntöjen vaikuttavuudessa, hoidon ajantasaisuudessa, tehokkuudessa ja tasapuolisuudessa sekä potilaslähtöisen hoidon tarjoamisessa, voidaan parantaa terveydenhuollon laatua ja vastata paremmin potilaiden tarpeisiin.³⁸ Terveydenhuollon laatua ja turvallisuutta koskevia asioita käsitellään Infolaatikossa 3.

Infolaatikko 3. Terveydenhuollon laatu ja turvallisuus

- Terveydenhuollon laadun ja turvallisuuden käsitteitä ei voida erottaa toisistaan. Amerikkalaisen Healthcare Research and Quality – viraston³⁹ mukaan, turvallisuus on osa laatua.
- Hoidon laatu: "missä määrin terveydenhuoltopalvelut yksilöille ja väestölle lisäävät toivottujen terveystulosten todennäköisyyttä ja ovat yhdenmukaisia nykyisen ammatillisen tietämyksen kanssa".³⁸
- Potilasturvallisuus määritellään siten, ettei potilaalle aiheuteta ehkäistävissä olevaa haittaa hoidon aikana.⁴⁰

NPT:n edut voidaan jakaa väestölle, sairaanhoitajille ja kätilöille, terveydenhoitojärjestelmille sekä tutkimukselle ja koulutukselle koituviin hyötyihin. Ne on koottu Taulukkoon 1 ja kuvattu lyhyesti sen alla.

Hyödyt väestölle

NPT:n toteuttaminen luo edellytykset potilaslähtöiselle hoidolle, jonka Berwick⁴¹ määrittelee seuraavasti:

kokemus (siinä määrin kuin kukin asiasta informoitu potilas sitä haluaa) läpinäkyvyydestä, yksilöllisyydestä, huomioinnista, kunnioituksesta, arvostuksesta, ja valinnan mahdollisuudesta kaikissa asioissa, jotka liittyvät yksilöön itseensä, olosuhteisiin ja vuorovaikutussuhteisiin terveydenhuollossa.

Taulukko 1. NPT:n hyödyt

Hyödyn saaja	Hyödyt
Väestö	<ul style="list-style-type: none"> • Paremmat edellytykset potilaslähtöiselle hoidolle • Potilaan mieltymykset huomioidaan päätöksenteossa • Yhtenäiset käytännöt terveystalveissa parantavat tasa-arvoa • Maantieteellinen vaihtelu vähenee • Potilaiden sairaalassaoloaika lyhenee • Paremmat hoitotulokset • Laadukkaat terveydenhuollon palvelut • Lisääntynyt potilasturvallisuus
Sairaanhoitajat ja kättilöt	<ul style="list-style-type: none"> • Lisääntynyt työtyytyväisyys • Voimaantuminen • Paremmat taidot huomioida potilaiden mieltymykset käytännön hoitotyössä • Tuki ammatilliselle kasvulle • Jatkuva urakehitys asiantuntijatehtävissä
Terveydenhuoltojärjestelmät	<ul style="list-style-type: none"> • Hoidon laadun parantuminen • Paremmat hoitotulokset • Lisääntynyt potilasturvallisuus • Vähentyneet kustannukset • Vahvempi perusta terveydenhuollon investointipäätöksille • Valmiuksien kehittyminen yhteistyön avulla
Tutkimus ja koulutus	<ul style="list-style-type: none"> • Lisääntynyt tarve vahvan näytön tuottamiselle ja tiivistämiselle • Osaamisen kehittyminen • Hoito- ja kättilötyön asiantuntijatehtävien integrointi osaksi terveydenhuoltojärjestelmää

Lähde: © Hoitotyön tutkimussäätiö

Potilaan mieltymykset ja arvot ovat NPT:n tärkeitä kulmakiviä. Potilaiden osallistamiseksi heille tulee jakaa tietoa, jotta he voivat tehdä tietoisia päätöksiä hoitoaan ja terveytensä edistämistä koskien.⁴² Carterin ja kollegoiden⁴³ terveyden edistämiseen liittyvän päätöksenteon viitekehityksessä yhdistyvät näyttö, etiikka ja arvot. Tällainen lähestymistapa mahdollistaa sekä eettisen että vaikuttavan NPT:n.⁴³

Potilaan mieltymysten huomioimisella päätöksenteossa on viime kädessä myönteisiä vaikutuksia hoidon tuloksiin ja terveyden edistämiseen.⁴⁴ Onnistunut NPT:n käyttöönotto mahdollistaa potilaiden kokemuksen laadukkaista terveydenhuoltopalveluista, paremmista hoitotuloksista ja lisääntyneestä turvallisuudesta.^{45–51}

Esimerkki 5. Potilaiden osallistaminen päätöksentekoon

Swift & Callahanin⁴⁴ meta-analyysi sisältää yhteenvedon yli 2300 asiakasta koskevasta tutkimusaineistosta 26 kliinisessä ja muussa määrällisessä tutkimuksessa. He havaitsivat, että potilaiden hoitotulokset, jotka saivat toivomaansa psykologista hoitoa, olivat 58 prosentin todennäköisyydellä parempia ja heillä oli 50 prosenttia pienempi todennäköisyys keskeyttää hoitonsa verrattuna niihin, joiden hoito ei vastannut heidän toivomuksiaan. Tähän meta-analyysiin mukaan otettujen tutkimusten laatu on kuitenkin epäselvä, joten tulokset ovat lähinnä suuntaa antavia.

Yhtenäiset käytännöt terveydenhuollossa mahdollistavat parhaan mahdollisen hoidon potilaille riippumatta siitä, missä he asuvat. Yhtenäisiä käytäntöjä voidaan edistää esimerkiksi näyttöön perustuvilla hoitosuosituksilla, joita noudattamalla voidaan saavuttaa hyötyjä, kuten lyhentyneitä hoitoaikoja terveydenhuollossa⁵², ja maantieteellisen vaihtelun vähenemistä terveydenhuollon palveluissa.^{45,53}

Esimerkki 6. Potilasturvallisuutta edistävät näyttöön perustuvat hoitosuositukset

Hoitoon liittyvät infektiot ovat maailmanlaajuisesti yleisin potilasturvallisuuteen vaikuttava haittatapahtuma. WHO on julkaissut maailmanlaajuisen näyttöön perustuvan hoitosuosituksen leikkaushoitoon liittyvien infektioiden ehkäisemisestä, joka on paikallisesti sovellettavissa kaikissa maissa.⁵⁴ Hoitosuositus sisältää 29 suosituslausetta ennaltaehkäisystä ja ohjeet siitä, kuinka suositusta levitetään ja otetaan käyttöön.

Hyödyt sairaanhoitajille ja kättilöille

Terveydenhuollon ammattilaisten vahva usko NPT:n tuottamaan arvoon on yhteydessä siihen, miten NPT otetaan käyttöön, heidän työtyytyväisyyteensä⁵⁵ ja yhteenkuuluvuuden tunteeseensa.²⁸ Sairaanhoitajat ja kättilöt, jotka uskovat kykyynsä tarjota korkealaatuista hoitoa, tuntevat olevansa voimaantuneempia työssään sekä kokevat lisääntyntä yhteenkuuluvuutta tiiminsä kanssa tavoitellessaan NPT:n yhteistä päämäärää.²⁸ Sairaanhoitajien ja kättilöiden NPT:aan liittyvien taitojen jatkuva kehittäminen voi auttaa heitä huomioimaan potilaan mieltymyksiä ja toteuttamaan potilaslähtöistä hoitoa.⁴² Työympäristöt, joissa toiminta ei ole näyttöön perustuvaa, ja jotka estävät hoitajia saavuttamasta täyttä potentiaaliaan, eivät tue hoitajien jatkuvaa ammatillista kasvua. Tämä voi heikentää hoitajien tyytyväisyyttä ja parhaiden hoitokäytäntöjen noudattamista.⁵⁶

Sairaanhoitajilla ja kättilöillä on keskeinen rooli potilaiden hoitoon liittyvien haittojen seurannassa ja haittoja vähentävien toimien koordinoinnissa. Siksi he ovat avainasemassa terveydenhuollon laadun parantamisessa.⁵⁷ Terveydenhuollon palveluissa tulisi järjestelmällisesti edistää ennaltaehkäiseviä toimia potentiaalisesti potilaalle haittaa aiheuttavien, hoitoon liittyvien riskien ja haittatapahtumien vähentämiseksi.^{38,58} Pelkästään potilasturvallisuuteen liittyen ongelmien tunnistaminen ei riitä: lisäksi tulee toteuttaa NPT:ta ja luoda terveydenhuollon kulttuuri, joka edistää jatkuvaa kehitystä.⁵⁸

Hyödyt terveydenhuoltojärjestelmille

NPT:sta voivat hyötyä kaikki WHO:n jäsenvaltiot Euroopan alueella, mukaan lukien ne, joilla on käytössä rajallinen määrä varoja terveydenhuollon menoihin, ja joiden terveydenhuoltojärjestelmien rakenteet eivät ole tehokkaita. NPT:n hyödyt on tunnistettu hyvin maissa, joiden terveydenhuoltojärjestelmät perustuvat vakuutusjärjestelmään, ja joissa terveydenhuollon palvelujen tarjoajia kannustetaan eri keinoin toteuttamaan NPT:ta, esimerkiksi taloudellisin kannustimin.^{47,59}

Esimerkki 7. Painehaavojen ehkäisy

USA:ssa ei korvata sairaalahoidon aikana syntyneiden painehaavojen hoitoa niissä terveydenhuollon organisaatioissa, joissa toimintaa koordinoi liittovaltion Medicare- ja Medicaid Services – virasto.⁶⁰ Painehaavoilla on negatiivisia seurauksia potilaille ja ne aiheuttavat suuria hoitokustannuksia. Niiden hoidosta aiheutuneiden kustannusten korvaamatta jättäminen on lisännyt sairaaloiden NPT:n käyttöönottoa painehaavojen ehkäisyssä.⁵⁰

Terveydenhuoltojärjestelmät voivat hyötyä suoraan NPT:sta hoidon laadun parantueissa; tämä tarkoittaa parempia hoitotuloksia potilaille ja potilasturvallisuuden lisääntymistä.^{45–51} NPT voi tuoda taloudellisia hyötyjä vähentämällä terveydenhuollon kustannuksia.^{51,59,61}

Esimerkki 8. NPT:n edistäminen sairaalassa

Yhdellä teho-osastolla toteutettu NPT-projekti veriviljelmien kontaminaatioiden vähentämiseksi otettiin käyttöön koko sairaalassa. Tämä johti arviolta 4,5 miljoonan punnan (noin 2,9 milj. euroa) vuotuisen säästöön. Säästöt saatiin vähentämällä laboratoriotestejä ja antibioottien määräämistä sekä nopeuttamalla potilaiden kotiutumista.⁶¹

Terveydenhuoltojärjestelmissä, joissa investoidaan sairaanhoitajien ja kättilöiden koulutukseen heidän NPT-taitojen parantamiseksi, voivat hyötyä investoinnista henkilöstön vaihtuvuuden vähenemisenä ja sairaanhoitajien ja kättilöiden työtyytyväisyyden lisääntymisenä, mikä johtaa kustannussäästöihin.⁶² WHO:n jäsenvaltioiden on hyvä huomioida tämä, sillä monissa maissa on tällä hetkellä sairaanhoitaja- ja kättilöpula, mikä voi viime kädessä vaikuttaa haitallisesti väestön terveyteen ja hyvinvointiin.⁶³

Terveydenhuollon laadun parantaminen mahdollistaa terveemmän ja siten myös tuottavamman väestön. NPT ei ole vain uusi edistysellinen ja erittäin kallis länsimainen innovaatio, vaan lähestymistapa, joka voi auttaa myös toivottomassa terveystilanteessa olevia maita kehittämään luovia ja innovatiivisia ratkaisuja, jotka viime kädessä hyödyttävät potilaita.⁶⁴ Näyttöön perustuvat interventiot voivat tarjota päätöksentekijöille luotettavaa tietoa ja työkaluja terveydenhuollon investointipäätösten pohjaksi. Organisaatioiden johtajat, jotka toimivat aliresurssoiduissa toimintaympäristöissä, voivat luoda mahdollisuuksia NPT:lle ja kehittää organisaatioidensa toimintaa kansainvälisen yhteistyön, tutkimusverkostojen parantamisen sekä luovien ja innovatiivisten lähestymistapojen avulla. Nämä puolestaan kannustavat henkilöstöä hyödyntämään näyttöä.⁶²

Hyödyt tutkimukselle ja koulutukselle

Tutkimukselle ja kehittämistyölle tulee osoittaa tarvittavat resurssit tutkimuksen ja käytännön välisen kuilun poistamiseksi. Tarvitaan entistä vahvempaa näyttöä hoitotyön menetelmistä ja näytön tiivistämistä NPT:n saamiseksi hoitostandardiksi hoito- ja kättilötyössä. Hoito- ja kättilötyöllä on oma tietoperustansa, joka ohjaa päätöksentekoa kliinisessä käytännössä. NPT:n käyttöönotto hoito- ja kättilötyössä on moniulotteinen prosessi ja se vaatii paljon muutakin kuin vain tutkimuksen hyödyntämistä hoitotyön käytännössä. WHO:n jäsenvaltioiden tulisi jakaa tietoa hyvistä käytännöistä ja tukea toisiaan NPT:n käyttöönotossa.

