



Implementointitutkimus sairaanhoitopiirin roolista kansallisen terveyden edistämisen ohjelman toimeenpanijana – maakunnan tasolla korostui toimenpiteiden käyttöönotto, ylläpitovaiheeseen asti ei päästy

Sosiaali- ja terveysministeriö rahoitti vuosina 2017–2018 terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ja terveyserojen kaventamisen kärkihankkeen osana VESOTE-hanketta (Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti), jonka tavoitteena oli levittää joukko näyttöön perustuvia elintapaohjauksen hyviä käytäntöjä tai toimintamalleja. Tutkimuksen tarkoitus on analysoida VESOTE -kärkihankkeen kautta väestötasoisien terveyden edistämisen ohjelman implementoinnin toteuttamista maakuntatasolla. Tutkimusmaakunta kattaa sairaanhoitopiirin 27 kuntaa sekä 500 000 asukasta. Tavoitteena on kuvata terveyden edistämisen ohjelman käynnistyminen, haasteet ja edistäjät käytettäväksi muiden väestötason terveyden edistämisen ohjelmien implementoinnin tueksi. Laadullisen analyysin aineistona toimivat VESOTE – kärkihankkeen aikana syntyneet dokumentit: UKK-instituutin valtakunnallinen hankesuunnitelma 2016, aluehankkeen hankesuunnitelma 2017, aluehankkeen rahoittajalle laatimat väliraportit 2017–2018, valtakunnallinen loppuraportti 2019 sekä aluehankkeen avainhenkilöiden kokemukset. Toteuttamisen onnistumista arvioitiin suomalaisessa käypä hoito -suositustyössä käytetyn implementointitutkimuksen ja kansainvälisen EPIS -viitekehyksien avulla. Teorioiden avulla voidaan selittää mitä vaiheita implementointiprosessi pitää sisällään ja miten ja miksi implementointi onnistuu tai epäonnistuu. Tämän tiedon varassa tehtiin analyysirunko, johon etsittiin sisällöllisesti sopivia asioita aineistosta. Terveydenhuollon toimintaa kehitettäessä tarvitaan terveyshyödyn mittaamisen rinnalle selittävää tutkimusta muutoksen edellytyksistä ja esteistä. Implementointiprosessin kartoitus-, valmistelu-, toteutus- ja ylläpitovaiheet ovat tärkeitä, koska ne kaikki vaikuttavat lopputulokseen. Tulokset ja vaikutukset ovat yhteydessä keinoihin, joita implementoinnissa käytetään. Sairaanhoitopiirin rooli keskittyi toteutusvaiheeseen. Ylläpitovaiheeseen eli toiminnan juurtumiseen ja sen vaikuttamiseen systemaattisesti palvelujärjestelmätasolla ei päästy.

ASIASANAT: implementointi, arviointi, terveyden edistäminen

LINDA DALBOM, MIIA TUOMINEN, PÄIVI RAUTAVA

YDINASIAAT

- Ulkopuolisen koordinoijan on vaikea vaikuttaa organisaation johtajuuteen, rakenteisiin, resursseihin, sisäisiin käytäntöihin ja henkilöstöön liittyviin asioihin.
- Usein hankkeisiin palkataan ulkopuolista resurssia hankeajaksi.
- Hankkeissa tekeminen tapahtuu hankeajan, mutta ylläpitovaiheeseen ei panosteta.

JOHDANTO

Terveyspolitiikan tarkoituksena on vaikuttaa väestön terveyteen. Terveyspolitiikan laajassa määrittelyssä tarkastellaan palvelujärjestelmää ja terveyden vaikuttavia tekijöitä. (1.) 2000 – luvulta alkaen on valtio ohjannut kuntien terveyden edistämisen toimia ohjelma- ja hankeohjauksen avulla. Kansallisten hankkeiden toimeenpano on sidottu valtiolta kunnille menevään rahoitukseen. Vuosina 2008–2011 Suomessa toteutettiin sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelma (KASTE), joka oli strateginen ohjausväline suomalaisen sosiaali- ja terveyspolitiikan johtamiseen ja uudistamiseen. (2.) KASTE II -ohjelman (2012–2015) tavoitteena oli kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja sekä kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita ja palveluja asiakaslähtöisiksi. Kehittämistyö jatkui Sipilän hallituksen kärkihankkeissa (3) ja vuonna 2015 hyvinvoinnin ja terveyden osalta käynnistettiin viisi kärkihanketta, joista yksi oli Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta (4). Kärkihankkeiden tavoitteena oli nostaa kehittämisen kohteena oleva toiminta pysyvästi aikaisempaa paremmalle tai edistyneemmälle tasolle. Keskeistä oli, ettei ainoastaan kehitetä uutta, vaan levitetään ja juurrutetaan jo olemassa olevia käytäntöjä mahdollisimman laajasti koko maahan ja sovitetaan ne osaksi maakunta- ja sote-muutoksen toteutusta ja ohjausinstrumentteja. (5.) Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta – kärkihankkeen avulla pyrittiin edistämään kansanterveyttä, kansalaisten liikkumista, terveellisiä elintapoja ja ravitsemustottumuksia sekä vastuunottoa omasta elämästä. Kärkihankkeen toteuttamiseen vuosina 2016–2019 oli käytettävissä 7,8 miljoonaa euroa. Kärkihanke toteutettiin kolmena projektina,

jotka oli jäsennetty seuraavasti: Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön, Terveellisten talojen Suomi ja Poikkihallinnolliset rakenteet (PORA) (6).

Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön -projekti oli näistä projekteista laajin ja siihen ohjattiin valtaosa kärkihankkeen resursseista. Tavoitteena oli kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja kohentamalla väestöryhmien hyvinvointia ja terveyttä varsinkin niissä ryhmissä, joissa hyvinvointi ja terveys ovat muita heikompia. (6.)

VESOTE oli yksi sosiaali- ja terveysministeriön (STM) rahoittamista hallituksen kärkihankkeista Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta -kärkihankkeen Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön -projektissa vuosina 2017–2018. Hankkeella tavoiteltiin terveytensä kannalta riittävästi liikkuvien, liiallista istumista vähentävien ja ravitsemussuositusten mukaan syövien osuuden lisääntymistä sekä lääkkeettömien hoitokeinojen käytön yleistymistä univaikeuksien hoidossa hankkeessa mukana olevilla alueilla. (7.)

VESOTE – hankkeen tavoitteina oli elintapaohjauksen vaikuttavien ja laadukkaiden toimintamallien käyttöönotto tai vahvistaminen, elintapaohjauksen osaamisen kehittäminen, olemassa olevien hyvien käytäntöjen hyödyntäminen ja levittäminen, elintapaohjauksen moniammatillisuuden ja poikkihallinnollisuuden vahvistaminen sekä kolmannen sektorin osaamisen ja kokemuksen hyödyntäminen elintapaohjauksessa (7). VESOTE-hankkeessa on tunnistettavissa kompleksisen intervention piirteitä eli hankkeessa oli useita osa-alueita, joita kohdistettiin usealle ryhmälle ja organisaatiotasolle samanaikaisesti (8).

VESOTE-hankkeessa oli käytettävissä 2,7 miljoonaa euroa ja mukana oli 11 sairaanhoitopiirin aluetta. Tässä tutkimuksessa kuvatun sairaanhoitopiirin alueen osuus oli 232,800 euroa. Hankkeeseen palkattiin 100 % projektipäällikkö ja 60 % hanketyöntekijä sekä ostettiin työpanosta ja käytettiin tehtävänsiirtoja aluehanketta hallinnoivasta organisaatiosta.

Implementointi (synonyyminä implementaatio, toimeenpano, toteuttaminen, käyttöön vienti ja käyttöönotto) tarkoittaa tietoon perustuvien toimintatapojen tuomista käytäntöön ja toimintaympäristöön räätälöityneiden keinoja avulla, joissa huomioidaan ja tunnistetaan esteet ja autetaan niiden ylittämässä (9). Implementointia kuvataan yleisesti kirjallisuudessa prosessina,

joka koostuu ainakin seuraavista vaiheista: 1) tavoitteen määrittely 2) suunnittelu 3) käyttöön-otto 4) ylläpito (10). Kansainvälisesti käytössä oleva EPIS (Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment) – kehys on kehitetty näyttöön perustuvien menetelmien implementoinnin tueksi sosiaali- ja terveydenhuoltoon. EPIS – kehyyksessä tätä prosessia kuvataan termein kartoitus, valmistelu, toteutus ja ylläpito. (11.)