Esimerkki 9. Hyvien käytäntöjen levittäminen hoito- ja kättilötyössä

Hyvien käytäntöjen ja innovaatioiden levittäminen kansallisella ja kansainvälisellä tasolla on tärkeää. WHO:n Euroopan aluetoimisto julkaisi vuonna 2015 yhteenvedon eurooppalaisista hyvistä käytännöistä hoito- ja kättilötyössä. Yhteenvedo sisältää useita esimerkkejä työvoiman suorituskyvyn ja ammatillisen koulutuksen parantamisesta sekä terveydenhuoltopalvelujen vahvistamisesta.⁶⁵ Yhteenvedon tavoitteena on parantaa kansalaisten terveyttä ja hyvinvointia, vähentää eriarvoisuutta ja taata terveydenhuoltojärjestelmien ihmislähtöisyys.

NPT on vaikuttanut merkittävästi paradigman muutokseen terveydenhuollon koulutuksessa ja käytännössä. Sairaanhoitajien ja kättilöiden pätevyys arvioida parasta käytettävissä olevaa näyttöä ja sen pohjalta tehdä ehdotuksia hoitotyön käytäntöjen muuttamisesta on kehittynyt ajan myötä.⁶⁶ Hoito- ja kättilötyön asiantuntijaroolien integrointi osaksi terveydenhuollon organisaatioita on myös jatkossa tärkeää. Nämä asiantuntijat voivat yhteistyössä tutkijoiden kanssa suunnitella ja toteuttaa tutkimuksia, joilla tuotettu tieto sairaanhoitajia ja kättilöitä tekemään näyttöön perustuvia päätöksiä terveysongelmien ehkäisemiseksi tai olemassa olevien ongelmien ratkaisemiseksi.⁶⁷

Tulevilla terveydenhuollon ammattilaisilla on oltava riittävät valmiudet työskennellä terveydenhuollon ympäristöissä, joissa mahdollistetaan ammattilaisten näyttöön perustuva päätöksenteko hoitotyön arjessa. Tämä edellyttää NPT:aan ja siihen liittyvien käsitteiden sisällyttämistä hoito- ja kättilötyön opetussuunnitelmiin.⁵⁶

Esimerkki 10. NPT:n integrointi opetussuunnitelmiin

Glasgow'n Caledonian yliopiston, Iso-Britannia (Skotlanti), hoitotyön opetussuunnitelmassa⁶⁸ on opiskelija keskiössä ja opetussuunnitelman tavoitteet, sisältö ja toteutusmuodot on rakennettu tämän ympärille. Opetussuunnitelman perusarvot sisältävät NPT:n, joka tukee myös Terveys 2020 -ohjelman tavoitteita.¹ Opetussuunnitelman viitekehyksen tarkoituksena on tukea sairaanhoitajia toteuttamaan näyttöön perustuvaa toimintaa hoitotyössä, ja sisällyttämään nykytietämys (samalla tunnustaen potilaan mieltymykset) hoitopäätöksiin hoitoprosessien ja potilaan hoidon lopputulosten parantamiseksi.

NPT on yksi kuudesta opetussuunnitelmaan kuuluvista teemoista ja jokaiseen opintovuoteen tai -vaiheeseen sisältyy NPT:n moduuli. Seuraten opintopolun etenemistä, opiskelijat aluksi tarkastelevat tieteellisen tutkimuksen ja NPT:n roolia hoitotyössä. Seuraavaksi he oppivat NPT:aan liittyvät näytön lajit hoitotyössä, miten etsiä tutkimusartikkeleita keskeisistä tietokannoista sekä miten lukea ja ymmärtää tutkimusartikkeleita. Opiskelijat kehittävät tiedonhaun ja tieteellisen kirjoittamisen taitojaan, ja heitä kannustetaan tutkimaan aihealueita, jotka liittyvät globaaliin terveyteen tai kansanterveyteen.

Opiskelijat oppivat opetussuunnitelmassa edettäessä joukon tutkimus- ja teoreettisia taitoja, joita kannustetaan soveltamaan heidän kliinisiin oppimiskokemuksiinsa ja teoreettisiin opintoihinsa. He valmistuvat sairaanhoitajiksi, joilla on kriittinen lukutaito niin määrällisestä kuin laadullisesta tutkimusnäytöstä. Tämä tukee heitä kehittämään hoitotyötä ja auttaa ymmärtämään potilaiden osallistamisen tärkeyden yhteiseen päätöksentekoon parhaan mahdollisen lopputuloksen saavuttamiseksi.

Esimerkki 11. NPT:n sisällyttäminen koulutukseen

NPT on sisällytetty monella tavoin koulutukseen Cardiffin yliopistossa (School of Healthcare Sciences, Iso-Britannia, Wales). Se on olennainen osa perusopintoja. Maisteriopinnoissa opiskelijoilla on mahdollisuus tehdä järjestelmällinen katsaus tai työelämän kehittämiseen perustuva (näytön käyttöönotto) projekti maisteriopintojen opinnäytetyönä.⁶⁹ Ammatillinen tohtoriohjelma⁷⁰ sisältää myös pakollisen järjestelmällisen katsauksen -moduulin, jossa keskitytään näytön käyttöönottoon rohkaisemalla opiskelijoita pohtimaan, kuinka järjestelmälliseen katsaukseen tiivistetty tutkimusnäyttö viedään käytäntöön.

4. NÄYTTÖÖN PERUSTUVAN TOIMINNAN KÄYTTÖÖNOTTO HOITO- JA KÄTILÖTYÖSSÄ

Uusia innovaatioita ja käytäntöjä kehitetään hoito- ja kätilötyön tulosten parantamiseksi. Terveystieteiden innovaatiot voivat sisältää uuden konseptin, idean, palvelun, prosessin tai tuotteen käyttöönoton, jonka tavoitteena on parantaa hoitoa, diagnosointia, koulutusta, tiedotusta, ennaltaehkäisyä ja tutkimusta. Pitkän aikavälin tavoitteena on parantaa laatua, potilasturvallisuutta, hoidon tuloksia ja tehokkuutta sekä pienentää kustannuksia.^{71–73}

Terveystieteiden innovaatiot voidaan jakaa tuotteisiin, prosesseihin ja rakenteisiin.⁷² *Tuotteet* koostuvat tavallisesti teknologiasta tai palveluista, kuten kliinisistä menettelytavoista. *Prosessi* viittaa hoidon uudelleen toteuttamiseen tai toiminnan muutokseen. *Rakenteet* vaikuttavat yleensä terveystieteiden organisaatioiden sisäiseen ja ulkoiseen infrastruktuuriin, ja ne luovat uusia rakenteellisia malleja.⁷³ Jotta voidaan puhua innovaatiosta, idean on oltava toistettavissa ja sen on vastattava tiettyyn tarpeeseen. NPT:aa edistävällä innovaatioilla on oltava tieteelliset perustelut. Toisin sanoen, uudelta innovaatiolta vaaditaan huolellista näyttöön perustuvaa pohdintaa odotetuista ja odottamattomista tuloksista ja vaikutuksista, esimerkiksi kun tuodaan teknologiaan liittyviä innovaatioita hoito- ja kätilötyöhön. Käyttökelpoisten, tarkoituksenmukaisten, vaikuttavien ja merkityksellisten innovaatioiden käyttöönottoa tulisi edistää.⁸

Terveystieteiden tutkimuksessa tapahtuvan muutoksen helpottamiseksi on kehitetty useita malleja. Malleja ja viitekehyksiä voidaan käyttää näyttöön perustuvan terveystieteiden tutkimuksen ja NPT:n kuvaamiseksi.⁴ Mallit voidaan myös kohdentaa NPT:n tiettyyn vaiheeseen keskittyen joko organisaation tai ammattilaisen toimintaan. Jotkut mallit (esim. Jordan ym.⁸) ovat yleisluontoisia. Ne kuvaavat koko NPT:n prosessia eli kuinka tutkimuksesta edetään käytännön kehittämiseen. Toiset keskittyvät NPT:aa tukeviin organisatorisiin tekijöihin, ja jotkut kuvaavat näytön käyttöönottoa koko terveystieteiden tutkimusjärjestelmässä. Mallit eivät ole pääasia toiminnan kehittämisessä, mutta ne auttavat muutoksessa. Organisatorista muutosta tukevat mallit ovat erityisen hyödyllisiä työkaluja NPT:n edistämiseksi.

Tällä hetkellä tieteelliset lehdet, tietokannat ja niin kutsuttu harmaa kirjallisuus sisältävät runsaasti tieteellistä tietoa. Tästä syystä tarvitaan asiantuntijoiden kesken yhteistyötä, kun tutkimuksia arvioidaan kriittisesti ja tiivistetään järjestelmällisiin katsauksiin ja klinisiin

hoitosuosituksiin. Kansainväliset yhteistyötahot, kuten Cochrane ja JBI, ovat kehittäneet menetelmiä erilaisilla tutkimusasetelmilla tuotetun tutkimusnäytön tiivistämiseen tukeakseen tutkimusnäytön levittämistä ja käyttöönottoa. Lisäksi useat kansalliset toimijat tuottavat järjestelmällisiä katsauksia ja kliinisiä hoitosuosituksia sekä tarjoavat ohjausta metodologisissa kysymyksissä näyttöä tiivistettäessä. (ks. Liite 1)

Esimerkki 12. JBI-yhteistyökeskukset Euroopassa

Euroopan 15 JBI-yhteistyökeskusta (2017)⁷⁴ tiivistävät näyttöä ja tuottavat järjestelmällisiä katsauksia sekä näytön käyttöönottoa kuvaavia raportteja. Esimerkiksi Walesin JBI:n yhteistyökeskus keskittyy näytön tiivistämiseen ja kouluttamaan terveydenhuollon ammattilaisia järjestelmällisten katsausten laadinnassa. Keskus toimii myös yhdessä paikallisen terveyslautakunnan kanssa projektissa, jonka tavoitteena on viedä tutkimusnäyttö käytäntöön paikallistasolla.⁷⁵

Esimerkki 13. Käsikirja hoitosuositusten laadintaan

Kliiniset hoitosuositukset edesauttavat parhaan saatavilla olevan näytön hyödyntämistä NPT:ssa. Kliinisten hoitosuosituksen laadun varmistamiseksi on kehitetty menetelmiä: esimerkiksi Virossa laadittu käsikirja hoitosuositusten laadintaan⁷⁶ kattaa kaikki hoitosuositusten laadinnan osa-alueet soveltamalla tämänhetkisiä kansainvälisesti hyväksytyjä menetelmiä kansallisella tasolla.

Kansainvälinen yhteistyö yhdessä kansallisen kehittämistoiminnan kanssa luo rakenteita, jotka tukevat näyttöön perustuvan terveydenhuollon kehittämistä ja mahdollistavat näytön levittämisen ja käyttöönoton. Terveysalan palvelujärjestelmien johtamiskäytäntöjä tulee tarkastella ja tarvittaessa uudistaa myös kansallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla tukemaan näyttöön perustuvan hoito- ja kättilötyön kehittämistä. Tämä edellyttää erityisten kansallisten, alueellisten ja paikallisten rakenteiden luomista seuraavilla alueilla (Taulukko 2):

- tiedon tuottaminen, levittäminen ja käyttöönotto
- yhtenäisten käytäntöjen kehittäminen
- sairaanhoitajien ja kättilöiden osaamisen jatkuva kehittäminen

Taulukko 2. Vastuut terveydenhuoltojärjestelmän eri tasoilla näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen kehittämisessä

Sisällöt	Kansallinen taso	Alueellinen taso	Organisaation ja työyksikön taso	Työntekijä
Tiedon tuottaminen, välittäminen ja käyttöönotto	Sovitaan toimintalinjaukset ja -suunnitelmat NPT:lle: <ul style="list-style-type: none"> linjaukset tutkimukselle (keskeiset tutkimusaiheet) tiivistetyn tiedon tietokannat vastuut tiivistetyn tiedon tuottamiselle kansalliset hoitosuosituks 	Suunnitelma järjestelmällisten katsausten ja hoitosuosituksen käyttöönotosta ja kehittämisestä: <ul style="list-style-type: none"> paikalliset verkostot rakenteet näytön levittämiseksi 	Toiminta paikallisissa verkostoissa: <ul style="list-style-type: none"> näytön levittäminen tiivistetyn näytön saatavuus 	Sairaanhoitajien ja kättilöiden näyttöön perustuva toiminta: <ul style="list-style-type: none"> näyttöön perustuva päätöksenteko
Näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittäminen	Näytön tiivistämisen tuki: <ul style="list-style-type: none"> tutkimus ja koulutus kehittämisprojektit NPT:n arviointi ja seuranta 	Vastuut yhtenäisissä käytännöissä: <ul style="list-style-type: none"> hoitosuosituksen käyttöönotto NPT:n arviointi ja seuranta 	Näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen kehittäminen: <ul style="list-style-type: none"> NPT:n arviointi ja kehittäminen kehittämiseen osallistuminen benchmarking 	Sitoutuminen näyttöön perustuviin yhtenäisiin käytäntöihin: <ul style="list-style-type: none"> toiminnan dokumentointi hoidon arviointi
Osaamisen varmistaminen	NPT:ssa tarvittava osaaminen: <ul style="list-style-type: none"> tuki osaamisen kehittämiselle malli erilaisen asiantuntijuuden hyödyntämiseksi 	Osaamisen vahvistaminen NPT:ssa: <ul style="list-style-type: none"> yhteistyö paikallisten tutkimus- ja koulutusorganisaatioiden kanssa 	Menetelmät työntekijöiden NPT:n osaamisen arvioimiseksi: <ul style="list-style-type: none"> yhteistyö paikallisten koulutusorganisaatioiden kanssa: esim. opetussuunnitelman kehittäminen, jatkuva koulutus 	Oman asiantuntijuuden ja osaamisen kehittäminen ja arviointi

Lähde: Holopainen et al.⁷⁷ (Käyttölupa saatu Fioca Oy:ltä)

Kansallisen tason yhteistyötä tarvitaan varmistamaan yhtenäiset rakenteet näytön tuottamisessa ja yhtenäiset vaatimukset opetussuunnitelman kehittämisessä. Kansainvälisessä yhteistyössä tuotetun tiivistetyn näytön hyödyntäminen edellyttää kansallista toimintaohjelmaa ja moniammatillista yhteistyötä ennen näytön levittämistä ja käyttöönottoa. Kansallisten organisaatioiden vastuista tulee sopia laadittaessa klinisiä hoitosuosituksia tai muuta tutkimusnäyttöä.