Implementointitutkimus tarkastelee ja edistää tieteellisesti tutkimustiedon käyttöön saattamista erilaisissa toimintaympäristöissä (12,13) ja sen avulla on saatu kootuksi teorioita tehtyjen tutkimusten pohjalta. Osa näistä teorioista on lainattu eri tieteenaloilta, esimerkiksi psykologias- ta, sosiologiasta ja organisaatiotutkimuksesta. Näiden teorioiden avulla voidaan selittää, miten ja miksi vaikuttavien käytäntöjen ja uuden tiedon implementointi onnistuu tai epäonnistuu. (14.) Implementointitutkimukseksi voidaan katsoa monen tyyppiset tutkimukset ja se käsittää kaikki tutkimusotteet, joilla voidaan tieteellisesti tarkastella ja edistää tutkimustiedon käyttöön saattamista. (15, 13.)

Implementointitutkimus kohdistuu jonkin intervention, kuten ohjelman, palvelun tai käytännön toimeenpanoon ja toteuttamiseen. Implementointitutkimuksella tuotetaan tietoa toimeenpanoprosessista tai siitä, kuinka hyvin intervention toteutus vastaa mallia. Tarkoituksena on ymmärtää, miten ja miksi interventio kontekstissaan toimii sekä kehittää keinoja implementoinnin parantamiseksi. (13.) Implementointitutkimuksen lisääntymiseen on vaikuttanut näyttöön perustuva suuntaus varsinkin terveydenhuollossa sekä se, että joskus näyttöön perustuvat mallit otetaan käytäntöön hitaasti. On alettu tarkastella tutkimusmenetelmiä, jotka liittyvät tutkimuksella hyväksi osoittautuneiden käytäntöjen levittämiseen, tutkitun tiedon toimeenpanoon ja vaikutusten arviointiin. (15.)

Implementointia tutkittaessa keskeistä on toiminnan tai intervention taustalla oleva teoria tai oletukset vaikutuksista. Interventiotieteen tulisi olla näyttöön perustuvaa. Kehittämishankkeissa interventio kuitenkin usein perustuu eri osiin, kuten tutkimukseen, kehittämistyön tuloksiin, kokemuksiin, näkemyksiin ja käytössä oleviin voimavaroihin. Hyvissä interventioissa on taustalla omat teoreettiset viitekehyyksensä, mutta niiden lisäksi implementointiteoria koskee intervention

käyttöönottoa ja toteuttamista. Yhdessä nämä kuvaavat ja perustelevat tavoiteltavien tulosten ja vaikutusten yhteyden keinoihin, joita toimeenpanossa käytetään. (16.)

Pyrittäessä muuttamaan terveydenhuollon toimintaa tarvitaan terveyshyödyn mittaamisen rinnalle selittävää tutkimusta muutoksen edellytyksistä ja esteistä. Niiden avulla on mahdollista arvioida implementoinnin edellytyksiä ja toteuttamista. (9) Implementointitutkimus sisältää ainakin kolme seuraavaa teoreettista näkökulmaa, jotka ovat osin päällekkäisiä: 1) prosessiteoriat kuvaavat prosessia tutkimustiedon muuttumisesta käytänteiksi, 2) vaikutusteoriat selittävät, mitkä tekijät vaikuttavat implementoinnin lopputuloksiin ja 3) arviointiteoriat ohjaavat implementoinnin onnistumisen arviointia. (14, 17–18.)

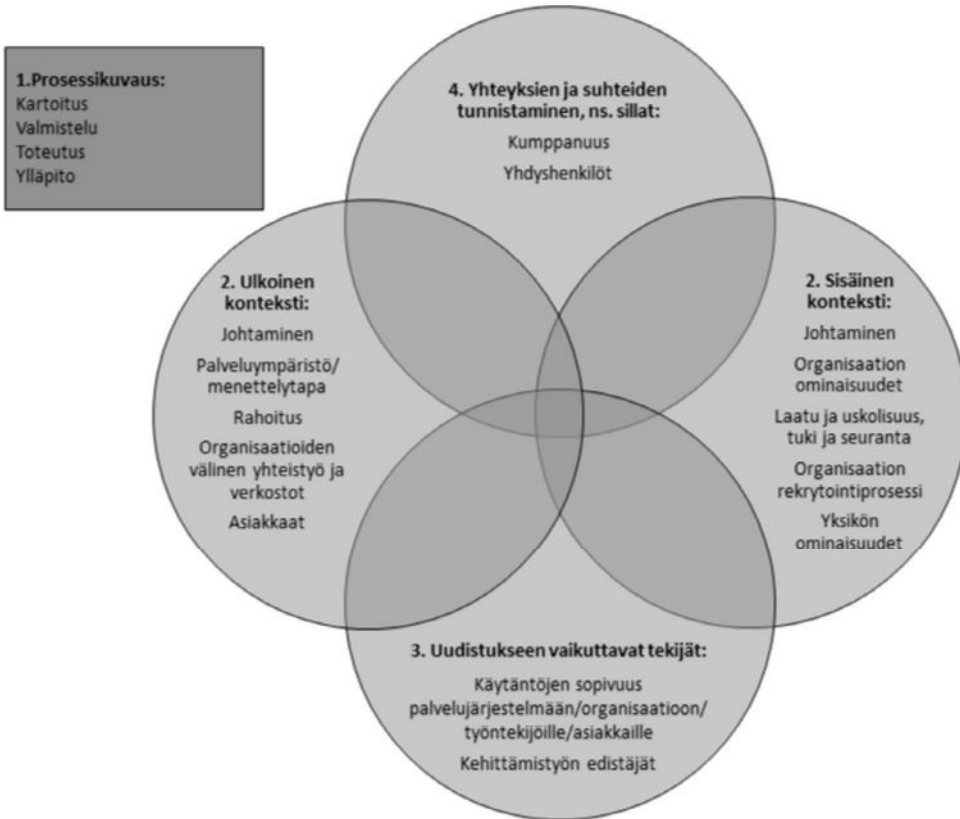
Duodecim-yhdistys on kehittänyt Käypä hoito -suositusten implementointiprosessin tueksi viitekehyyksen (9), josta on apua myös muiden sektoreiden implementointiprosesseissa. Toiminnan kehittäminen voidaan rinnastaa implementointitutkimukseen ja kehittämisen yhteydessä tehtyjen muutosten vaikutuksia tulisi seurata. Viitekehys soveltuu kehittämishankkeiden arviointiin. Viitekehyyksessä on kuvattu seitsemän arviointikohdetta, esimerkkejä niiden tutkimusasetelmista ja -menetelmistä sekä työkaluista. (9, 19). Käypä hoito -suositusten implementointitutkimuksen viitekehyyksen mukaan toteutusta arvioitaessa tarkastellaan implementoinnin aikana syntyneitä dokumentteja kolmesta näkökulmasta (Taulukko 1).

EPIS -kehys koostuu neljästä osasta (Kuvio 1): prosessikuvauksesta, sisäisestä ja ulkoisesta kontekstista, uudistukseen vaikuttavista tekijöistä sekä yhteyksien ja suhteiden tunnistamisesta.

EPIS: n ensimmäinen osa käsittää implementointiprosessin neljä vaihetta. Kartoitusvaiheessa toteuttajat ja asiaankuuluvat sidosryhmät tunnistavat kliinisen tai kansanterveydellisen tarpeen ja valitsevat vastaamaan niihin parhaiten sopivat näyttöön perustuvat menetelmät. Valmisteluvaiheessa tunnistetaan implementoinnin esteet ja edistäjät ja laaditaan yksityiskohtainen implementointisuunnitelma, jossa hyödynnetään implementoinnin edistäjiä ja puututaan mahdollisiin esteisiin. Valmisteluvaiheessa panostetaan toteutuksen tuen suunnitteluun (koulutus, valmennus, tarkastaminen ja palautteen kerääminen), jotta edesautetaan toteutuksen kahta seuraavaa vaihetta.

Taulukko 1. Tutkimuksen taustana käytetyn Käypä hoito -suositusten implementointitutkimuksen viitekehyksen toteutuksen arvioinnin näkökulmat (9).