Esimerkki 14. Kansallisen tason tukijärjestelmät näyttöön perustuvien hoito- ja kättilötyön käytäntöjen levittämiseen Suomessa

- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) tarjoaa ohjeita hoitotyön strategiaan toimintasuunnitelmiin (vastuut). Ministeriö on myös käynnistänyt hoito- ja kättilötyön NPT:n valtakunnallisen kehittämisen tuottamalla vuodesta 1998 lähtien kansallisia strategisia toimintasuunnitelmia, jotka edistävät yhteisymmärrystä, tavoitteita ja vastuuta.^{78–80}
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) kerää jatkuvasti terveyteen, hyvinvointiin ja palveluihin liittyvää tietoa (esimerkiksi valtakunnallisilla kyselyillä) ja tuottaa vertailukelpoista tietoa kansallisiin, alueellisiin ja paikallisiin tarkoituksiin.
- Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus) edistää hoito- ja kättilötyön vaikuttavuutta kehittämällä NPT:aa kansallisten ohjeistusten mukaisesti ja tuottamalla kansallisia näyttöön perustuvia hoitosuosituksia hoito- ja kättilötyöhön.
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim tuottaa kansallisia näyttöön perustuvia Käypä hoito -suosituksia lääketieteellisestä hoidosta ja sairauksien ennaltaehkäisystä.

Kansallisten linjausten mukaan NPT ja päätöksenteko tulisi sisällyttää hoito- ja kättilötyön koulutusten opetussuunnitelmiin.⁸¹

Näytön tiivistämisessä käytettävät yhtenäiset kansalliset menetelmät tulee määritellä paikallisiin tarpeisiin soveltuvan näytön tuottamiseksi. Määrittelyssä suositellaan hyödyntämään kansainvälisiä ohjeistuksia. Yksi mahdollisuus hoitosuositusten laadinnassa on muualla tuotettujen suositusten sovittaminen paikallisiin olosuhteisiin soveltuvaksi. Siten voidaan edistää olemassa olevien hoitosuositusten hyödyntämistä ja vähentää päällekkäisyyksiä hoitosuositusten laadinnassa. Toisessa kulttuurissa laaditun hoitosuosituksen onnistunut käyttöönotto edellyttää hoitosuosituksen hyvää käännoystötä ja hoitosuosituksen soveltuvuuden arviointia, jotta se vastaisi paikallisiin tarpeisiin ja sopisi paikalliseen kontekstiin (Infolaatikko 4).⁸²

Infolaatikko 4. Prosessi hoitosuosituksen sovittamiseksi paikallisiin olosuhteisiin soveltuvaksi

ADAPTE on järjestelmällinen tapa yhdessä kulttuurissa tai organisaatiossa laaditun, mutta toisessa kontekstissa sovellettavan hoitosuosituksen hyväksymiseen ja/tai muokkaamiseen.⁸² ADAPTE-prosessi sisältää kolme päävaihetta:

- valmisteluvaihe tarjoaa tietoa tarvittavista taidoista ja resursseista: vaihe, jonka tulee olla valmis ennen hoitosuosituksen sovittamista paikallisiin olosuhteisiin;
- seuraava vaihe sisältää aiheen valinnan, hoitosuositusten etsimisen ja hankkimisen (lupa hoitosuosituksen muokkaamiseen), hoitosuosituksen laadun, merkityksellisuuden, sisällön ja sovellettavuuden arvioinnin sekä päätöksen joko hylätä tai hyväksyä hoitosuositus (tai osa siitä) muokatun version luonnokseen ja;
- viimeinen vaihe sisältää ulkoisen arviointikierroksen ja suunnitelmat suosituksen lopullisen version päivityksestä ja tuottamisesta.

Alueellisella tasolla tapahtuva yhteistyö mahdollistaa tehokkaan tiedottamisen parhaista käytännöistä ja kehittämistarpeiden tunnistamisen paikallisesti. Terveystietoperustan palvelu- ja koulutusorganisaatioiden on hyvä tehdä aktiivista yhteistyötä alueellisen tietoperustan ja hoitotulosten parantamiseksi. Hoito- ja kättilötyön johtajien tehtävä on tehdä päätöksiä yhtenäisistä NPT:n kehittämisen strategisista suuntaviivoista alueellisella tasolla ja koordinoita kansallisten strategioiden täytäntöönpanoa.

Esimerkki 15. Alueellinen verkosto näytön levittämiseksi

Potilasturvallisuutta voidaan edistää kehittämällä yhtenäisiä käytäntöjä potilaiden kaatumisten ehkäisemiseksi. Kaatumisten ehkäiseminen edellyttää moniammatillista alueellista lähestymistapaa, jossa eri terveydenhuollon organisaatioita kannustetaan tekemään yhteistyötä. Suomessa toteutettiin alueellinen hanke kaatumisten ehkäisyn yhtenäisten käytäntöjen kehittämiseksi. Hankkeessa luotiin alueellinen verkosto, jonka tehtävänä oli ehkäistä iäkkäiden kaatumisia. Verkostoon osallistui 27 toimijaa kymmenestä organisaatiosta. Verkoston tavoitteena oli edistää muun muassa potilaiden, perheiden ja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tietoisuutta kaatumisten ehkäisystä. Tavoite saavutettiin koulutuksella, seuraamalla kaatumisten määriä eri organisaatioiden alueilla, edistämällä näyttöön perustuvia yhtenäisiä käytäntöjä ja laatimalla ohjeistuksia.⁸³

Organisaatioiden vastuulla on tarvittavien NPT:n tukirakenteiden kehittäminen, terveydenhuollon ammattilaisten osaamisen varmistaminen, tietojen kerääminen hoitotuloksista ja tarvittaessa käytäntöjen muuttaminen. Organisaatioiden vastuulla on myös kehittää näyttöön perustuvia työkaluja, jotka mahdollistavat NPT:n toteutumisen seurannan ja toimintaa koskevan palautteenannon johdolle. Keskeinen tekijä näytön levittämisen onnistumisessa on tehokkaat viestintäkanavat organisaatiossa. Näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen kehittäminen hoito- ja kättilötyössä edellyttää, että sairaanhoitajat ja kättilöt ovat tietoisia näyttöön perustuvista hoitosuosituksista, järjestelmällisistä katsauksista ja muista suosituksista, jotka muodostavat perustan yhtenäisille käytännöille ja hyvälle potilashoidolle. Organisaatioiden tulisi myös tukea positiivista NPT:n kulttuuria (ks. Luku 5).

Näytön hyödyntämiseen liittyy edelleen joitakin väärinkäsityksiä esimerkiksi koskien yksittäisten työntekijöiden roolia ja tutkimusnäytön hakua. Aikaisemmin ajateltiin, että jokaisen sairaanhoitajan ja kättilön tulee ensin määritellä ongelma, jonka ratkaisemiseksi he etsivät tutkimuksia, arvioida niiden menetelmällinen laatu, tulkita hyväksyttävien tutkimusten tuloksia sekä tehdä niistä johtopäätökset, joiden perusteella he ratkaisevat ongelman käytännössä.⁸⁴ Edellä mainitut yksittäistä työntekijää koskevat vaatimukset yhdessä työmäärän jatkuvan lisääntymisen ja samanaikaisen henkilöstövajeen kanssa ovat este NPT:n toteutumiselle. Muita tunnistettuja NPT:n esteitä ovat organisaatioon, johtajiin ja esimiehiin, ammattilaisiin ja näyttöön liittyvät tekijät. Näiden esteiden tunnistaminen on tärkeää, jotta näytön hyödyntäminen on mahdollista (Taulukko 3).⁸⁵

Tämän hetken suuntaus on, että tutkimusnäyttö tiivistetään asiantuntijaryhmien toimesta hoitosuosituksiin. Hoitosuositukset sisällytetään terveydenhuoltojärjestelmien kliniseen käytäntöön, jolloin parannetaan olemassa olevan näytön hyödyntämistä.^{21,90} Tärkeimmät vaiheet näytön hyödyntämisessä ovat:

1. parhaan saatavilla olevan näytön tunnistaminen ja saatavuus päätöksenteossa
2. näytön hyödyntäminen hoitoa koskevassa päätöksenteossa
3. näyttöön perustuvan päätöksen mukaisen toiminnan toteuttaminen.

Taulukko 3. Tunnistettuja NPT:n esteitä

Esteen tyyppi	Esimerkit
Organisaatioon liittyvät	<ul style="list-style-type: none"> • Puutteellinen tuki johdolta • Tukirakenteiden puute, rajalliset resurssit ja työkalut • NPT:aa tukevan organisaatiokulttuurin puuttuminen • Organisaation vanhentuneet menettelytavat • Hierarkkiset rakenteet • Moniammatillisen yhteistyön puute • Vanhentuneet ja kyseenalaistamattomat rutiinit • Resurssien puute
Johtajiin ja hallintoon liittyvät	<ul style="list-style-type: none"> • NPT:aa ei ole määritelty organisaation tavoitteeksi • Riittämätön sitoutuminen NPT:aan • Riittämätön tuki henkilöstölle • Riittämättömät valtuudet
Ammattilaisiin, työntekijöihin liittyvät	<ul style="list-style-type: none"> • Puutteelliset tiedot ja taidot NPT:sta • Hoitosuosituksen puutteellinen tuntemus • Negatiiviset asenteet • NPT:aa koskevat ennakkokäsitykset • Ajan puute • Erimielisyys hoitosuosituksista
Näyttöön liittyvät	<ul style="list-style-type: none"> • Laadukkaita tutkimuksia ei ole saatavilla • Suuri määrä tietoa • Epäselvät hoitosuositukset • Hoitosuosituksia ei ole päivitetty tai ne ovat puutteellisia

Työntekijöiden, kuten sairaanhoitajien ja kättilöiden tulee puolestaan sitoutua NPT:aan ja päivittää osaamistaan seuraamalla säännöllisesti oman alansa ammatillisia näytön lähteitä. Sairaanhoitajien ja kättilöiden tulee myös kehittää taitojaan parhaan saatavissa olevan näytön löytämiseksi ja sen asianmukaisen käytön varmistamiseksi kliinisessä käytännössä.

Organisaatiotasolla, johtajien ja asiantuntijasairaanhoitajien ja -kättilöiden tehtävänä on varmistaa, että tiivistetyn tiedon lähteet ovat työntekijöiden saatavilla.²⁷ Terveydenhuollon asiantuntijoiden nimikkeet, roolit ja tehtävät, kuten asiantuntijasairaanhoitaja tai hoitotyön asiantuntija, vaihtelevat kansallisesti ja maailmanlaajuisesti. Kansallisella tasolla yhdenmukaisuuden puute vaikeuttaa osaamisen tunnistamista ja hyödyntämistä hoito- ja kättilötyössä, ja siten hankaloittaa asiantuntija-asemassa toimivien työn vaikutusten arviointia potilaille, henkilökunnalle ja organisaatiolle.⁹¹ Siksi edellä mainituissa tehtävissä toimivien roolit ja niihin liittyvät osaamisvaatimukset tulee määritellä, ja tehostaa heidän yhteistyötään NPT:n kehittämisessä.

Nykyinen käsitys NPT:sta perustuu erilaista osaamista omaavien terveydenhuollon ammattilaisten väliseen yhteistyöhön.⁹² Asiantuntijuustoimintamalli (eng. *Action Model of Expertise*, AME) otettiin Suomessa käyttöön näyttöön perustuvan terveydenhuollon edistämiseksi. Se koostuu neljästä eri asiantuntijatyypistä ja heidän ydinosaamisestaan, painottaen erityisesti NPT:aa ja sen käyttöönottoa (Taulukko 4).