Arvioinnin näkökulma	Arvioinnin kohteet
Panos	<ul style="list-style-type: none"> • Käytetyt resurssit • Suorat ja epäsuorat kustannukset (esim. käytetty työaika) • Käytetyt kehittämisen/muutoksen läpiviennin rakenteet (esim. koulutetut kehittäjät, tietotekniset ratkaisut)
Prosessi	<ul style="list-style-type: none"> • Valittu implementoinnin teoria • Käytetyt implementointimenetelmät • Suunnitelmallisuus ja suunnitelman toteutuminen tavoitteiden mukaisesti • Kohderyhmä • Implementoinnin tarpeen ja tavoitteiden määrittely • Valittujen menetelmien vastaaminen tavoitteisiin
Tuotos	<ul style="list-style-type: none"> • Millaisia implementointiin tähtäviä materiaaleja, tilaisuuksia ja työkaluja syntyi



Kuvio 1: Tutkimuksen taustana käytetyn EPIS-viitekehyksen osat 1–4 (11).

Toteutusvaiheessa otetaan valmisteluvaiheessa suunnitellut toteutuksen tukimuodot käyttöön. On olennaista, että toteutusprosessin jatkuva seuranta sisällytetään etenemisen arvioimiseksi. (11, 20) Ylläpitovaiheessa toiminta ja sen tuki on juurtunut käytäntöön ja toiminnan kansanterveysvaikutuksia arvioidaan (11, 21). Toteuttajien ja asiaankuuluvien sidosryhmien tulisi olla tiiviisti mukana kaikissa implementointiprosessin vaiheissa (13).

EPIS-kehityksen toinen osa on eri tasojen ja tekijöiden nivELYminen toistensa kanssa, kuten ulkoisen järjestelmän yhteys organisaation sisällä. Jokaisessa toteutusprosessin vaiheessa korostetaan ulkoisia ja sisäisiä taustatekijöitä. (11.) Ulkopuolinen yhteys kuvaa organisaation ulkopuolista ympäristöä sisältäen palvelu- ja toimintaympäristön, toimeenpanon kohteena olevat asiakkaat ja organisaatioiden väliset suhteet eri yksiköiden välillä (mukaan lukien hallitukset, rahoittajat ja toimialat). Sisäinen yhteys viittaa organisaation piirteisiin: johtajuuteen, organisaatiokentteisiin, resursseihin, sisäisiin käytäntöihin, henkilöstöön ja yksittäisten käyttöönottajien ominaisuuksiin. Sisäisissä taustatekijöissä on useita tasoja, jotka vaihtelevat organisaation tai toimialojen mukaan. Niihin sisältyvät ylin johto, keskijohto, tiiminvetäjät ja asiakastyötä tekevät. Sisäisen ja ulkopuolisen yhteyden nivoutuminen toisiinsa kuvastavat terveyden ja terveydenhuollon sosioekologisen kontekstin monimutkaista, monikerroksista ja erittäin vuorovaikutteista luonnetta, joka on havaittu monissa implementointikehityksissä. (21–23.)

EPIS:n kolmas osa sisältää tekijät, jotka liittyvät itse implementoitavaan interventioon tai uudistukseen. Intervention tai uudistuksen on sovellettava yhtä aikaa palvelujärjestelmään, kohde-ryhmälle, organisaatioon ja työntekijöiden arvoihin. Tällöin yleensä joudutaan sovittamaan interventiota tai uudistusta ympäristöön sopivaksi, mutta tavoitteena on kuitenkin ylläpitää intervention ydinkomponentteja laadun varmistamiseksi. (11.)

EPIS:n neljäs osa on ulomman ja sisäisen kontekstin välisten yhteyksien ja suhteiden tunnistaminen eli ns. sillat. Näiden tekijöiden katsotaan vaikuttavan implementointiprosessiin, koska organisaatioiden sisäiseen kontekstiin vaikuttaa organisaation ulompi järjestelmä ja nämä vaikutukset ovat vastavuoroisia (esim. lainsäädäntö ja politiikkatoimet). (11.)

TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän laadullisen tutkimuksen tarkoitus on arvioida kansallisen terveyden edistämisen ohjelman implementoinnin onnistumista maakunnallisella tasolla sairaanhoitopiiriin koordinoimana Sipilän ym. 2016 laatiman Käypä hoitosuosituksen implementointitutkimuksen (9) ja EPIS -viitekehysten (11) avulla. EPIS -viitekehysten avulla voitiin selvittää maakunnallisen koordinaation onnistumista ja Käypä hoito -suositusten implementointitutkimuksen viitekehysten avulla taas sitä, millaisia tuloksia sillä saatiin aikaan.

Tavoitteena on kuvata terveyden edistämisen ohjelman käynnistyminen, haasteet ja edistäjät käytettäväksi terveyden edistämisen interventioiden implementoinnin tukena ja tunnistaa tekijöitä, jotka tulee huomioida käynnistettäessä laaja ja hankkeita alueellisella tasolla. Tutkimuksessa halutaan ymmärtää ilmiötä syvällisemmin.

Tutkimuksessa vastattiin seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Miten sairaanhoitopiiri toimi kansallisen terveyden edistämisen ohjelman toimeenpanijana maakunnan tasolla?
- 2) Millaisia tuloksia näin toimimalla saavutettiin?

AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimusaineisto koostui VESOTE-hankkeen aikana syntyneistä dokumenteista, joita olivat valtakunnallinen UKK-instituutin laatima hankesuunnitelma 2016 (7), aluehankkeen hankesuunnitelma 2017, aluehankkeen kuukausittain laatimat tilanneraportit 2017–2018 ja STM:lle puolivuositteittain laaditut väliraportit hankemaksatusta varren sekä hankkeen alueellinen loppuraportti 2018 ja valtakunnallinen loppuraportti 2019 sekä aluehankkeen avainhenkilöiden kokemukset.

Tutkimuksessa käytettiin sisällönanalyysiä, jonka avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysi sopii hyvin strukturoimattomaan aineistoon, kuten raporttien analyysiin. (24–25.) Sisällönanalyysiä käytetään usein tutkimuksissa, joiden tarkoituksena on kuvata tai kuvailla. Koska sisällönanalyysi ei mahdollista käsitteiden välisten suhteiden tutkimista, sen tarkoituksena on kuvailla tutkittavaa ilmiötä. Näin voidaan kuitenkin saada alustavaa tietoa käsitteiden välisistä suhteista. (25, 26.) Laadullinen tutkimus avaa näköaloja uusiin tutkittaviin ilmiöihin luomalla

hypoteeseja (27) ja laadullisen tutkimuksen keinoin voidaan löytää uusia tapoja saattaa näyttöön perustuvia kvantitatiivisia tutkimustuloksia käytäntöön. (28.)

Deduktiivisessa sisällön analyysissä käytetään valmista viitekehystä, jonka avulla aineistoa analysoidaan. Tässä tutkimuksessa analyysia ohjasi malli, joka perustuu aikaisempaan tietoon ja tämän tiedon varassa tehtiin luokittelurunko, johon kerättiin ne asiat, jotka pitäisi kirjallisuuden mukaan huomioida implementointiprosessissa. (24–25.) Näiden tekijöiden toteutumista verrattiin aluehankkeen implementointiprosessiin. Sisällönanalyysi edellyttää paneutumista aineistoon (24). Tutkimuksen tekijä toimi VESOTE-aluehankkeessa projektipäällikkönä, jolloin aineisto oli tekijälle tuttu. Käytännössä tutkimusprosessi alkaa käsitellyn aineiston useaan kertaan lukemisella, tämän jälkeen siirrytään luokittelemaan aineistoa ja pyritään löytämään yhteyksiä valittuun teoriaan. Lopuksi pyritään kytkemään luokiteltu aineisto kokonaisuuteen. (29.)

Dokumenttianalyysi alkoi tutustumalla implementointitutkimuksiin liittyvään kirjallisuuteen sopivan viitekehysten löytämiseksi. Viitekehjiksi valikoituivat aiemmin kuvatut suomalainen hoitosuosituksen implementointitutkimuksen viitekehys (9) ja kansainvälisesti tunnettu EPIS –kehys (11). Analyysia varten luotiin matriisi, jota vasten aluehankkeen dokumentteja voitiin analysoida. Analyysi aloitettiin lukemalla VESOTE-hankkeen aikaiset dokumentit huolellisesti läpi. Tämän jälkeen dokumenteista etsittiin värikoodeja käyttämällä sisällöllisesti sopivia kohtia siitä, mitä onnistuneessa implementoinnissa pitäisi huomioida. Dokumenteista poimitut sisällöt sijoitettiin matriisiin ja matriisin avulla pystyttiin havaitsemaan, olivatko kaikki kohdat huomioitu aluehankkeen maakunnallisessa implementointiprosessissa. Lopuksi verrattiin sitä, mitä aluehankkeen työssä oli saatu maakunnallisesti aikaan (panos, toiminta, tuotos) käytetyillä toimenpiteillä.

Dokumentit kuvasivat koko hankeaikaisen työn, jolloin samat asiat alkoivat kertaantua aineistosta.

TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Asiakirja-analyysi ei vaatinut eettisen toimikunnan lausuntoa. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden kriteerei-

den avulla (30). Uskottavuutta lisää, että tutkija viettää riittävän pitkän ajan tutkittavan ilmiön kanssa (31). Vahvistettavuus edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista niin, että se voidaan toistaa tarvittaessa (32), kuitenkin erilaiset tulkinnat eivät välttämättä vähennä tutkimuksen luotettavuutta, koska erilaiset tulkinnat lisäävät ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Refleksiivisyys edellyttää tutkijan tietoisuutta omista lähtökohdistaan tutkijana. Tutkijan on osattava itse arvioida kuinka hän vaikuttaa omaan aineistoonsa ja tutkimuksen prosessiin. (33.)

Artikkelin ensimmäinen kirjoittaja on toiminut aluehankkeen projektipäällikkönä ja osallistunut alueellisen hankesuunnitelman kirjoittamiseen sekä työstänyt analysoidut raportit. Tämä voi osaltaan heikentää luotettavuutta. Kirjoittaja on ollut tiedonantaja ja tehnyt itsenäisesti aineiston analysoinnin. Luotettavuuden lisäämiseksi luokittelu on lopuksi käyty läpi tutkimusryhmän kanssa. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija on aina puolueellinen, koska hän on sekä luonut tutkimusasetelman, että toimii tulkitsijana. Tutkijan persoona vaikuttaa tutkimusaineiston laatuun ja muodostuvaan analyysiin (34–35), mutta analyysin avulla tutkija pystyy nostamaan esiin ilmiölle merkityksellisiä aiheita. (36.)

Aineiston valintaprosessin johdonmukaisuus ja läpinäkyvyys ovat dokumenttianalyysin sekä sisällön analyysin luotettavuuden kannalta tärkeitä ominaisuuksia. (36,25.) Luotettavuuden lisäämiseksi on aineistosta otettu suoria lainauksia ja taulukossa 2 on kuvattu koko aluehankkeen toiminta. Suorien lainauksien liittäminen aineistosta tuloksiin antaa lukijalle mahdollisuuden muodostaa käsityksen aineiston laadusta ja analyysin osuvuudesta (37).

Implementoinnin toteuttamista on tarkasteltu vain yhden sairaanhoitopiirin alueelta. Hankkeessa oli mukana yhteensä 11 sairaanhoitopiirin aluetta. Näitä kaikkia koskee tietysti samat implementoinnin onnistumisen mittarit, mutta onnistumisia ja epäonnistumisia on voinut olla eri implementointiprosessin vaiheissa. Tutkimuksen tulosten perustuminen ainoastaan yhden organisaation aineistoon voi kuitenkin heikentää niiden sovellettavuutta muihin samankaltaisiin yhteyksiin (38). Tutkimuksessa kuvattu sairaanhoitopiirin alue tuli VESOTE-hankkeeseen mukaan aivan loppuvaiheessa. Tällöin osallistuminen implementointiprosessin alkuvaiheisiin ei ollut

mahdollista, kun taas osa sairaanhoitopiireistä oli jo alkuvaiheessa mukana. Tämä vaikuttaa osaltaan tuloksiin.

TULOKSET

Sairaanhoitopiirin rooli keskittyi implementointiprosessissa toteutusvaiheeseen. Implementointiprosessin kartoitusvaihe tapahtui hankkeen rahoittajan toimesta ja valmisteluvaiheessa korostui hankehallinnoijan rooli. Ylläpitovaiheeseen eli toiminnan juurtumiseen ja sen vaikuttamiseen systemaattisesti palvelujärjestelmätasolla ei päästy.

Sairaanhoitopiirin koordinoimassa aluehankkeen toiminnassa korostuvat annettu panos ja tuotokset suhteessa prosessiin, joka on tullut suurilta osin hankehallinnoijalta. Panokset, prosessi ja tuotokset ovat kuvattuna dokumenttianalyysissä taulukko 2.

Tulokset ja vaikutukset ovat yhteydessä keinoihin, joita implementoinnissa käytetään. Hankehallinnoijan valmiiksi antamat keinot ja tavoitteet aluehankkeen työlle on kuvattuna dokumenttianalyysin prosessi -osuudessa (taulukko 2).

Dokumenttianalyysin pohjalta voidaan todeta, että EPIS-kehysten osat 2–4 on tarkastellussa hankkeessa huomioitu, mutta usea kohta liittyy organisaatiossa sellaisiin tekijöihin ja sisältöihin, joihin ei organisaation ulkopuolinen hankeorganisaatio voi vaikuttaa.

”Organisaatiossa on kannustettu hyödyntämään koulutuksen käyneitä ja ottamaan elintapaneuvonta laajemmaksi toimintamuodoksi yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa. Tätä työtä on SHP:n kautta tuettu toimimalla mm koollekutsujana ja koordinoijana muiden toimijoiden kesken.”

Johdon sitouttaminen, koulutus ja viestintä korostuvat hankehallinnoijan ja aluehankkeen keinoina edistää implementointia:

”...elintapaneuvonnan kokonaisuuden parantaminen edellyttää toimivat yksiköt, joissa tehdään neuvontatyötä osana potilaan hoitoa. Näiden yksiköiden sitouttaminen ylimmästä toimintaluokkaan johdosta potilaan kanssa vuorovaikutuksessa oleviin hoitajiin ja lääkäreihin on ensiarvoista ja hankkeen toteutumisen edellytys. Tämä huomioidaan hankkeen toiminnassa koko ajan.”

”Hankkeen onnistumisen kannalta viestinnällä on keskeinen merkitys.”

”Informaatio hankkeesta on lähtenyt aina johdosta työntekijöihin päin. Potilasarjojen tarjoamaa toimintaa on tehty näkyväksi koulutuksen avulla. Työ on aloitettu ja se jatkuu edelleen.”

”Laajemmassa viestinnässä on käytetty hyväksi SHP:llä jo valmiiksi olevia viestintäkanavia ja viestinnän tukena on ollut SHP:n viestinnän henkilökuntaa.”

”Lisäksi viestinnässä käytettiin hyväksi UKK-instituutin valtakunnallisia viestintäkanavia.”

Aluehanke onnistui saamaan kaikista kuntien perusterveydenhuollon organisaatioista ylimmän johdon nimeämän VESOTE-yhdyshenkilön. Lisäksi hankkeessa järjestettyihin koulutuksiin lähetettiin kaikista perusterveydenhuollon organisaatioista ammattilaisia. Jokainen perusterveydenhuollon organisaatio toimitti myös tiedot kirjaamiskäytänteistä ja osasta saatiin asiantuntija-apua elintapaohjauksen kirjaamisen ohjeistuksen luomiseksi. Tältä osin aluehankkeen voidaan tulkita onnistuneen organisaatioiden ylemmän johdon tuen saamisessa.

Aluehanke ei kuitenkaan pystynyt vaikuttamaan siihen, että organisaatioiden johtotaso olisi osallistunut heille järjestettyihin tilaisuuksiin, joiden tarkoituksena olisi ollut tukea hankkeen toimenpiteiden toteutumista. Tältä osin aluehankkeen toiminnan voidaan katsoa jääneen pinnalliseksi.

Elintapaneuvonnan poikkihallinnollisen ja moniammatillisen yhteistyön lisääntyminen ja vahvistuminen alueellisesti vaativat eri organisaatioiden yhteistyötä. Hankkeen aikana saatiin poikkihallinnollista ja moniammatillista yhteistyötä vahvistetuksi alueen viidessä kunnassa. Yhdeksän kuntaa osallistui shp:n ylläpitämään maakunnalliseen elintapaohjauksen palvelutarjottimeen. Hankkeessa pyrittiin yhtenäistämään alueen elintapaohjauksen toimintakulttuuria. Tätä varten työstettiin materiaalia, mutta sitä ei hankeaikana ehditty jalkauttaa.

Viestintä korostuu keinona edistää aluehankkeen toimenpiteiden implementointia. Toteutunut viestintä on kuitenkin ollut pääasiassa yhdensuuntaista informaation jakamista hankkeen etenemisestä kuin dialogia toimijoiden kanssa.