Taulukko 4. Asiantuntijuustoimintamalli

Asiantuntijuustyyppi	KLIINISESSÄ HOITOTYÖSSÄ TOIMIVAT HOITAJAT	KLIINISESTI ERIKOISTUNEET HOITAJAT	KLIINISEN HOITOTYÖN ASIAANTUNTIJAT	KLIINISEN HOITOTIETEEN ASIAANTUNTIJAT
Osaamisen tavoite	<ul style="list-style-type: none"> Vahva kliinisen hoitotyön ja tiedon soveltamisen osaaminen Työ- ja toimintayksikön tuntemus 	<ul style="list-style-type: none"> Vahva erityisosaaminen Tiedon soveltamisen osaaminen Kehittämisaosaaminen Työ ja toimintayksikön tuntemus 	<ul style="list-style-type: none"> Oman kliinisen alueen vahva osaaminen Vahva kehittämisosaaminen Tutkimusosaaminen Järjestelmän tuntemus 	<ul style="list-style-type: none"> Vahva kliinisen alueen tutkimus- ja kehittämisosaaminen Johdantiosaaminen Järjestelmän tuntemus
Osaamisen painotus	<ul style="list-style-type: none"> Kliinisen hoitotyön osaaminen Asiakaskohtaisen tiedon käyttö ja soveltaminen Tutkimuksen ja kehittämisen osaaminen sekä näiden johtaminen Tiedon tuottaminen ja levittäminen toimintayksikössä ja alueella 			
Toiminta näyttöön perustuvien (NP) käytäntöjen käyttöönotossa	<ul style="list-style-type: none"> NP-tiedon käyttö ja soveltaminen hoitotyössä Asiantuntemuksen ajantasalla pitäminen ja syventäminen 	<ul style="list-style-type: none"> NP-tiedon käyttö ja soveltaminen omalla erikoisalalla NP-käytäntöjen käyttöönoton ohjaus ja tuki työyksikössä Asiantuntemuksen ajantasalla pitäminen ja syventäminen 	<ul style="list-style-type: none"> Tieteellisen tiedon soveltaminen Käytäntöjen yhtenäistäminen toimintayksiköissä ja alueella NP-käytäntöjen kehittäminen ja käyttöönoton tuki Tiedon levittäminen ja käytön seuraaminen 	<ul style="list-style-type: none"> Hoitotyön suositusten laatiminen Arviointimenetelmien kehittäminen Interventio- ja vaikuttavuustutkimusten toteuttaminen NP käytäntöjen toimeenpanon arviointi Kehittämisen ja tutkimushankkeiden johtaminen Asiantuntijuuden kehittämisen tuki
Vaikutusalue	Potilas / Asiakas		Henkilökunta / Organisaatio	

Lähde: Hotus⁹³, STM⁷⁹, suomenkielinen käännös: Hotus

Kliinisen hoitotyön asiantuntijat ovat pitkälle erikoistuneita ammattilaisia, yleensä maisteritason tutkinnon suorittaneita. Heillä on perustason tutkimustaidot eli he osaavat etsiä ja levittää tiivistettyä näyttöä ja vahvistaa NPT:aa.

Kliiniset hoitotieteen asiantuntijat ovat heitä enemmän tutkimukseen suuntautuneita. Yleensä heillä on tohtorintutkinto. He johtavat implementointiprojekteja, arvioivat NPT:aa ja ovat keskeisessä asemassa NPT:n levittämisessä sekä organisaatioissa, että paikallisella ja kansallisella tasolla.

Asiantuntijuustoimintamallin keskeisin tekijä on saumaton yhteistyö eri asiantuntijoiden välillä. Malli sallii kaikkien asiantuntijoiden keskittymisen omaan perustoimintaansa, joko suoraan potilaan hoitoon tai näytön käytäntöön levittämiseen liittyen. Mallin mukaan NPT toteutuu hoitotyön käytännössä; sairaanhoitajat ja erikoistumisopintoja suorittaneet tekevät kliinistä hoitotyötä potilaiden parissa ja tarvitsevat työssään näyttöön perustuvaa tietoa tiivistetyssä muodossa, esimerkiksi järjestelmällisinä katsauksina ja hoitosuosituksina. Kliinisen hoitotyön asiantuntijat ja kliinisen hoitotieteen asiantuntijat hakevat, arvioivat, tiivistävät ja levittävät näyttöä käytännön työhön. Tutkimuksen on näin osa käytännön työtä ja sen toteutumiseen voidaan vaikuttaa organisaationkulttuurilla, johdon tuella ja urapoluilla. Näitä asioita tulee käsitellä myös heidän koulutuksessaan.²⁷

Asiantuntijuustoimintamalli osoittaa eri asiantuntijoiden toiminnan painopisteen: esimerkiksi kliinisessä hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien ja erikoistumisopintoja suorittaneiden sairaanhoitajien toiminnan painopiste on potilaiden ja asiakkaiden kanssa työskentelyssä sekä näytön hyödyntämisessä heidän hoidossaan. Kliinisen hoitotyön asiantuntijoiden ja kliinisen hoitotieteen asiantuntijoiden toiminnassa korostuu yhteistyö henkilöstön kanssa sekä näyttöön perustuvan tiedon levittäminen, sen käyttöönoton edistäminen organisaatiossa, ja siten potilaiden hoidon kehittäminen. Asiantuntijuustoimintamallin sisältämien asiantuntijoiden lisäksi hoitotyössä on joukko ammattilaisia, joiden rooli NPT:ssa ja sen kehittämisessä on vasta kehittymässä (esim. lähihoitajat). Globaalisti eri asiantuntijoiden nimikkeissä, rooleissa ja tehtävissä on edelleen epäjohtonmukaisuutta, joten niiden selkiyttämistä tarvitaan edelleen.

Esimerkki 16. Viitekehys valmistumisen jälkeiseen urakehitykseen Iso-Britanniassa (Skotlanti)⁹⁴

Viitekehys⁹⁴ tukee hoito- ja kättilötyön sekä muun terveydenhuollon ammattihenkilöstön jatkuvia ja muuttuvia osaamistarpeita. Siinä yksilöidään viisi asiantuntijuustasoa keskeisten käytännön toimintaan liittyvien näkökohtien kautta, jotka ovat siirrettävissä yli ammatti- tai erikoisalojen. Jokaisesta asiantuntijuustasosta kuvataan siihen liittyvät ominaisuudet ja esitetään vaadittava osaaminen. Viitekehys kattaa neljä peruspilaria, jotka ovat: 1) kliininen käytäntö; 2) oppimisen edistäminen; 3) johtajuus; sekä 4) näyttö, tutkimus ja kehittäminen. Jokainen pilari on jaettu käytännön osa-alueisiin, mukaan lukien näytöstä käytäntöön -osio. Käytännön toimintaan liittyvät keskeiset näkökohdat on kuvattu kullakin tasolla sisältäen esimerkkejä vastuualueista, ydintiedosta, -taidoista ja -toiminasta sekä mahdollisuuksista koulutukseen ja ammatilliseen kehittämiseen.

Esimerkki 17. Organisaation prosesseja koskevat innovaatiot

Asiantuntijuustoimintamallia hyödynnettiin kehitettäessä terveydenhuollon näyttöön perustuvia käsihygieniakäytäntöjä. Vuonna 2010 Oulun yliopistollinen sairaala liittyi Suomen JBI-keskukseen, jonka isäntäorganisaationa toimii Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus). Sairaalan ja Hotuksen yhteistyöhankkeessa pilotoitiin JBI:n näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönottoon tarkoitettuja työkaluja. Hanke perustui kliinisen hoitotyön asiantuntijan ja kliinisen hoitotieteen asiantuntijan väliseen yhteistyöhön. Kliinisen hoitotyön asiantuntija toimi hoitotyön esimiehenä sairaalainfektioiden torjuntayksikössä ja hänellä oli vahvaa osaamista infektioiden torjunnasta sairaalassa. Kliinisen hoitotieteen asiantuntijan tehtävänä oli yhdistää tieteellistä ja käytännön tietoa NPT:ssa. Hänellä oli asiantuntemusta JBI-työkalujen kehittämisestä ja soveltamisesta terveydenhuollossa.

Tähän jatkuvan laadun parantamisen periaatteella toteutettuun hankkeeseen rekrytoitiin sairaanhoitajia, jotka olivat erikoistuneet infektioiden torjuntaan. Hanke sisälsi säännöllisen käsihygieniakäytäntöjen arvioinnin ja tulosten raportoinnin JBI:n PACES – auditointityökalua (Practical Application of Clinical Evidence System)¹⁵ hyödyntäen sekä tarvittavien muutosten suunnittelun yhteistyössä yksikön johtajan ja hoitotyön esimiehen kanssa. Osallistujat informoivat kliinisessä hoitotyössä toimivia sairaanhoitajia ja muuta henkilökuntaa oikeaoppisesta käsihygieniasta koskevan ohjeistuksen käyttöönotosta.

5. NÄYTTÖÖN PERUSTUVAN KULTTUURIN VAKIINNUTTAMINEN TERVEYDENHUOLLOSSA

NPT:n kehittäminen on edelleen ajankohtaista. Kehitystyön painopisteenä on NPT:n käyttöönotto kliinisessä päätöksenteossa ja hoidon laadun parantaminen. Eri terveyspalvelujärjestelmille yhteistä on niiden muuttuva luonne, joka edellyttää jatkuvaa terveydenhuollon kehittämistä.⁸ Euroopan alueella maiden tulee jatkuvasti pyrkiä luomaan, tukemaan ja ylläpitämään näyttöön perustuvaa kulttuuria terveydenhuollossa NPT:n todellisen hyödyn saavuttamiseksi. NPT:n kulttuurin tukeminen on erittäin tärkeää sekä kehitysmaissa ja kehittyneissä maissa, siitäkin huolimatta, että terveydenhuollon painopistealueet vaihtelevat. Dans & Dans⁹⁵ perustelevat NPT:n tarvetta kehitysmaissa, joille on ominaista rajalliset resurssit ja lääkevalvonta sekä rajallinen mahdollisuus tarjota tieteellistä jatkokoulutusta. NPT voi esimerkiksi helpottaa niukkojen resurssien kohdentamista tehokkaimmiksi osoitettuihin hoitomenetelmiin ja viime kädessä pienentää näiden maiden terveydenhuoltokuluja.⁹⁵ Ennen niukkojen resurssien jakamista, kehitysmaiden poliittisten päättäjien ja terveydenhuollon ammattilaisten tulee tarkastella terveydenhuollon painopistealueita sekä interventioden vaikuttavuutta ja niiden mahdollisia hyötyjä ja haittoja.⁹⁶

Terveydenhuollon ympäristöt ovat monimutkaisia. Mikään yksittäinen ja suoraviivainen lähestymistapa ei välttämättä aina toimi NPT:n käyttöönotossa.⁸ Paikallisesti näytön hyödyntäminen ja käyttöönoton toteuttaminen edellyttävät yhteistyötä ja eri sidosryhmien osallistumista sekä jatkuvaa alueellisten tiedontarpeiden analysointia. Erityisesti tulee kiinnittää huomiota sosiaalisten, kulttuuristen, historiallisten, organisatoristen ja yksilöllisten tekijöiden rooliin kliinisessä päätöksenteossa.⁸ Terveydenhuollon organisaatiot toimivat hyvin erityyppisillä alueilla, minkä vuoksi tulee myös arvioida eri terveydenhuollon ympäristöjä (globaalit, kansalliset, alueelliset ja organisatoriset) ja niiden NPT:n kulttuuria sekä valmiutta toteuttaa NPT:aa.^{28,97} NPT:n toteutumiseksi tulee tunnistaa myös organisaation kulttuuriin ja johtamiseen liittyviä tekijöitä.²³ NPT:n kehittäminen lähtee liikkeelle tutkimusta arvostavan kulttuurin luomisesta, jota voidaan kuvata NPT:aa tukevaksi kulttuuriksi ja ympäristöksi. Siinä rohkaistaan ja tuetaan ilmapiiriä, missä terveydenhuollon ammattilaiset rutiininomaisesti nostavat esiin klinisiä kysymyksiä toiminnan kehittämiseksi.^{47,49}

Terveydenhuollon organisaatioilla on tavoitteena vähentää hoitovirheitä ja parantaa potilasturvallisuutta. NPT vastaa näihin haasteisiin parantamalla hoidon laatua.⁵⁹ Laadun parantamiseksi, organisaatioiden tulisi keskittyä NPT:aa tukevan kulttuurin vakiinnuttamiseen, suorituskyvyn kasvattamiseen sekä NPT:n onnistuneen käyttöönoton varmistamiseen.^{8,98} Turvallista ja tehokasta hoitoa tarjoavilla, luotettavilla terveydenhuollon organisaatioilla on paljon yhteistä NPT-kulttuurin kanssa. Niitä koskevat ominaisuuksia ovat⁵⁹:

- sitoutuminen laadukkaan hoidon toteuttamiseen, potilasturvallisuuteen ja kustannusten alentamiseen
- vahva johtajuus
- prosessien ja järjestelmien suunnittelun painottaminen
- poikkitieteellinen tiimityö

- tehokas kommunikointi
- parhaiden käytäntöjen ja menettelytapojen toteuttaminen ja yhtenäistäminen
- ympäristö, joka edistää tutkimusta arvostavaa toimintatapaa ja jatkuvaa oppimista
- jatkuvaan prosessien kehittämiseen keskittyminen
- tulosten seuranta ja arviointi.

Johtajien vastuulla on sitouttaa henkilökuntaa, tukea NPT-kulttuuria ja jakaa resursseja NPT:n mahdollistamiseksi tarvittavan infrastruktuurin aikaansaamiseksi.^{56,62} Näin voidaan edistää työympäristöä, jossa ammattilaiset tuntevat sitoutuneensa klinisiin päätöksiin ja heillä on taitoja perustaa toimintansa parhaaseen saatavissa olevaan näyttöön.⁵⁶

Esimerkki 18. Monipuolinen NPT:n mentorointiohjelma

Monipuolinen NPT:n mentorointiohjelma⁶² sisälsi kaksipäiväisen intensiivisen työpajan, joka oli suunnattu hoitotyön johtajille, joiden katsottiin todennäköisimmin toimivan koko organisaation NPT:n mentoreina. Työpajan tavoitteena oli parantaa osallistujien kykyä käyttöönottaa NPT omissa työyksiköissään. Työpaja sisälsi mentorointitaitoja kehittäviä aktiviteetteja. Näitä olivat esimerkiksi lounaiden yhteyteen järjestetyt työpajat keinoista vahvistaa NPT:n mentorointitaitoja, lomalla pidetyt teekutsut NPT:n mentoreiden ja hoitotyön johtajien juhlistamiseksi ja tukemiseksi sekä vuorovaikutteiset luennot NPT:n perusasioista. Tulokset antavat viitteitä siitä, että ohjelmalla voi olla pysyviä ja myönteisiä vaikutuksia sairaanhoitajien käsityksiin organisaatiokulttuurista ja NPT:sta sekä sen käyttöönotosta.