Taulukko 2. Dokumenttianalyysi

Tunnistettavissa olevat EPIS -kehysten osat	Prosessi (suunnittelu ja interventiot):	Panos:	Tuotos:
osa 1:n toteutusvaihe	Hankehallinnoijan valmiiksi antamat toimenpiteet ja tavoitteet aluehankkeen työlle.	Millä aluehankkeessa osoitettiin tavoitteen toteutuminen.	Tavoitteen saavuttaminen/ Mittari aluehankkeen työlle.
osa 2 sisäinen konteksti	Sitouttaminen: <ul style="list-style-type: none"> Alueen johto sitoutuu elintapaneuvonnan kehittämistyöhön. 	Kuntien perusterveydenhuollon organisaatioista on ylimmän johdon nimeämä VESOTE-yhdyshenkilö.	Alueen joka perusterveydenhuollon organisaatosta nimettiin 1–2 yhdyshenkilöä.
osa 1 toteutusvaiheen tukimuoto	Koulutus: <ul style="list-style-type: none"> Elintapaohjauksen osaaminen kehittyä. 	Johdon osallistuminen heille järjestettyihin tilaisuuksiin.	25 esimiestä osallistui kahteen saman sisältöiseen tilaisuuteen.
osa 2 ulkoinen konteksti, osa 4 sillat	Palveluketjut: <ul style="list-style-type: none"> Elintapaneuvonnan poikkiallinen ja moniammatillinen yhteistyö lisääntyy ja vahvistuu alueella. 	Organisaatioista koulutukseen lähetettyjen määrä.	Joka perusterveydenhuollon organisaatosta koulutukseen lähetettiin 1–30 osallistujaa, lisäksi osallistujia oli muilta toimialueilta, kuten liikuntapalveluista.
osa 2 ulkoinen konteksti, osa 3 uudistukseen vaikuttavat tekijät, osa 4 ”sillat”	Elintapaohjauksen toteutus: <ul style="list-style-type: none"> Alueelle syntyy elintapaneuvonnan yhteistyöverkosto. 	Hankehallinnoijalta koulutuspaketti käyttöön.	Osallistujia oli myös esh:sta ja järjestöistä sekä yksityisiltä toimijoilta.
osa 2 ulkoinen konteksti, osa 3 uudistukseen vaikuttavat tekijät, osa 4 ”sillat”	Virtuaalinen elintapapoli/ palvelutarjotin: <ul style="list-style-type: none"> Kolmannen sektorin osaamista ja kokemusta hyödynnetään elintapaneuvonnassa. 	Alueella yhtenäistetään elintapaohjauksen palveluketju: Uudet LiPaKe-kunnat, joissa toiminta käynnistyi/neuvottelut aloitettiin hankkeen aikana.	Palveluketju rakennettiin viiteen uuteen kuntaa, neuvottelut alkoivat kahdessa.
osa 1 toteutusvaiheen tukimuoto	Viestintä: <ul style="list-style-type: none"> Hankkeen sisällöstä ja tuotoksista viestitään koko hankekauden ajan monikanavaisesti. Sisäisen ja ulkoisen viestinnän tavasta on sovittu ja siihen kuuluu kaikki yhteistyötoimijat. 	Sitoudutaan käyttöönottamaan ja juurruttamaan vaikuttavaa elintapaohjausta toimintayksiköihin.	Elintapaohjauksen kirjaamista yhtenäistävä opas, tasalaatuista ravitsemusohjausta tukemaan työstetyt sisällöt ja vaikuttavan potilasvuorovaikutuksen menetelmä.
osa 1 toteutusvaiheen seuranta	Mittaaminen, raportointi & arviointi: <ul style="list-style-type: none"> Hankehallinnoijalta interaktiiviset mittarit, puhelinsovellukset ja pilven käyttöönotto ja tämän tiedon siirtyminen potilastietokantoihin, ei toteutunut. Hanketieto kerätään järjestelmään ennalta sovitulla tavalla. Hankkeessa arvioidaan miten laajasti hankkeen toimenpiteet ovat levinneet ja miten ne on otettu organisaatioissa käyttöön. 	Kunta osallistuu ja sitoutuu tuomaan ja ylläpitämään sisältöä palvelutarjontimeen.	9 /27 kuntaa kokosi elintapaohjauksen palvelutarjottimen ja toimitti linkin shp:lle.
		Alueellinen viestintäsunnitelman laadinta ja sen toteuttaminen, tukena oman organisaation viestintäyksikkö.	Alueellinen näkyvyys koulutusten alkaessa paikallislehdissä, myös valtakunnallista näkyvyyttä.
		Oman organisaation ja yhteistyökumppaneiden sähköpostilistat ja viestintäkanava käytössä. Kohdennettu viestintä avainhenkilöille.	
		Hankehallinnoijalta vahva tuki ja valtakunnallisia viestintäkanavia.	
		Jokainen perusterveydenhuollon organisaatio toimitti tiedot kirjaamiskäytänteistä ja osasta saatiin asiantuntija-apua elintapaohjauksen kirjaamisen ohjeistuksen luomiseksi.	Elintapaohjauksen kirjaamisen pilotointiin osallistui kahden eri kunnan pth:n organisaatiosta vastaanottopalvelut.
		Säännöllinen raportointi hankkeen etenemisestä rahoittajalle ja hankehallinnoijalle.	

POHDINTA

Tärkeä implementointia edistävä tekijä on toimintansa muuttamista haluavien organisaatioiden edustajien aktiivinen ja sitoutunut osallistuminen implementointiprosessin kaikkiin vaiheisiin. Edustajilla tulee olla myös valtuuksia viedä toiminnan muutosta eteenpäin organisaatiossaan. Sairaanhoidopiiri voi koordinoida terveyden edistämisen ohjelmaa maakunnan tasolla, mutta itse muutostyö tehdään jokaisessa organisaatiossa erikseen aina potilaskohtamiseen asti.

Viestintä on osa koko implementointiprosessia. Se on keino, jolla tuetaan toimintatapojen muutosta ja vastataan muutosvastarintaan. Viestintä ja tiedonkulku on tunnistettu tärkeäksi osaksi implementointia. (39–40) Viestinnän tulee olla jatkuvaa, johdonmukaista ja avointa, jolloin se toimii välineenä luottamuksen rakentamiseen monien toimijoiden kesken sekä varmistaa, että tavoitteet ovat tunnistettu yhteisiksi ja niitä arvostetaan (41). Viestinnän määrä, säännöllisyys, viestintätapa ja tiedon löytämisen helppous on todettu keskeisiksi tekijöiksi käytäntöjen muuttamisessa (39). Viestintä tunnistettiin hankkeessa tärkeäksi, mutta käytettävissä ei ole tietoa siitä, kuinka hyvin sillä tavoitettiin eri toimijoita. Haasteena myös oli, että kärkihankkeen tiedottaminen ministeriön taholta oli vähäistä. Hankehallinnoija tuki aluehankkeita panostamalla tarjotun koulutuksen lisäksi viestintään. Aluehankkeen toteuttajat olisivat tarvinneet viestintäapua vetoamaan päätöksentekijöihin, jolloin ministeriön tuki olisi ollut tärkeää.

Implementoinnin alkuvaiheessa tärkeässä asemassa ovat luottamuksen rakentaminen, kaikkien osapuolten sitoutuminen, yhteisen kielen löytäminen ja merkitysten jakaminen. Käytössä olevan terminologian ja määritelmien pitää olla yhteisesti hyväksytyjä. Näin ei aina ole tai hyväksyntä voi olla vain osittaista. (42.) Käsitteiden ja perusteiden avaamiseen ja selkeyteen kannattaa käyttää riittävästi aikaa, jotta kieli ja kommunikaatio-ongelmat eivät muodostu implementoinnin esteiksi (43).

Yhteinen visio on ymmärrystä organisaation kaikilla tasoilla siitä, että menetelmä vastaa yhteisesti tunnistettuun tarpeeseen. Kaikkien organisaation kuuluvien osallisuus ja osallistuminen päätöksentekoon kaikissa implementoinnin vaiheissa on tärkeää. (21, 44–45.) Hankkeissa vision

rakentaminen lähtee liikkeelle alhaalta–ylös-asetelmasta, mutta ylhäältä–alas-asetelmalla taas koordinoidaan kentän toimintaa kohti yhteistä päämäärää. Keinoina voi olla menetelmäosaajien ja esimiesten kouluttaminen sekä tuen tarjoaminen toiminnan tueksi. Alhaalta–ylös-asetelma toimii tärkeänä tiedonantajana muutosalueen aihepiiristä. Raportit, kyselyt tai haastattelut käytännön työtä tekevien kanssa on koettu tässä arvokkaina (43). Hankkeen sisällön voidaan tulkitä vastanneen alueellista tarvetta, koska kaikista kunnista osoitettiin yhdyshenkilö, lähetettiin koulutuksiin osallistujia ja otettiin osaa kirjaimisen yhtenäistämistyöhön.

Tämän tutkimuksen mukaan sairaanhoidopiirin toteuttamassa aluehankkeessa ei ollut lyhyen hankkeajan takia mahdollista käyttää riittävästi aikaa suunnitteluun ja vuoropuheluun alueeseen kuuluvien kuntien edustajien kanssa. Sairaanhoidopiirin rooli myös korostui implementointiprosessin käyttöönottovaiheessa, koska kartoitusvaiheesta vastasi ministeriö ja valmisteluvaiheesta hankehallinnoija. Implementoitavat hyvät käytännöt oli listattu jo valtakunnallisen hankekemuksen aikana, joten niiden luotettavuuden arviointi oli tapahtunut ennen aluehankkeelle jäävää työtä. Aluehankkeelle jäi tehtäväksi valita listasta omalle alueelleen parhaiten tarvetta vastaava implementoitava toiminta. Osa hankealueista oli mukana jo suunnitteluvaiheessa valitsemassa implementoitavia käytäntöjä alueelleen. Työntekijät ovat avainasemassa, mutta he eivät voi toimia muutostyössä onnistuneesti ilman johdon tukea. Implementointiprosessin kannalta hyvin keskeinen ammattiryhmä ovat asiakastyöntekijöiden lähiesimiehet. Ylemmän johdon on tärkeää taas viestiä keskijohdolle, että juurruttamisprosessi on organisaation tähtäysjärjestyksen kärjessä ja turvata riittävät koulutus- ja henkilöstöresurssit. (46) Ylemmälle johdolle ja lähiesimiehille järjestettiin tilaisuuksia, joihin osallistuminen oli vähäistä. Toisaalta johto mahdollisti hyvin asiakastyötä tekevien koulutukseen osallistumisen jokaisesta kunnasta.

Poliittiset päätöksentekijät, virkamiehet ja ylin johto ovat taas merkittävässä asemassa siinä, että muutostyön mahdollistavat päätökset saadaan sekä tehdyksi että varmistuksena kansallisen ja toteuttavan tason muutostyöt kohtaavat organisaation strategiassa (43). Tuen antaminen

kunnan sisäiseen työhön jäi ohueksi ja kunnat jäivät toteuttamaan hankkeen toimenpiteitä itsenäisesti. Tällöin muutokset jäivät muutamien motivoituneiden ja laaja-alaisesti ajattelevien toteuttajien varaan yksittäisellä organisaatiotasolla.

Muutosvalmius kuvaa organisaation valmiustilaa muutoksen vastaanotolle. Uuden toimintatavan integroiminen osaksi omia käytäntöjä vaatii henkilöstön riittävän tietoisuuden siitä, mihin muutoksella pyritään. Avainasemassa on työntekijöiden kokemus siitä, että toteutettava muutos vastaa organisaation, ja asiakkaiden tarpeisiin sekä tukee omaa työtä ja arvoja. (21, 44,47.) Uusi toimintatapa liikunnan palveluketjun osalta aloitettiin hankeaikana viidessä kunnassa.

Johtamistavoista transformationalisella johtamisella on nähty etuja toimintatapojen implementoinnin edistämiseksi. Johtamistavassa korostuu innostava, älyllisesti stimuloiva, motivoiva ja ihmiskeskeinen, omaa esimerkkiä näyttävä johtajuus. (48, 49, 50) Johtajalta vaaditaan tässä riittävää ymmärrystä käyttöön otetusta menetelmästä, sen teoriataustasta ja käytänteistä. Esi- miesten pitää pystyä järjestämään ja tukemaan työaika-, työtehtävä- ja koulutusjärjestelyjä, joita toimintatavan juurruttaminen aina aiheuttaa. Työmenetelmän vaikutukset taas syntyvät asiakastyötä tekevän työntekijän ja asiakkaan yhteistoiminnasta, eivät käytössä olevasta työmenetelmästä itsessään. (51.)

Työntekijöiden rekrytoinneilla on suuri merkitys jokaisessa implementointiprosessin vaiheessa, kaikkein kriittisemmäksi on kuitenkin todettu menetelmien ylläpitovaihe (21). Ammattilaisten rekrytointivaiheessa ja valittaessa asiakastyöntekijöitä koulutuksiin, tulisi kartoittaa se, millaiset valmiudet ja motivaatio työnhakijalla /tekijällä on työn kehittämiseen näyttöön perustuvaan suuntaan. Tähän vaikuttavia tekijöitä ovat aikaisempi työkokemus sekä työntekijän teoreettinen suuntautuneisuus. (43.) Edellä kuvattuihin implementoinnin onnistumista tukeviin muutosten valmiuteen, johtamiseen ja rekrytointiin liittyviin tekijöihin ei voitu sairaanhoitopiiriin puolesta vaikuttaa.

Implementoinnin laadulla on tapana heikentä ajan myötä. (45, 52.) Merkkejä implementoinnin epäonnistumisen mahdollisuudesta ovat resurssien puute, organisaation ulkoisten yhteistyötahojen tuen puute, vaikeudet rekrytoida ja

pitää pysyvissä työsuhteissa osaavaa henkilöstöä, hankalaksi mielletty työtapa, jota ei nähdä pysyväksi osaksi organisaation työskentelyä, organisaation heikko usko omiin mahdollisuuksiin onnistua sekä huono yhteensopivuus työtavan tai työmenetelmän ja henkilöstön osaamisen tai organisaation vision ja toimintatavan kanssa. (53.)

Tulosten valossa on epäselvää, miten hankkeen tuotokset ovat jalkautuneet osaksi perusterveydenhuollon organisaatioiden käytäntöjä. Hankkeen kautta syntyneitä tuotoksia olivat elintapaohjauksen kirjaamista yhtenäistävä opas, tasalaatuista ravitsemusohjausta tukemaan työstetyt sisällöt ja vaikuttavan potilasvuorovaikutuksen menetelmä sekä terveydenhuoltojohteen poikkihallinnollisen liikunnan palveluketjun käyttöönotto osana elintapaohjausta.

VESOTE-hankkeessa käytettiin yhtenä implementointimenetelmänä koulutusta. Tutkimusten perusteella sen vaikuttavuus implementoinnin onnistumiseen on kuitenkin heikko tai kohtalainen (54).

VESOTE-hankkeessa keskityttiin kehittämissankkeille tyyppillisesti hankeaikaisiin tuloksiin eikä palvelujärjestelmän pysyviin muutoksiin. Tällöin toimenpiteet elävät hankkeen ajan, mutta eivät juurro käytäntöön eikä muutoksia oteta systemaattisesti osaksi normaalia työtä vaan palataan helposti entiseen toimintatapaan. Ulkopuolisen tahon on vaikea vaikuttaa EPIS – kehityksen avainkomponentteihin 2-4. Usein kuitenkin hankkeisiin nimenomaan palkataan ulkopuolista resurssia hankeajaksi, jolloin tekeminen tapahtuu hankkeen keston ajan. Tavoitteena on vastata hankkeen tavoitteisiin, kuten tässäkin tapauksessa.

Hankeaikana hallinnoija seurasi systemaattisesti tavoitteiden toteutumista, mutta seuranta ei enää suoritettu hankkeen loputtua. Tätä ei myöskään rahoittajan toimesta ministeriöstä edellytetty. Sairaanhoitopiiriin osalta implementoinnin onnistumista voidaan arvioida toteuttamisprosessin osalta.

Aluehankkeen hanketyön käytännön kokeuksena toimenpiteiden eteenpäin viemistä tukivat hankeorganisaation ja yhteistyökumppaneiden monipuoliset jakelulistat tiedottamisen apuna, valtakunnallisen hankehallinnoijan toteuttamien koulutusten järjestäminen mahdollisimman nopeasti, jolloin niiden loputtua käytössä oli mo-

nipuolinen ja laaja toimijaverkosto sekä aktiivinen yhteistyö yhdistysten kanssa, jolloin käytössä oli myös heidän verkostonsa. Hanketta tuki myös nopea ja kevyellä tasolla tehty alkukartoitus pääasiassa kuntien diabeteshoitajilta siitä, millaista tukea hankkeen kautta voitaisiin tarjota. Esiin nousi tuen puute ravitsemusohjaukselle. Tähän vastattiin hankkimalla hankkeelle ravitsemusterapeutin työpanosta yhtenäistämään ravitsemusohjauksen sisältöä. Yhdyshenkilön nimeäminen kunnittain auttoi tiedottamisessa. Alueellisen Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmän toimiminen ohjausryhmänä auttoi linkittämään työtä silloiseen Maakunta ja SOTE-valmisteluun.