Organisaation toimintaympäristö ja kulttuuri

NPT:lla saavutetaan laadukkaita hoitotuloksia, kun se toteutetaan hoitoympäristössä, jossa vallitsee NPT:aa tukeva organisaatiokulttuuri (Infolaatikko 5)²⁸. Toimintaympäristön ominaisuudet voidaan asettaa jatkumolle (heikko-vahva), jossa vahvoja ominaisuuksia sisältävässä toimintaympäristössä on määritelty toiminnan rajat selkeästi ja jossa on²²:

- käytössä tiedonhallinta- ja palautejärjestelmät,
- asianmukaiset resurssit,
- selkeä ymmärrys toimi- ja käskyvallasta,
- asianmukaiset ja läpinäkyvät päätöksentekoprosessit,
- myötämielinen suhtautuminen muutoksia kohtaan.

Infolaatikko 5. Organisaatiokulttuuri

Organisaation kulttuuria koskeva tieto "koostuu uskomuksista, joita se pitää todellisena kokemuksissa ja havainnoissa, ja joiden se katsoo ilmentävän itseään ja ympäristöään".⁹⁹ Jaetut uskomukset muokkaavat organisaation tarkoitusta ja identiteettiä sekä määrittävät uuden informaation ja tiedon arvon. Organisaatiokulttuuria koskevat tekijät määrittävät niin kutsutun organisaation ilmapiirin, ja ne voivat olla suurelta osin tiedostamattomia.⁹⁷

Toimintaympäristön ja kulttuurin välinen suhde on monimutkainen. McCormack kollegoineen²² toteaa seuraavaa:

Toimintaympäristön ymmärtäminen sinä ympäristönä, jossa näytön käyttöönotto, hyödyntäminen ja näytön tuottaminen voivat tapahtua, helpottaa kulttuurin ymmärtämistä toimintaympäristön ominaisuutena, joka muokkaa käytännön dynamiikkaa ja sen muutosta.

Positiivinen organisaatiokulttuuri johtaa parempaan tiedon ja tutkimusnäytön hyödyntämiseen, mikä puolestaan vaikuttaa merkittävästi potilaan hoitotuloksiin ja potilasturvallisuuteen.^{99,100} Organisaatiokulttuuri voidaan tunnistaa ja luokitella kolmeen tyypilliseen tapaan sen mukaan, miten organisaatiot käsittelevät tietoa (Taulukko 5): 1) patologinen (vääristynyt), 2) byrokraattinen ja 3) generatiivinen (tuottava).¹⁰⁰ Patologiset, valtaorientoituneet organisaatiot tekevät hyvin vähän yhteistyötä ja niissä tietoa käytetään valtataisteluiden henkilökohtaisena resurssina. Byrokraattiset organisaatiot ovat sääntö-orientoituneita ja tekevät kohtuullisessa määrin yhteistyötä. Tietoa jaetaan tavanomaisten kanavien tai toimintatapojen kautta. Tiedon jakaminen on altis epäonnistumisille poikkeus- tai kriisitilanteissa. Generatiiviset organisaatiot ovat suoritusorientoituneita, joissa toiminnanlinjauksia tehdään tavoitteiden pohjalta ja joissa uudet ideat ovat tervetulleita.⁹⁹ Uutta tietoa pyritään etsimään tietoisesti ja tiimin jäseniä pidetään ajan tasalla. Johtajuudella on avainrooli generatiivisessa kulttuurissa, jossa tietoisuus ja voimaantuminen korvaavat epäluuloisuuden, eristäytymisen ja passiivisuuden.¹⁰⁰

NPT:n vakiintuminen edellyttää, että siitä tulee osa organisaatiokulttuuria.⁹⁷ Siksi generatiivisella organisaatiokulttuurilla on iso merkitys NPT:n edistämisessä.

Taulukko 5. NPT:aan vaikuttavat tiedonkäsittelykulttuurit

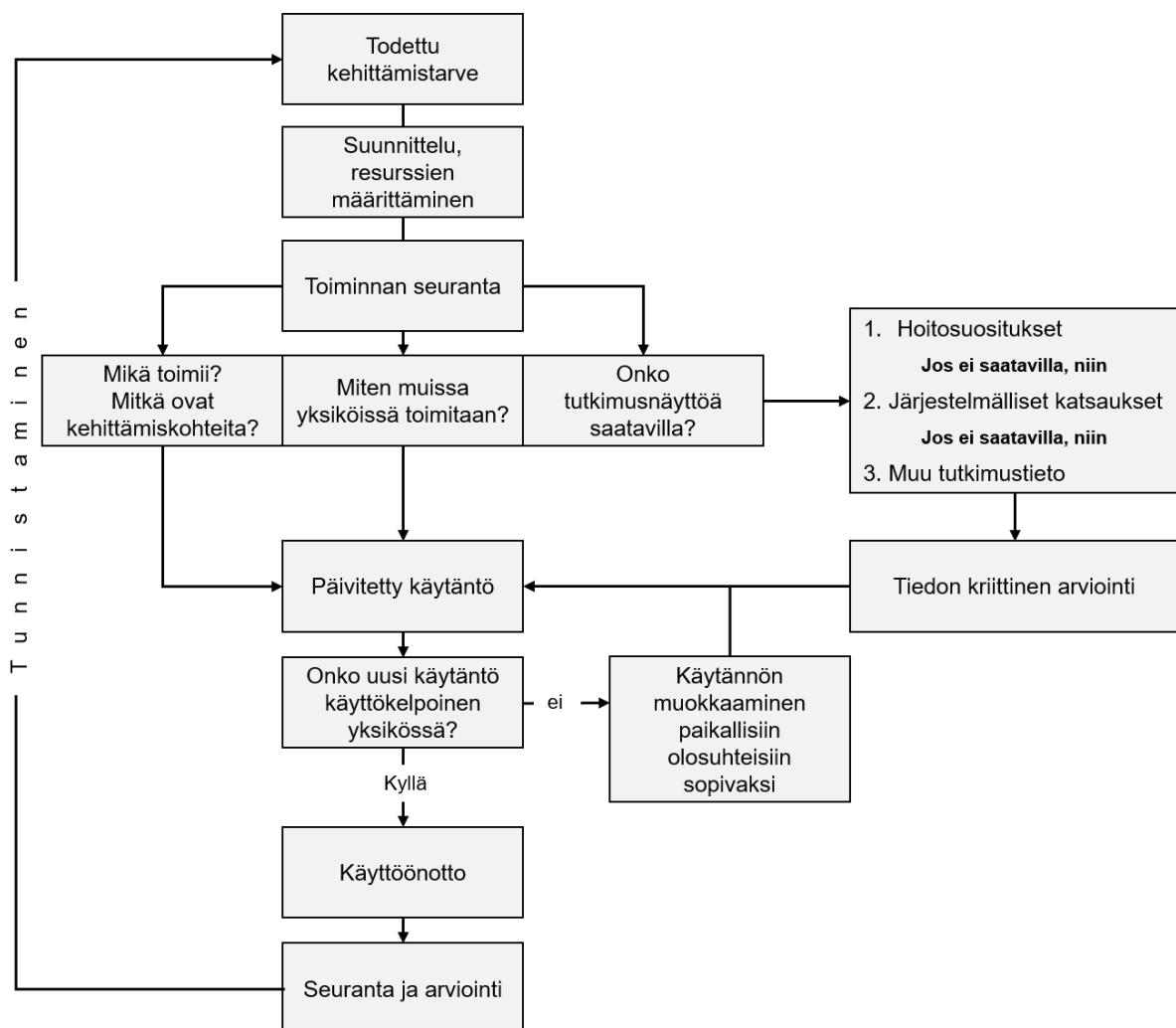
	Patologinen: valtaorientoitunut	Byrokraattinen: sääntöorientoitunut	Generatiivinen: suoritusorientoitunut
Havaitseminen	Ei haluta tietää	Ei välttämättä selvitetä	Etsitään aktiivisesti tietoa
Viestintuojat	Ei oteta vastaan	Ollaan välittämättä	Koulutettuja
Vastuu	Vastuuta vältellään	Vastuuta lokeroidaan	Vastuuta jaetaan
Jakaminen	Jakaminen estetty	Jakaminen sallittu, mutta laiminlyöty	Jakamisesta palkitaan
Epäonnistumiset	Rangaistaan tai niitä peitellään	Suhtautuminen oikeudenmukaista ja armollista	Tutkitaan ja reflektoidaan
Uudet ideat	Muserretaan aktiivisesti	Aiheuttavat ongelmia	Toteutetaan
NPT	Uhka ammatilliselle arvovallalle	Etenee hitaasti ja hierakkisesti	Kehitetään ja toteutetaan aktiivisesti

Lähde: pohjautuen Choo⁹⁹ ja Westrum¹⁰⁰

NPT:n jatkuva kehittäminen

Terveydenhuollon käytäntöjen kehittäminen tai edistäminen organisaatiossa edellyttää nykykäytännön¹⁰¹, tiedon tarpeiden⁸ ja mahdollisten muutosta koskevien esteiden^{102,103} tunnistamista (Kuvio 7).

Ongelman ja kohderyhmän ymmärtäminen on välttämätöntä.¹⁰² Monimutkaisten muutosten suunnittelussa on otettava huomioon toimintaympäristö, uuden innovaation luonne ja muutokseen liittyviä ammattilaisia ja potilaita koskevat ominaisuudet.¹⁰³ Organisaation valmius muutokseen edellyttää tarvittavaa tietoa, taitoja, resursseja ja tukea. Organisaation valmiutta koskeva analyysi voidaan luokitella koskemaan organisaatiokulttuuria, infrastruktuuria ja resursseja.⁹⁷



Lähde: ©Hotus

Kuvio 7. Yhtenäisten käytäntöjen kehittämisen vaiheet

Nykytilanteen tai -käytännön kuvaaminen on osa käytäntöjen kehittämistä koskevaa suunnitteluprosessia. Tämä voidaan tehdä hyödyntäen seuraavia kysymyksiä:

- Mikä toimii?
- Mikä ei toimi?
- Millainen käytäntö on vastaavanlaisissa organisaatioissa?
- Onko aiheesta saatavilla tutkimusnäyttöä?

Näytön luokitteluun voidaan käyttää erilaisia lähestymistapoja, kuten JBI:n näytön vahvuuden tasoja (eng. JBI levels of evidence).¹⁰⁴ JBI-malli näyttöön perustuvasta terveydenhuollosta kuvaa erilaisia näytön muotoja, joita voidaan käyttää kliinisessä päätöksenteossa: hoitosuositukset, näytön tiivistelmät, järjestelmälliset katsaukset, diskurssi, asiantuntijoiden konsensus ja tutkimus.⁸ Kansainvälisiä tietokantoja (kuvattu Liitteessä 1) voidaan käyttää järjestelmällisten katsausten tai parhaita käytäntöjä koskevien suositusten etsimisessä. Edellisessä luvussa esitetty ADAPTE-prosessi tarjoaa järjestelmällisen lähestymistavan hoitosuosituksen mukauttamiseen toisenlaiseen kulttuuriseen ja organisatoriseen toimintaympäristöön. Olemassa olevaa näyttöä tulee arvioida ja hyödyntää kehittämistoiminnan tai innovaation suunnitteluvaiheessa. Uuden lähestymistavan soveltuvuutta tulee arvioida, ja jos se osoittautuu soveltumattomaksi, sitä tulee muokata asianmukaisesti.^{8,101}

Kuten kuviossa 7 on esitetty, seuraava vaihe yhtenäisten käytäntöjen kehittämisessä on tukea innovaation käyttöönottoa. On olemassa useita malleja, jotka auttavat käytännön työtä tekeviä tässä vaiheessa.

Näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen käyttöönotossa tulee hyödyntää järjestelmällistä lähestymistapaa halutun lopputuloksen varmistamiseksi. Pathman kollegoineen¹⁰⁵ kehitti Tietoisuudesta sitoutumiseen –mallin. Se koostuu vaiheista, jotka liittyvät hoitosuosituksen noudattamiseen: tietoisuus, hyväksyminen, omaksuminen ja sitoutuminen (Infolaatikko 6).

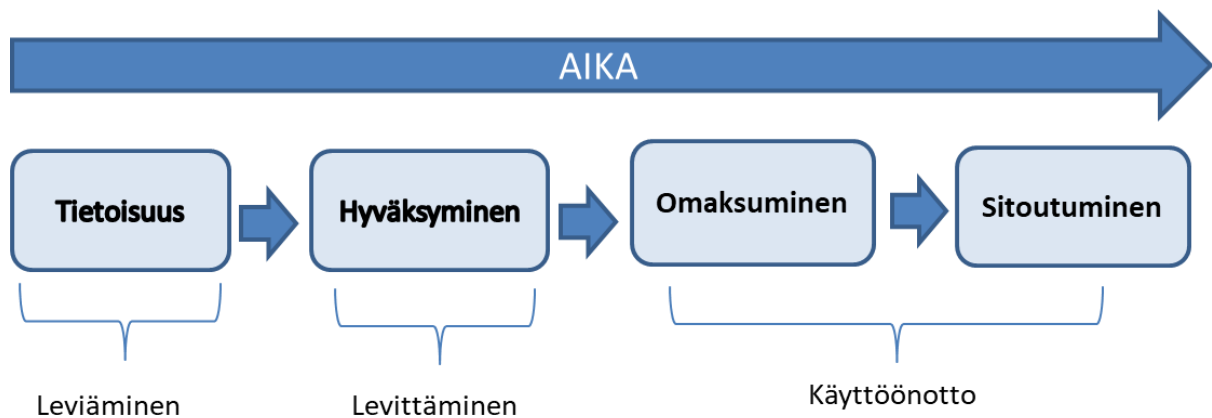
Infolaatikko 6. Tietoisuudesta sitoutumiseen -malli

Malli¹⁰⁵ kuvaa kognitiivisia ja toimintaan liittyviä vaiheita, joita terveydenhuollon ammattilaiset käyvät läpi ennen näyttöön perustuvien hoitosuosituksen noudattamiseen sitoutumista. Vaiheet ovat:

- tietoisuus: ammattilainen on tullut tietoiseksi hoitosuosituksesta
- hyväksyminen: ammattilainen on samaa mieltä hoitosuosituksen kanssa
- omaksuminen: ammattilainen noudattaa hoitosuositusta hoitaessaan joitakin potilaita
- sitoutuminen: ammattilainen noudattaa rutiininomaisesti hoitosuositusta kaikkien potilaiden kohdalla, joiden hoitoon se soveltuu

Tietoisuutta kuvaavassa vaiheessa tapahtuu hoitosuosituksen tai innovaation levittäminen (kuvio 8). Levittämiseen vaikuttavia tekijöitä ovat: innovaatio, viestintäkanavat, aika ja sosiaalinen järjestelmä.¹⁰⁶ Varsinaisessa päätöksentekoprosessissa on viisi vaihetta: tieto, harkinta, päätös, käyttöönotto ja vahvistaminen.¹⁰⁶ Tietoa jaetaan levittämisen aikana. Tätä

seuraa harkinta ja päätöksenteko, jolloin yksilö punnitsee innovaation mahdollisia hyötyjä ja haittoja. Kahdessa viimeisessä vaiheessa yksilö testaa ja päättää, jatketaanko innovaation toteutusta käytännössä.



Lähde: © Hotus

Kuvio 8. Näytön välittyminen tietoisuudesta sitoutumiseen -mallin vaiheissa

Tietoisuutta kuvaavassa vaiheessa edellytetään hoitotyön johtajilta, että he edistävät työntekijöiden tietoisuutta hoitosuosituksesta tehostetun viestinnän, markkinoinnin ja seurantajärjestelmien avulla. Näin mahdollistetaan sairaanhoitajien ja kättilöiden tietoisuuden lisääntyminen.¹⁰¹ Tiedon levittämistä kuvaavaa mallia voidaan hyödyntää hoitotyössä edistämään uusien NPT:aan liittyvien innovaatioiden käyttöönottoa.¹⁰⁷

Innovaatioiden levittäminen tapahtuu tietoisuudesta sitoutumiseen -mallin *hyväksymisvaiheessa*.¹⁰⁵ Levittäminen on "kohdennettua tiedon ja materiaalin jakamista tietyille kansanterveyteen tai kliiniseen käytäntöön liittyvälle kohderyhmälle".¹⁰⁸ Tässä vaiheessa johdon tulee esittää selkeät perustelut innovaatiolle sisältäen innovaatioon liittyvät riskit, hyödyt ja kustannukset sekä arvioida henkilökunnan innovaatioon liittyvät tiedot, asenteet ja uskomukset liittyen kyseiseen innovaatioon.¹⁰¹ *Omaksumis- ja sitoutumisvaiheet* sisältävät muutoksen jalkauttamisen hoitotyön arkeen. Käyttöönottoon sisältyy "toimintasuunnitelmia näyttöön perustuvien terveysinterventioiden omaksumiseen ja integroitumiseen sekä toimintatapojen muuttamiseen tietyissä ympäristöissä".¹⁰⁸ Omaksumista ja sitoutumista edistääkseen tulee johtajan tarjota selkeät ohjeet tavoiteltavasta muutoksesta, pyrkiä edistämään yhtenäisiä käytäntöjä ja tiedottaa sidosryhmiä muutoksista. Johtajien tulee pyrkiä motivoimaan, kouluttamaan ja tarjoamaan työntekijöille kannustimia. Johtajilla tulisi olla suunnitelma lopputulosten jatkuvasta arvioinnista.¹⁰¹

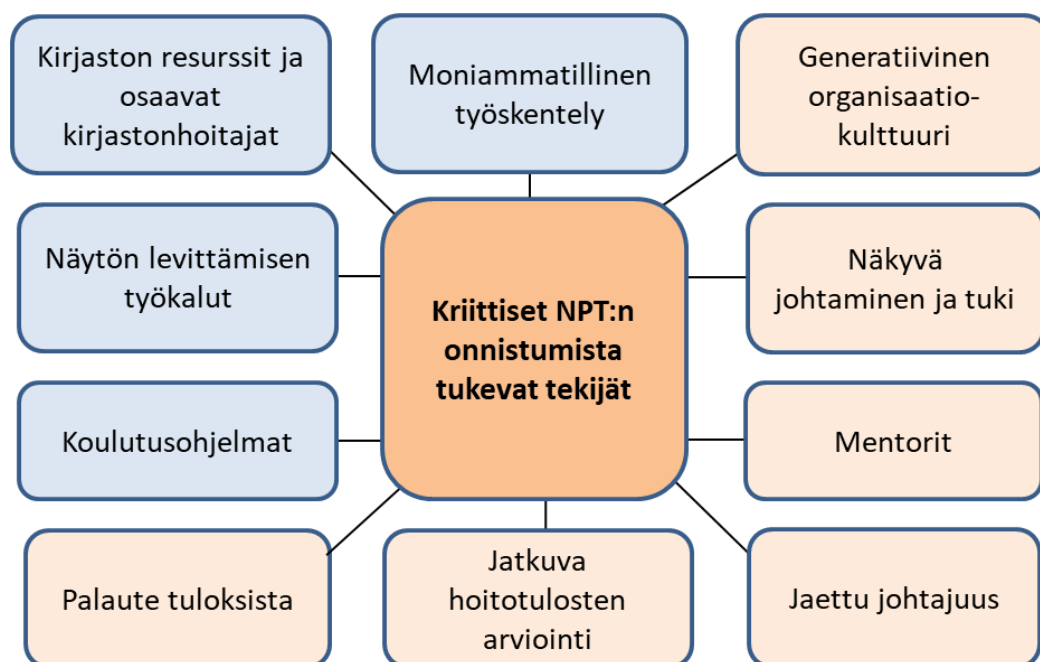
Tietoisuudesta sitoutumiseen -malliin liittyvän tutkimusnäytön mukaan, sitoutuminen tapahtuu rutiinimaisesti arviolta vain noin kolmasosassa tapauksia.¹⁰⁹ NPT:n omaksumisen monimutkaisuus onkin huomioitava, kun suunnitellaan innovaatioita. Onnistunut NPT:n omaksuminen ja vakiintuminen edellyttävät, että sen omaksuvat sekä yksittäiset hoitotyöntekijät, johtajat että poliittiset päättäjät.⁴ Yksittäiset tiimin jäsenet eivät voi yksin onnistuneesti tukea ja ylläpitää NPT:n käytäntöjä, vaan yhteistyö on välttämätöntä.⁸ Tärkeää on siis, että sekä johto että sairaanhoitajat ja kättilöt tunnistavat tehtävänsä ja vastuunsa NPT:n kehittämisessä ja sitä tukevan kulttuurin ylläpitämisessä.¹

6. ONNISTUMISTA EDISTÄVÄT TEKIJÄT

Olennaista on, että hoito- ja kättilötyön johtajat sitoutuvat näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen kehittämiseen. Näyttöön perustuvien hoito- ja kättilötyötä koskevien hoitosuosituksen ja järjestelmällisten katsausten käyttö edellyttää uutta ajattelutapaa, jossa tunnustetaan luotettavin saatavilla oleva näyttö, jota voidaan soveltaa käytännön työhön. Yhteistyö terveydenhuollon organisaatioiden ja koulutusorganisaatioiden välillä on edellytys sairaanhoitajien ja kättilöiden NPT:n osaamisen tukemiseksi.

Henkilöstön osaaminen ja NPT:n peruseriaatteiden ymmärtäminen ovat tärkeitä onnistumisen edellytyksiä NPT:n käyttöönotolle terveydenhuollossa. Henkilöstölle tulee tarjota kehittymismahdollisuuksia, jotta he voivat osallistua kehittämistyöhön (mm. näytön tiivistämiseen ja käyttöönottoprojekteihin), jotka edesauttavat NPT:aa ja parantavat käytäntöä sekä muita potilaan hoitotuloksiin vaikuttavia toimintoja. NPT:n kehittämisessä kaikilla toimijoilla tulisi olla ennalta määritellyt roolit saumattoman yhteistyön takaamiseksi.

Kuviossa 9 esitetään NPT:n infrastruktuuriin onnistuneeseen käyttöönottoon ja ylläpitämiseen tarvittavat menestystekijät.⁶¹ Johtamiseen liittyy kuusi tekijää: 1) generatiivinen (tuottava) organisaatiokulttuuri, 2) jaettu johtajuus, 3) mentorit, 4) tuloksia koskeva palaute, 5) näkyvä johtaminen ja tuki sekä 6) jatkuva hoitotulosten arviointi. Organisaatiot, joissa Fitzsimonsin ja Cooperin tutkimus tehtiin, hoitotyön johtajat olivat NPT:n puolestapuhujia ja kohdensivat tarvittavia resursseja NPT:n käyttöönottoon. He pyrkivät sitouttamaan henkilöstöä NPT:aan antamalla palautetta potilaiden hoitotuloksista.⁶¹



Lähde: mukailen Fitzsimons & Cooper⁶¹

Kuvio 9. Onnistuneeseen NPT:n infrastruktuuriin liittyvät tekijät

NPT:n onnistumista edistäviin tekijöihin kuuluu NPT:n *mentorien* käyttö. Mentoreilla on merkittävä rooli NPT:ssa. He ovat mielipidevaikuttajia ja he voivat henkilöstön sitoutumisessa NPT:aan. *Jaetussa johtajuudessa* huomioidaan henkilöstön käsitykset NPT:aan sitoutumisesta ja sen käyttöönotosta. Henkilöstöä tulee kannustaa osallistumaan NPT:n projekteihin ja päätöksiin, jotka liittyvät heidän toteuttamaansa hoitoon. Onnistunut NPT:n infrastruktuuri edellyttää myös huomion kiinnittämistä *kirjaston resursseihin ja klinisiin aiheisiin perehtyneisiin kirjastonhoitajiin, levittämiseen tarvittaviin työkaluihin, moniammatilliseen työskentelyyn* ja henkilöstön osaamista tukeviin *koulutusohjelmiin* NPT:n onnistuneen käyttöönoton varmistamiseksi.⁶¹

NPT:n edistämisen ja terveydenhuollon innovaatioiden perimmäinen tavoite on varmistaa oikeudenmukaisten, kohtuuhintaisten, potilaslähtöisten ja korkealaatuisten terveydenhuollon palvelujen turvaaminen väestölle. Näyttöön perustuva terveydenhuolto pyrkii edistämään potilaiden terveyttä ja potilasturvallisuutta, ja samalla tuottamaan hoitoa kustannustehokkaasti parantaen potilaiden hoitotuloksia ja terveydenhuoltojärjestelmien tuloksia.

Näyttöön perustuvaa toimintaa koskevat suositukset

Tämän julkaisun pohjalta ehdotetaan seuraavia suosituksia NPT:n onnistuneeseen kehittämiseen hoito- ja kättilötyössä.

Suositus 1. Määrittele kansalliset ja paikalliset näytön tiivistämistä tukevat rakenteet

Vaikka tutkimusta tehdään yhä enemmän, luotettavia tutkimusnäytön tiivistelmiä ei ole saatavilla kaikista hoito- ja kättilötyöhön liittyvistä aiheista. Jos tiivistettyä tutkimusnäyttöä ei ole saatavana, tulee kansallisesti kuvata selkeästi nykyisiä käytäntöjä ohjaava näyttö, muu tieto sekä niiden hierarkkisuus. Näytön laadun kannalta on tärkeää, että riippumattomat kansalliset instituutiot tai organisaatiot ovat vastuussa näytön tiivistämisestä ja näytön mukauttamisesta paikalliseen terveydenhuoltoon ja organisaatioihin.

Suositus 2. Tunnista eri työntekijöiden roolit ja osaaminen

Terveydenhuollossa eri tasoilla ja asemassa toimivilla ammattilaisilla on omat tärkeät roolinsa näyttöön perustuvan terveydenhuollossa. Nämä roolit määritellään organisaatiossa helpottamaan tehokasta tiedon levittämistä ja luotettavan näytön käyttöönottoa. Roolit edellyttävät usein eritasoista koulutusta, osaamista ja toimintavaltuuksia käytännössä. Terveydenhuollon päättäjien ja hoito- ja kättilötyön johtajien tulee tunnistaa nämä eri roolit hyödyntäen sitä varten kehitettyjä viitekehyksiä, kuten AME-mallia, joka on esitetty luvussa 4. NPT:n käyttöönotto edellyttää eri rooleissa toimivien yhteistyötä.

Suositus 3. Varmista organisaatioiden yhteisymmärrys NPT:sta

Vaikka hoito- ja kättilötyö yhä enenevässä määrin pohjautuu näyttöön perustuvaan tietoon, tulee erityistä huomiota kiinnittää johtajien ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten taitojen ja osaamisen parantamiseen. Hoito- ja kättilötyön johtajien tulee varmistaa, että hoito- ja kättilötyön käytännöt ja menetelmät perustuvat parhaaseen mahdolliseen näyttöön, ja että eri yksiköissä ja organisaatioissa toimitaan yhtenäisten käytäntöjen mukaisesti. Henkilöstön tulee myös olla tietoisia parhaasta saatavissa olevasta näytöstä ja osata käyttää sitä päätöksenteon tukena. Hoito- ja kättilötyön ammattilaisten tulee omaksua kliinistä käytäntöä koskeva reflektioiva ja kriittinen lähestymistapa vaikuttavampien ja merkityksellisempien hoitoprosessien luomiseksi.