Kansallisen implementointitutkimuksen tarve on tunnustettu vuonna 2013 STM:n asetuksessa (718/2013) yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoituksesta, joka nosti terveydenhuollon palvelujärjestelmään ja menetelmien tuoksellisuuteen ja vaikuttavuuteen sekä toimintakäytäntöjen muuttamiseen kohdistuvan tutkimuksen yhdeksi rahoituksen painopisteistä. Tässä tutkimuksessa käytettiin kahta arvioinnin viitekehystä, koska kumpikaan yksinään ei olisi vastannut tutkimuskysymyksiin. Kansallisen implementointitutkimuksen haasteiksi on lisäksi tunnistettu laadukkaan tiedon saaminen terveydenhuollon tietojärjestelmistä sekä väestötason tutkimuksissa syysuhteen osoittaminen muutoksen ja implementoinnin välillä (9.)

Implementointitutkimus tarkastelee ja edistää tieteellisesti tutkimustiedon käyttöön saattamista erilaisissa toimintaympäristöissä (12). Arkivai-kuttavan lääketieteen tavoitteena on tuottaa mahdollisimman paljon terveyttä niin, että potilaiden kokemat haitat ovat mahdollisimman pieniä ja yhteiskunnalle koituvat kustannukset ovat kohtuullisia. Yksittäisten toimenpiteiden sijaan pitäisi priorisoida saatavuuteen ja koko hoitoketjuun. Arkivai-kuttavuuden lääketieteen tulisi vahvistaa ja kehittää hyvää kliinistä osaamista, ajantasaisen tieteellisen näytön hyödyntämistä, jatkuvaa suoriutumisen dokumentointia sekä hoitoyksiköiden välistä vertaiskehittämistä (55). Ilman erillisiä toimia ei julkaistua tietoa saada systemaattisesti käytäntöön vaan se muuttuu

sattumanvaraisesti toimintatavoiksi arkityöhön (9) jolloin osa potilaista ei saa vaikuttavaa hoitoa koska vaikuttavuustieto ei siirry arkitoimintaan. (56, 9) Tarvitaan siis tietoa arkielämän käytännöistä ja tätä tietoa tulee hyödyntää vaikuttavuuden lisäämiseksi. On oltava myös viitekehys, jonka avulla eri tasoilta saatavaa tietoa voidaan tehokkaasti hyödyntää. (55.)

JOHTOPÄÄTÖKSET

VESOTE-hankkeen haasteena olivat isot tavoitteet suhteessa resurssiin sekä laaja alue, johon toiminta kohdennettiin. Jo hankkeen tunnetuksi tekemiseen ja kuntien sitoutumiseen meni aikaa, joka kuitenkin on merkityksellistä hankkeen onnistumisen kannalta. Tällä tavalla toteutettuna on hankalaa saada palvelujärjestelmään pysyviä muutoksia. Myös yhtenäisiä mittareita vaikuttavuuden arvioinnin tueksi tarvitaan. Lisäksi tarvitaan paikallisella tasolla mukaan heti implementointiprosessin ensimmäisestä vaiheesta alkaen edustajat niistä organisaatioista, jotka lähtevät muuttamaan toimintaansa. Aluehankkeen keskityessä toteutusvaiheeseen, jäi tärkeät kartoitus- ja valmisteluvaiheet toteutumatta, joilla olisi edesautettu toimenpiteiden jalkautumista käytäntöön pysyviksi.

Tässä tutkimuksessa kuvataan Varsinais-Suomessa 27 kunnan alueelle toteutetun 500 000 ihmisen kattavan intervention käynnistyminen, haasteet ja onnistuminen käytettäväksi muiden väestötason terveyden edistämisen interventioiden tueksi. Tutkimuksen tulokset ovat hyödynnettävissä suurien väestötason interventioiden suunnitteluun ja implementointiin organisaatio-tasolla.

RAHOITTAJAT:

Tutkimusta ei ole rahoittanut mikään taho.

KIRJOITAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Dalbom osallistui tutkimuksen suunnitteluun, analyysin tekoon ja artikkelin kirjoittamiseen.

Tuominen ja Rautava osallistuivat tutkimuksen suunnitteluun, kirjoittamiseen ja kriittiseen kommentointiin.

Ministry of Social Affairs and Health has funded 2017–2018 a program for the promotion of health and well-being and the reduction of health inequalities. VESOTE (Effective lifestyle counselling for social and health care cross-functionally) program was part of this program. The aim of VESOTE was to disseminate a set of evidence-based lifestyle counselling practices in the permanent use. The aim of the study is to analyze and measure the implementation of the population-level health promotion programs of 27 municipalities and 500,000 people and describe the challenges and successes of the interventions to benefit the future health promotion programs.

The aim of the analysis is to identify factors that should be taken into account when launching population-level health promotion program in the future. The material that was analyzed consisted of project documents: the state aid project plan 2016, the project plan of the regional project 2017, follow-up reports 2017–2018, nationwide final report 2019 and the experiences of key people in the regional project.

The data analysis was deductive analysis using to Finnish guidelines for the implementation of

treatment recommendations and international EPIS frameworks.

Theories can be used to explain what steps the implementation process entails and how and why the implementation succeeds or fails. An analysis framework was made on the basis of this information and it was sought in terms of content from the material. Exploration, preparation, implementation and sustainment of the implementation process are important because all affect the outcome. The results and impacts are related to the means used in the implementation. The role of the hospital district focused on the implementation phase. Exploration was performed of Ministry of Social Affairs and Health and preparation phase was emphasized the role of the project Administer. Sustainment phase and its systematic influence at the service system level was not achieved.

Keywords: implementation, evaluation, health promotion program

Saapunut (05.03.2021)

Hyväksytty (27.10.2021)

AINEISTO

UKK-instituutti. 2016. Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkiallisesti – hankehakemus.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2017. VESOTE-aluehankkeen hankesuunnitelma.

VSSHP:n VESOTE aluehankkeen kuukausittain laatimat tilanneraportit hankehallinnoijalle 2017–2018:

Raportti VSSHP:n VESOTE-hankkeen etenemisestä ajalta 1.1.2017–30.6.2017.

Raportti VSSHP:n VESOTE -hankkeen etenemisestä ajalta 1.7.–31.12.2017.

Raportti VSSHP:n VESOTE -hankkeen etenemisestä ajalta 1.1.2018–31.6.2018.

Raportti VSSHP:n VESOTE -hankkeen etenemisestä ajalta 1.7.2018–31.12.2018.

VESOTE VSSHP loppuraportti.

VESOTE -loppuraportti 2017–2018, koonnut Kivimäki, Jussila & Vasankari 2019. https://www.ppshp.fi/dokumentit/Raportti%20sisltyyppi/UKK_VESOTE_hankekooste_helmikuu2019.pdf

LÄHTEET

- (1) Sihto M. Terveyspolitiikka, kansanterveys ja terveyden edistäminen – käsitteitä ja kehityskulkuja. Teoksessa Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt (toim.) Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere. 2013.
- (2) Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollonkansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö: Julkaisuja 2008:6. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/73921>