Suositus 4. Varmista, että NPT:n periaatteet muodostavat hoito- ja kättilötyön koulutuksen ja harjoittelun perustan

Koulutuksella on keskeinen rooli NPT:n kehittämisessä. Hoito- ja kättilötyön opiskelijoiden tulee opintojensa aikana saavuttaa perusymmärrys NPT:stä, sen tarkoituksesta ja omasta roolistaan sen toteuttajana. Paras mahdollinen näyttö tulee sisällyttää osaksi opetussuunnitelmia, ja opettajien tulee kannustaa opiskelijoita omaksumaan reflektioivampi ja kriittisempi asennoituminen nykyisiä käytäntöjä kohtaan. Koulutuksen ja tutkimuksen parissa työskentelevien tulee tarjota tarvittavaa tukea näyttöön perustuvan hoito- ja kättilötyön edistämiseksi. Hoito- ja kättilötyön johtajien tulee tehdä tiivistä yhteistyötä koulutuksen ja tutkimuksen asiantuntijoiden kanssa, kun he laativat pitkän aikavälin toimintasuunnitelmia NPT:n käyttöönoton helpottamiseksi.

Suositus 5. Integroi NPT osaksi organisaatiokulttuuria

On välttämätöntä ottaa käyttöön ja ylläpitää kulttuuria, joka tukee NPT:aa terveydenhuollon organisaatioissa ja työyksiköissä siten, että NPT:sta tulee olennainen osa jokapäiväistä hoito- ja kätilötyön toimintaa ja päätöksentekoa. Johtajat toimivat roolimalleina siinä, miten näyttöä hyödynnetään päätöksenteossa, sillä heidän asenteensa näytön hyödyntämistä kohtaan vaikuttavat myös henkilöstön asenteisiin. Organisaatio, joka on avoin työtapojen kehittämiselle näyttöön perustuen, pyrkii etsimään uutta tietoa, edistämään tietoisuutta sidosryhmien keskuudessa ja levittämään toimivia käytäntöjä koko organisaatioon. Johdolla on keskeinen rooli tukea organisaatiokulttuuria, joka edistää tietoisuutta ja voimaantumista ja joissa uudet ideat ovat tervetulleita.

Suositus 6. Vakiinnuta käytännöt, jotka mahdollistavat hoidon tulosten jatkuvan arvioinnin

NPT:n käyttöönoton onnistumisen seuranta ja arviointi on tärkeää, sillä se tuottaa arvokasta tietoa kehittämistoiminnalle. Arviointiprosessin tulee olla selkeästi määritelty ja suunniteltu. Sen tulee sisältää vastuunjakoja ja tiedonhallintaa koskevat suunnitelmat. Aineistonkeruussa sopivia menetelmiä voivat olla esimerkiksi havainnointi tai potilasasiakirjat. Hoitosuosittelujen noudattamista ja niihin sitoutumista koskeva arviointi tarjoaa kattavia tietoja NPT:sta ja auttaa havaitsemaan puutteita näytön käyttöönotossa. Lisäksi tarvitaan tietoa myös siitä, miten päivitettyt käytännöt vaikuttavat hoidon tuloksiin eri näkökulmista tarkasteltuna, kuten potilaan hoitotulosten, hoito- ja kätilötyön tulosten ja mahdollisten kustannusten näkökulmista.

Lähteet

1. European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2015/european-strategic-directions-for-strengthening-nursing-and-midwifery-towards-health-2020-goals>, viitattu 2.7.2017).
2. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization; 2006 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/43470>, viitattu 2.7.2017).
3. Pearson A, Jordan Z, Munn Z. Translational science and evidence-based healthcare: a clarification and reconceptualization of how knowledge is generated and used in healthcare. *Nurs Res Pract*. 2012;1–6. doi:10.1155/2012/792519.
4. Stevens K. The impact of evidence-based practice in nursing and the next big ideas. *The Online J Issues Nurs*. 2013;18(2):4. doi:10.3912/OJIN.Vol18No02Man04.
5. 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. doi:<http://dx.doi.org.pc124152.oulu.fi:8080/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.006>.
6. Scott K, McSherry R. Evidence-based nursing: clarifying the concepts for nurses in practice. *J Clin Nurs*. 2009;18(8):1085–95. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02588.x.
7. Spector N. Evidence-based nursing regulation: a challenge for regulators. *J Nurs Regul*. 2010;1(1):30–6.
8. Jordan Z, Lockwood C, Aromataris E, Munn Z. The JBI model for evidence-based healthcare: a model reconsidered. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2016 (http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/The_JBI_Model_of_Evidence_-_Healthcare-A_Model_Reconsidered.pdf, viitattu 2.7.2017).
9. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J Evid Based Healthc*. 2005;3(8):207–15.
10. Khangura S, Konnyu K, Cushman R, Grimshaw J, Moher D. Evidence summaries: the evolution of a rapid review approach. *Syst Rev*. 2012;10(1):10. doi:10.1186/2046-4053-1-10.
11. Institute of Medicine. Clinical practice guidelines we can trust. Washington (DC): The National Academies Press; 2011.
12. Enabling breastfeeding for mothers and babies. In: Cochrane Library special collection [website]. London: The Cochrane Collaboration; 2017 (<http://www.cochranelibrary.com/app/content/special-collections/article/?doi=10.1002/14651858.10100214651858>, viitattu 2.7.2017).
13. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/, viitattu 2.7.2017).
14. Korhonen A, Ojanperä H, Puusti T, Järvinen R, Kejonen P, Holopainen A. Adherence to hand hygiene guidelines – significance of measuring fidelity. *J Clin Nurs*. 2015;24(21–22):3197–205. doi:10.1111/jocn.12969.
15. Operational model: hand hygiene practice evaluation and development. In: Evidence-based operational models [website]. Helsinki: Nursing Research Foundation; 2017 (<http://www.hotus.fi/hotus-en/evidence-based-operational-models>, viitattu 2.7.2017).
16. Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-based medicine, what it is and what it isn't. *Br Med J*. 1996;312:71–2. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>.
17. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes B. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1997.

18. Newhouse RP, Spring B. Interdisciplinary evidence-based practice: moving from silos to synergy. *Nurs Outlook* 2010;58(6):309–17. doi:10.1016/j.outlook.2010.09.001.
19. Kelly MP, Heath I, Howick J, Greenhalgh T. The importance of values in evidence-based medicine. *BMC Medical Ethics* 2015;16:69. doi:10.1186/s12910-015-0063-3.
20. DiCenso A, Cullum N, Ciliska D. Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. *Evid Based Nurs.* 1998;1(2):38–9. doi:10.1136/ebn.1.2.38
21. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM, 2nd edition. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000.
22. McCormack B, Kitson A, Harvey G, Rycroft-Malone J, Titchen A, Sers K. Getting evidence into practice: the meaning of “context”. *J Adv Nurs.* 2002;38(1):94–104.
23. Rycroft-Malone J. Evidence-informed practice: from individual to context. *J Nurs Manag.* 2008;16(4):404–8. doi:10.1111/j.1365-2834.2008.00859.x.
24. Clarke S. Perceptions of organizational safety: implications for the development of safety culture. *J Organ Behav.* 1999;20(2)185–98. doi:10.1002/(SICI)1099-1379(199903)20:2<185::AID-JOB892>3.0.CO;2-C.
25. Muir Gray JA. Evidence-based healthcare: how to make health policy and management decisions. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1997.
26. Muir Gray JA. Evidence-based healthcare and public health: how to make decisions about health services and public health, 3rd edition. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2009.
27. Craig JV, Smyth RL. The evidence-based practice manual for nurses, 3rd edition. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2012.
28. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Giggelman M, Cruz R. Correlates among cognitive beliefs, EBP implementation, organizational culture, cohesion and job satisfaction in evidence-based practice mentors from a community hospital system. *Nurs Outlook* 2010;58(6):301–8. doi:10.1016/j.outlook.2010.06.002.
29. LoBiondo-Wood G, Haber J. Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice, 8th edition. St Louis (MO): Elsevier Mosby; 2014.
30. Woodbury MG, Kuhnke JL. Evidence-based practice vs. evidence-informed practice: what’s the difference? *Wound Care (Canada)* 2014;12 (1):18–21.
31. Ciliska D, Thomas H, Buffett C. An introduction to evidence-informed public health and a compendium of critical appraisal tools for public health practice (revised). Hamilton (ON): National Collaborating Centre for Methods and Tools (NCCMT), School of Nursing, McMaster University; 2010 (<http://www.nccmt.ca/uploads/media/media/0001/01/b331668f85bc6357f262944f0aca38c14c89c5a4.pdf>, viitattu 2.7.2017).
32. Lavis JN, Posada FB, Haines A, Osei E. Use of research to inform public policymaking. *Lancet* 2004;364(9445):1615–21.
33. Evidence-informed Policy Network (EVIPNet). In: Evidence-informed policy-making [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/evidence-informed-policy-network-evipnet>, viitattu 2.7.2017).
34. Sawatzky-Dickson D. 2010. Evidence-informed practice. Resource package. Winnipeg (MB): Winnipeg Regional Health Authority; 2010 (<http://www.wrha.mb.ca/osd/files/EIPResourcePkg.pdf>, viitattu 2.7.2017).
35. Miles A, Loughlin M. Models in balance: evidence-based medicine vs. evidence-informed individualized care. *J Eval Clin Pract.* 2011;17:531–6.
36. Total health expenditure as % of GDP, WHO estimates 2014. In: European Health for All database [online database]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>, viitattu 2.7.2017).
37. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf.* 2013;22(19):809–15.

38. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academies Press; 2001 (<http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>, viitattu 2.7.2017).
39. Future directions for the national healthcare quality and disparities reports. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2014. (<http://www.ahrq.gov/research/findings/final-reports/iomqdrreport/index.html>, viitattu 26.7.2017).
40. Patient safety. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://who.int/patientsafety/about/en/>, viitattu 26.7.2017).
41. Berwick DM. What “patient-centered” should mean: confessions of an extremist. *Health Aff.* 2009;28(4):w555–65. doi:10.1377/hlthaff.28.4.w555
42. Burman ME, Robinson B, Hart AM. Linking evidence-based nursing practice and patient-centered care through patient preferences. *Nurs Adm Q.* 2013;37(3):231–41.
43. Carter SM, Rychetnik L, Lloyd B, Kerridge IH, Baur L, Bauman A et al. Evidence, ethics, and values: a framework for health promotion. *Am J Public Health* 2011;101(3):465–72. doi:<http://dx.doi.org.pc124152.oulu.fi:8080/10.2105/AJPH.2010.195545>.
44. Swift JK, Callahan JL. The impact of client treatment preferences on outcome: a meta-analysis. *J Clin Psychol.* 2009;65(4):368–81. doi: 10.1002/jclp.20553.
45. McGinty J, Anderson G. Predictors of physician compliance with American Heart Association guidelines for acute myocardial infarction. *Crit Care Nurs Q.* 2008;31(2):161–72. doi:10.1097/01.CNQ.0000314476.64377.12.
46. Considine J, McGillivray B. An evidence-based practice approach to improving nursing care of acute stroke in an Australian emergency department. *J Clin Nurs.* 2010;19(1/2):138–44. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02970.x.
47. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Gallagher-Ford L, Kaplan L. The state of evidence-based practice in US nurses: critical implications for nurse leaders and educators. *J Nurs Adm.* 2012;42(9):410–7. doi:10.1097/NNA.0b013e3182664e0a.
48. Hyrkas K, Rhudy JP. Promoting excellence – evidence-based practice at the bedside and beyond. *J Nurs Manag.* 2013;21(1):1–4. doi:10.1111/jonm.12051.
49. Melnyk BM, Gallagher-Ford L, Long LE, Fineout-Overholt E. The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2014;11(1):5–15. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/wvn.12021>.
50. Padula WV, Mishra MK, Makic MBF, Wald HL, Campbell JD, Nair KV et al. Increased adoption of quality improvement interventions to implement evidence-based practices for pressure ulcer prevention in US academic medical centers. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2015;12(6):328–36. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/wvn.12108>.
51. Genrich I, O'Mara SK, Sulo S. Using a new evidence-based trauma protocol to improve detection and reduce costs in patients with blunt cardiac injury. *J Trauma Nurs.* 2015;22(1):28–34. doi:10.1097/JTN.0000000000000096.
52. Ho J K-M, Chau J P-C, Cheung N M-C. Effectiveness of emergency nurses' use of the Ottawa Ankle Rules to initiate radiographic tests on improving healthcare outcomes for patients with ankle injuries: a systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2016;63:37–47. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.08.016>.
53. Melnyk BM. Important information about clinical practice guidelines: key tools for improving quality of care and patient outcomes. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2015;12(1):1–2. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/wvn.12079>.