- (3) Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö: Raportteja ja muistioita 2016:8. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/74927>
- (4) Valtioneuvosto 2015. Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. https://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YHDISTETTY_netti.pdf
- (5) Valtioneuvosto 2018. Ratkaisujen Suomi: Hallituksen toimintasuunnitelma vuosille 2018–2019. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160963>
- (6) Sosiaali- ja terveysministeriö. Kärkihanke Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen. Hanke-suunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:50. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/75362>
- (7) UKK-instituutti. 2016. Vaikuttavaa elintapa-ohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkiallisesti -hankehakemus.
- (8) Craig P, Dieppe P, Macintyre S, ym. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance 2006. *Luettu* 5.8.2019. <http://www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance>
- (9) Sipilä R, Mäntyranta T, Mäkelä M, ym. Implementointia suomeksi. *Duodecim; Lääketieteellinen Aikakauskirja* 2016;132(9):850–857. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo13109.pdf>
- (10) Fixsen DL, Blase KA, Naoom SF, ym. 2009. Core implementation components. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 531–540. <https://doi.org/10.1177/1049731509335549>
- (11) Moullin JC, Dickson KS, Stadnick NA ym. Systematic review of the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework. *Implementation Sci* 2019;14:1. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0842-6>
- (12) Eccles MP, Mittman BS. Welcome to implementation science. *Implement Sci* 2006;1:1. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1>
- (13) Peters DH, Adam T, Alonge O, ym. Republished research: Implementation research: what it is and how to do it. *British Journal of Sports Medicine* 2014;48:731–736. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f6753>
- (14) Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science* 2015;10(1):53. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>
- (15) Seppänen-Järvelä R. Monimuotoinen implementaatiotutkimus. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2017;54:151–154.
- (16) Weiss C. Nothing as Practical as Good Theory: Exploring Theory-Based Evaluation for Comprehensive Community Initiatives for Children and Families. Teoksessa: Connell J, Kubisch A, Schorr L, Weiss C. (toim.) *New Approaches to Evaluating Community Initiatives*. Washington: Aspen Institute; 1995.
- (17) Grol RP, Bosch MC, Hulscher ME, ym. Planning and studying improvement in patient care: the use of theoretical perspectives. *Milbank Q* 2007;85:93–138. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2007.00478.x>
- (18) Colquhoun H, Leeman J, Michie S, ym. Towards a common terminology: a simplified framework of interventions to promote and integrate evidence into health practices, systems, and policies. *Implement Sci* 2014; 9:51. <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0154-4>
- (19) Ahtiluoto A, Kaila M, Komulainen J, ym. Suomalaisen hoitosuosituksen käyttöönoton tutkimusta tarvitaan lisää. *Aikakauskirja Duodecim* 2017;133(18):1647–1654.
- (20) Aarons GA, Hurlburt M, Horwitz SM. Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2011;38(1):4–23. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>
- (21) Aarons GA, Ehrhart MG, Farahnak LR, ym. Aligning leadership across systems and organizations to develop a strategic climate for evidence-based practice implementation. *Annu Rev Public Health* 2014; 35:255–74 <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182447>
- (22) Brownson RC, Colditz GA, Proctor EK. Dissemination and implementation research in health: translating science to practice. USA: Oxford University Press; 2012. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199751877.001.0001>
- (23) Chambers DA. Commentary: increasing the connectivity between implementation science and public health: advancing methodology, evidence integration, and sustainability. *Annu Rev Public Health* 2018;39:1–4. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-110717-045850>
- (24) Kyngäs H, Vanhanen L. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1999;11(1):3–12.
- (25) Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 2008;62(1):107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- (26) Harwood TG, Garry T. An overview of content analysis. *The Marketing Review* 2003;3(4):479–498. <https://doi.org/10.1362/146934703771910080>
- (27) Aira M. Laadullisen tutkimuksen arviointi. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2005;121(10):1073–77. <https://www.duodecimlehti.fi/duo94977>
- (28) Sofaer S. Qualitative research methods. *Int J Qual Health Care* 2002; 14: 329–36. <https://doi.org/10.1093/intqhc/14.4.329>

- (29) Ojasalo K, Moilanen T, Ritalahti J. Kehittämistyön menetelmät – Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Sanoma Pro; 2015.
- (30) Kylmä J, Vehviläinen-Julkunen K, Lähdevirta J. Laadullinen terveystutkimus – Mitä, miten ja miksi? Duodecim; 2003, 609–615.
- (31) Kylmä J, Juvakka T. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy; 2007.
- (32) Yardley L. Dilemmas in qualitative health research on psychiatry. *Canadian Journal of psychiatry* 2000;50(2):108–114. <https://doi.org/10.1177/070674370505000206>
- (33) Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*. 2001 Aug 11; 358(9280):483–8 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- (34) Tuomi J, Sarajarvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi (Uudistettu laitos.). Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi; 2018.
- (35) Barbour RS. Checklists for improving rigour in qualitative research: a case of the tail wagging the dog? *BMJ* 2001; 322:1115–7. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7294.1115>
- (36) Bowen GA. Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal* 2009; 9:27–40. <https://doi.org/10.3316/QRJ0902027>
- (37) Kvale S. Interviews: an introduction to qualitative research interviewing. USA: Sage Publications; 1996.
- (38) Voutilainen A, Kapanen S, Kangasniemi M. Työnjaon kuvaus sosiaali- ja terveystieteiden asiakirjoissa – dokumenttianalyysi. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2018;55(3). <https://doi.org/10.23990/sa.74422>
- (39) Diedrick LA, Schaffer MA, Sandau K. A practical communication strategy to improve implementation of evidence-based practice. *JONA: The Journal of Nursing Administration* 2011;41(11):459–465. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182346e61>
- (40) Kania J, Kramer M. Collective impact. *Stanford Social Innovation Review* 2011;9(1):36–41.
- (41) Turner S, Merchant K, Kania J, ym. Understanding the Value of Backbone Organizations in Collective Impact. *Stanford Social Innovation Review*; 2012. https://ssir.org/articles/entry/understanding_the_value_of_backbone_organizations_in_collective_impact_1#
- (42) Delisle CL, Olson D. Would the real project management language please stand up? *International Journal of Project Management* 2004;22(4):327–337. [https://doi.org/10.1016/S0263-7863\(03\)00072-3](https://doi.org/10.1016/S0263-7863(03)00072-3)
- (43) Kouvonen P, Laajasalo T. Näyttöön perustuva työ lasten kasvun tukena – miten johtaa juurtumista? Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö; 2019. Luettu 2.6.2020. kasvuntuki.fi/implimentointipassit
- (44) Hickey G, McGilloway S, O'Brien M, ym. Strengthening stakeholder buy-in and engagement for successful exploration and installation: A case study of the development of an area-wide, evidence-based prevention and early intervention strategy. *Children and Youth Services Review* 2018;91:185–195. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2018.06.008>
- (45) Durlak JA, DuPre EP. Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology* 2008;41(3):327–350. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>
- (46) Birken SA, Lee SD, Weiner BJ, ym. From strategy to action: How top managers' support increases middle managers' commitment to innovation implementation in health care organizations. *Health Care Management Review* 2015;40(2):159–168. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000018>
- (47) Paton R, McCalman J. Change management: A guide to effective implementation (3rd ed.). Thousand Oaks (Calif.): Sage Publications; 2008.
- (48) Green AE, Albanese BJ, Shapiro NM, ym. The roles of individual and organizational factors in burnout among community-based mental health service providers. *Psychological Services* 2014;11(1):41–49. <https://doi.org/10.1037/a0035299>
- (49) Aarons GA, Sommerfeld DH. Leadership, innovation climate, and attitudes toward evidence-based practice during a statewide implementation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2012;51(4):423–431. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.01.018>
- (50) Aarons GA. Transformational and transactional leadership: Association with attitudes toward evidence-based practice. *Psychiatric Services* 2006;57(8):1162–1169. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.8.1162>
- (51) Ehrling L. Multidimensional Family Therapy. Uusi työtapu nuorten monimuotoisiin ongelmiin. Kokemuksia MDFT:n mahdollisuuksista. Helsinki: Paintprinting; 2014.
- (52) Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, ym. Implementation Research: A Synthesis of the Literature. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication 231), 2005;69–70.
- (53) Massatti RR, Sweeney HA, Panzano PC, ym. The de-adaption of innovative mental health practices (IMHP): why organizations choose not to sustain an IMPH. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2008;35(1-2):50–65. <https://doi.org/10.1007/s10488-007-0141-z>

- (54) Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN ym.
Knowledge translation of research findings.
Implementation Sci 2012;7:50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-50>
- (55) Malmivaara A. Kohti lääketieteen
arkivaikuttavuutta. *Duodecim* 2012;128:445–6.
- (56) Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best
practice: effective implementation of change in
patients' care. *Lancet* 2003;362:1225–30. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14546-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14546-1)

LINDA DALBOM

Th YAMK, väitöskirjatutkija
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri
Perusterveydenhuollon yksikkö

MIIA TUOMINEN
FT, tutkimuspäällikkö
Turun yliopisto
Sote-akatemia

PÄIVI RAUTAVA
LKT, ehkäisevän terveydenhuollon professori,
tutkimusylilääkäri
Turun yliopistollinen keskussairaala
Tutkimuspalvelut