54. Global guidelines on the prevention of surgical site infection. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/gpsc/ssi-prevention-guidelines/en/>, viitattu 2.7.2017).
55. Kim SC, Stichler JF, Ecoff L, Brown CE, Gallo A-M, Davidson JE. Predictors of evidence-based practice implementation, job satisfaction, and group adherence among regional fellowship program participants. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2016;13(5):340–8. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/wvn.12171>.
56. Newhouse RP. Creating infrastructure supportive of evidence-based nursing practice: leadership strategies. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2007;4(1):21–9. doi:10.1111/j.1741-6787.2007.00075.x.
57. Mitchell PH. Defining patient safety and quality care. In: Hughes RG, editor. *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008:1–5 (<https://archive.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nurseshdbk/nurseshdbk.pdf>, viitattu 2.7.2017).
58. Titler MG. The evidence for evidence-based practice implementation. In: Hughes RG, editor. *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008:1–20 (<https://archive.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nurseshdbk/nurseshdbk.pdf>, viitattu 2.7.2017).
59. Melnyk BM. Achieving a high-reliability organization through implementation of the ARCC model for systemwide sustainability of evidence-based practice. *Nurs Adm Q*. 2012;36(2):127–35.
60. Centers for Medicare and Medicaid Services. Medicare program: changes to the hospital inpatient prospective payment systems and fiscal year 2009 rates. *Fed Registr*. 2008;19(73):48433–9084.
61. Fitzsimons E, Cooper J. Embedding a culture of evidence-based practice. *Nurs Manag*. 2012;19(7):14–9.
62. Wallen GR, Mitchell SA, Melnyk B, Fineout-Overholt E, Miller-Davis C, Yates J et al. Implementing evidence-based practice: effectiveness of a structured multifaceted mentorship programme. *J Adv Nurs*. 2010;66(12):2761–71. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05442.x.
63. The global nursing shortage: priority areas for intervention. A report from ICN/FNIF. Geneva: International Council of Nurses; 2006 (<http://www.icn.ch/publications/the-global-shortage-of-registered-nurses-an-overview-of-issues-and-actions/>, viitattu 2.7.2017).
64. McKee M, Stuckler D, Basu S. Where there is no health research: what can be done to fill the global gaps in health research? *PLoS Med* 2012;9(4):e1001209.
65. Nurses and midwives: a vital resource for health. European compendium of good practices in nursing and midwifery towards Health 2020 goals. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2015/nurses-and-midwives-a-vital-resource-for-health.-european-compendium-of-good-practices-in-nursing-and-midwifery-towards-health-2020-goals>, viitattu 2.7.2017).
66. Godshall M. *Fast facts for evidence-based practice in nursing: implementing EBP in a nutshell*, 2nd edition. New York (NY): Springer Publishing Company; 2016.
67. Polit D, Beck C. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*, 9th edition. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
68. Undergraduate. In: School of Health and Life Sciences [website]. Glasgow: Glasgow Caledonian University; 2017 (<http://www.gcu.ac.uk/hls/nursing/courses/undergraduate/>, viitattu 2.7.2017).

69. Advanced practice (MSc). In: Postgraduate [website]. Cardiff: Cardiff University; 2017 (<http://www.cardiff.ac.uk/study/postgraduate/taught/courses/course/advanced-practice-msc2>, viitattu 2.7.2017).
70. Doctor of advanced healthcare practice. In: Postgraduate [website]. Cardiff: Cardiff University; 2017 (<http://www.cardiff.ac.uk/study/postgraduate/research/programmes/programme/doct-or-of-advanced-healthcare-practice>, viitattu 2.7.2017).
71. Oslo manual: guidelines for collecting and interpreting innovation data, 3rd edition. Paris: OECD Publishing; 2005 (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264013100-en>, viitattu 2.7.2017).
72. Varkey P, Horne A, Bennet KE. Innovation in health care: a primer. *Am J Med Qual.* 2008;23(5):382–8. doi:10.1177/1062860608317695.
73. Omachonu VK, Einspruch NG. Innovation in healthcare delivery systems: a conceptual framework. *Innov J.* 2010;15(1):article 2 (https://www.innovation.cc/scholarly-style/omachonu_healthcare_3innovate2.pdf, viitattu 2.7.2017).
74. Global footprint. In: Joanna Briggs Collaboration [website]. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2017 (<http://joannabriggs.org/jbc.html>, viitattu 2.7.2017).
75. Wales Centre for Evidence Based Care – a Joanna Briggs Institute centre of excellence [website]. Cardiff: Cardiff University; undated (<http://www.cardiff.ac.uk/research/explore/research-units/wales-centre-for-evidence-based-care>, viitattu 2.7.2017).
76. Estonian handbook for guidelines development. Geneva: World Health Organization; 2011 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/44734>, viitattu 2.7.2017).
77. Holopainen A, Korhonen T, Miettinen M, Pelkonen M, Perälä M-L. Hoitotyön käytännöt yhtenäisiksi – toimintamalli näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseksi. *Premissi* 2010;1:38–45.
78. Health and well-being by evidence based nursing. The national target and action plan 2004–2007. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2003.
79. Increasing the effectiveness and attraction of nursing care by means of management. An action plan for the years 2009–2011. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2009.
80. Perälä M-L, editor. The direction of nursing. A strategy for quality and effectiveness. Project group on nursing. Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health and Ministry of Social Affairs and Health; 1998.
81. Eriksson E, Korhonen T, Merasto M, Moisio E-L. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen – sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus-hanke. Helsinki: Polytechnic Health Network and Finnish Nursing Association; 2015 (<https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>, viitattu 2.7.2017).
82. ADAPTE Collaboration. The ADAPTE process: resource toolkit for guideline adaptation. Pitlochry: Guideline International Network; 2009 (<http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf>, viitattu 2.7.2017).
83. Tervo-Heikkinen T, Äijö M, Holopainen A. A multidisciplinary and multiactor approach to falls prevention: the RFP Network. In: Aase K, Schibevaag L, editors. *Researching patient safety and quality in healthcare: a Nordic perspective*. Boca Raton (FL): CRC Press; 2016:131–44.
84. Heiwe S, Kajermo KN, Tyni-Lenne R, Guidetti S, Samuelsson M, Andersson I-L et al. Evidence-based practice: attitudes, knowledge and behavior among allied health care professionals. *Int J Qual Health Care* 2011;23(2):198–209.
85. Stavor DC, Zedreck-Gonzalez J, Hoffmann R. Improving the use of evidence-based practice and research utilization through the identification of barriers to

- implementation in a critical access hospital. *J Nurs Adm.* 2017;47(1):56–61. doi:10.1097/NNA.0000000000000437.
86. Alanen S, Kaila M, Välimäki M. Attitudes toward guidelines in Finnish primary care nursing: a questionnaire survey. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2009;6(4):229–36.
 87. Solomons NM, Spross JA. Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: an integrative review. *J Nurs Manag.* 2011;19(1):109–120.
 88. Dalheim A, Harthug S, Nilsen RM, Nortvedt MW. Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:367. doi:10.1186/1472-6963-12-367.
 89. Brämberg EB, Nyman T, Kwak L, Alipour A, Bergström G, Schäfer Elinder L et al. Development of evidence-based practice in occupational health services in Sweden: a 3-year follow-up of attitudes, barriers and facilitators. *Int Arch Occup Environ Health* 2017;90(4):335–48. doi:10.1007/s00420-017-1200-8.
 90. Stevens KR, McDuffie K, Clutter PC. Research and the mandate for evidence based practice, quality and safety. In: Mateo M, Kirchoff K, editors. *Research for advance practice nurses: from evidence to practice.* New York (NY): Springer Publishing Company; 2009:43–70.
 91. Donald FD, Bryant-Lukosius R, Martin-Misener S, Kaasalainen K, Kilpatrick N, Carter P et al. Clinical nurse specialists and nurse practitioners: title confusion and lack of role clarity. *Nurs Leadersh. (Tor Ont.)* 2010;23:189–210.
 92. Medves J, Godfrey C, Turner C, Paterson M, Harrison M, MacKenzie L et al. Systematic review of practice guideline dissemination and implementation strategies for healthcare teams and team-based practice. *Int J Evid Based Healthc.* 2010;8:79–89.
 93. Expertise in evidence-based health care [website]. Helsinki: Nursing Research Foundation; 2017 (<http://www.hotus.fi/hotus-en/expertise-evidence-based-health-care>, viitattu 2.7.2017).
 94. Post registration career development framework [website]. Edinburgh: NHS Education for Scotland; 2017 (<http://www.careerframework.nes.scot.nhs.uk/>, viitattu 2.7.2017).
 95. Dans AL, Dans LF. The need and means for evidence-based medicine in developing countries. *Evid Based Med.* 2000;5:100–1.
 96. Rehfuess EA, Durao S, Kyamanywa P, Meerpohl JJ, Young T, Rohwer A. An approach for setting evidence-based and stakeholder-informed research priorities in low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ.* 2016;94(4):297–305. doi:<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.162966> (<http://www.who.int/bulletin/volumes/94/4/15-162966-ab/en/>, viitattu 2.7.2017).
 97. Smith JR, Donze A. Assessing environmental readiness: first steps in developing an evidence-based practice implementation culture. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2010;24(1):61–71.
 98. Dang D, White K. Creating a supportive evidence-based practice environment. In: Dearholt SL, Dang D, editors. *John Hopkins nursing evidence-based practice: model and guidelines*, 2nd edition. Indianapolis (IN): Sigma Theta Tau International; 2012:163–93.
 99. Choo CW. *Information management for the intelligent organization. The art of scanning the environment.* Medford (NJ): Information Today Inc.; 2002.
 100. Westrum R. A typology of organizational cultures. *Qual Saf Health Care* 2004;13:22–7. doi:10.1136/qshc.2003.009522.
 101. Holopainen A, Junttila K, Jylhä V, Korhonen A, Seppänen S. *Johda näyttö käyttöön hoitotyössä.* Helsinki: Fioca Oy; 2013.
 102. Grol R. Beliefs and evidence in changing clinical practice. *Brit Med J.* 1997;5(315):418–21.
 103. Grol R, Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Med J Aust.* 2004;180:S57–60.

104. The JBI levels of evidence [website]. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2016 ("<http://www.joannabriggs.org/jbi-approach.html>" \ "tabbed-nav=Levels-of-Evidence, viitattu 2.7.2017).
105. Pathman DE, Konrad TR, Freed GL, Freeman VA, Koch GG. The awareness-to-adherence model of the steps to clinical guideline compliance: the case of pediatric vaccine recommendations. *Med Care* 1996;34(9):873–89.
106. Rogers EM. *Diffusion of innovations*, 5th edition. New York (NY): Free Press; 2003.
107. Pashaeypoor S, Ashktorab T, Rassouli M, Alavi-Majd H. Predicting the adoption of evidence-based practice using Rogers diffusion of innovation model. *Contemp Nurse* 2016;52(1):85–94. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/10376178.2016.1188019>.
108. Dissemination and implementation research in health. PAR 10-038. Bethesda (MD): National Institutes of Health; 2013 (<http://grants.nih.gov/grants/guide/pa-files/PAR-10-038.html>, viitattu 2.7.2017).
109. Mickan S, Burls A, Glasziou P. Patterns of “leakage” in the utilization of clinical guidelines: a systematic review. *Postgrad Med J*. 2011;87:670–9.

LIITE 1. KANSAINVÄLISIÄ TOIMIJOITA (2.6.2017, tarkistettu 5.8.2019)

Kansainväliset toimijat	Julkaisee muun muassa	Nettisivu
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	Hoitosuosituksia, näyttöön perustuvia raportteja ja tiivistelmiä	www.ahrq.gov
National Guideline Clearinghouse (NGC)	Resursseja näyttöön perustuvan kliinisen käytännön suositusten yhteenvedoista	www.guideline.gov
Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation (AGREE)	Hoitosuositusten kehittämisen ja arvioinnin menetelmät	www.agreetrust.org/
Campbell Collaboration: the Campbell Library	Näyttöön perustuvaa toimintaa edistävää materiaalia: esim. järjestelmälliset katsaukset erityisesti sosiaaliin ja taloudellisiin kysymyksiin liittyen. Jakaa myös apurahoja katsausten laadintaan.	www.campbellcollaboration.org/
Centre for Reviews and Dissemination (CRD)	Näytön tuottaminen (esim. eri tyyppiset katsaukset),	www.york.ac.uk/crd/
Cochrane Collaboration	Järjestelmällisten katsausten metodologia	www.cochrane.org/
Cochrane Library	Kuuden tietokannan kokoelma: järjestelmälliset katsaukset	www.cochranelibrary.com
GRADE working group (Grading of Recommendations Assessment, Development and Education)	Kehittänyt menetelmän näytön laadun ja suositusten vahvuuden arviointiin	www.gradeworkinggroup.org/
Guidelines International Network (G-I-N): the International Guideline Library	Kansainvälinen verkosto, joka kehittää ja edistää hoitosuosituksen laadintaa ja täytäntöönpanoa	www.g-i-n.net
Joanna Briggs Institute (JBI)	Kehittänyt eri tyyppisten järjestelmällisten katsausten metodologioita, kehittänyt menetelmiä NPT:n edistämiseen	www.joannabriggs.org
JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports (JBISIRI)	Vertaisarvioitu julkaisu: julkaisee, järjestelmällisten katsausten protokollia ja järjestelmällisiä katsauksia sekä implementointiraportteja	www.journals.lww.com/jbisrir
Clinical Online Network of Evidence for Care and Therapeutics (COnNECT+)	Näytön tiivistelmiä	connect.jbiconnectplus.org/
Lippincott's Evidence-based Practice Network	Työskentelee yhteistyössä JBI:n kanssa levittääkseen terveydenhoitoon liittyviä käytännön	www.nursingcenter.com/evidencebasedpracticenetwork/home.aspx

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): National Health Service (NHS)evidence	Julkaisee mm. hoitosuosituksia, laadun indikaattoreita NPT:n ja laadun kehittämiseksi	www.nice.org.uk/
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)	Julkaisee hoitosuosituksia	www.rnao.ca/bpg/guidelines
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	Julkaisee hoitosuosituksia	www.sign.ac.uk/