

# **Vuorovaikutusohjannan (IPC-N) implementointi yhteistyöalueiden yliopistollisissa sairaaloissa**

Sosiaali- ja terveystutkimuksen ja -johtamisen maisteriohjelma  
Maisterintutkielma

Laatija:  
Sara Tani

Ohjaajat:  
Riikka Lämsä  
Karri Silventoinen

8.5.2023  
Helsinki

**Tiedekunta:** Valtiotieteellinen tiedekunta

**Koulutusohjelma:** Sosiaali- ja terveystutkimuksen ja johtamisen maisteriohjelma

**Opintosuunta:** -

**Tekijä:** Sara Tani

**Työn nimi:** Vuorovaikutusohjannan (IPC-N) implementointi yhteistyöalueiden yliopistollisissa sairaaloissa

**Työn laji:** Maisterintutkielma

**Kuukausi ja vuosi:** Toukokuu 2023

**Sivumäärä:** 72 + liitteet 8

**Avainsanat:** Implementointi, implementointitutkimus, implementointistrategiat, vuorovaikutusohjanta, psykososiaaliset menetelmät, palvelujärjestelmä

**Ohjaajat:** Riikka Lämsä, Karri Silventoinen

**Säilytyspaikka:** Helsingin yliopiston kirjasto

### **Tiivistelmä:**

Tämän maisterintutkielman tarkoituksena on tutkia vuorovaikutusohjannan (IPC-N) implementointia, juurrutusprosessin koordinoitua ja implementoinnin erityispiirteitä yhteistyöalueiden yliopistollisissa sairaaloissa implementointityötä tekevien ammattilaisten näkökulmasta. Tutkielman tavoitteena on lisätä ymmärrystä, miten Suomen palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkumetreillä implementoidaan näyttöön perustuvaa psykososiaalista menetelmää. Tutkielman teoreettinen viitekehys rakentuu implementointitutkimuksen käsitteille ja teorioille. Tutkielmassa hyödynnetään teoreettisena pohjana EPIS-viitekehystä, josta johdetaan implementoinnin vaiheet, joita ovat kartoitus-, valmistelu-, implementointi- ja ylläpitovaihe. Implementointivaiheiden lisäksi tutkielman teoreettisen viitekehyksen yhtenä kärkenä ovat implementoinnin edistäjät ja heidän tekemänsä implementointityö, josta jälkimmäistä tarkasteltiin tarkemmin implementointistrategioiden näkökulmasta.

Tutkimus on laadullinen. Aineisto on analysoitu hyödyntäen teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä. Tutkielman aineistona on kuusi teemahaastattelua. Aineisto on kerätty kolmesta yliopistollisesta sairaalasta. Haastateltavat ovat yliopistollisissa sairaaloissa työskenteleviä sairaanhoitajia tai lääkäreitä. Kaikki haastateltavat olivat työssään olleet tekemisissä vuorovaikutusohjannan implementoinnin kanssa implementoinnin eri vaiheissa.

Tulokset osoittavat, että yliopistollisissa sairaaloissa menetelmää implementoivat ammattilaiset hyödynsivät eniten arvioivia ja iteratiivisia strategioita, sidosryhmien välisten suhteiden kehittämisen strategioita sekä sidosryhmien kouluttamisen strategioita osana implementointiprosessin eri vaiheita. Vähiten hyödynnettiin kuluttajien osallistamisen, rahoituksen ja infrastruktuurin muuttamisen strategioita. Implementointistrategioita hyödynnettiin erityisesti implementointi- ja ylläpitovaiheissa. Yhteistyötä tehtiin eri toimijoiden kanssa implementoinnin eri vaiheissa. Kartoitusvaiheessa yhteistyötä tehtiin yliopistollisten sairaaloiden tasolla lähinnä nuorisopsykiatrian ylilääkäreiden työryhmän kesken, kun tarve epidemiologisesta näkökulmasta lähtien nuorten masennuksen hoitoon tarkoitettulle menetelmälle tunnistettiin. Valmisteluvaiheessa yhteistyötä tehtiin aluksi kansallisesti, mutta yhteistyö hiipui. Yhteistyötä tehtiin myös yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden kanssa. Implementointivaiheessa yhteistyö muihin yliopistollisiin sairaaloihin riippui paljon yksilöiden omista verkostoista. Hyvinvointialueiden kanssa yhteistyötä jatkettiin. Ylläpitovaiheessa yhteistyö keskittyi hyvinvointialueiden ja esihenkilöiden kanssa yhteyden pitämiseen, jotta menetelmä jäisi hyvinvointialueiden palveluvalikoimaan ja sille saataisiin jatkoresurssi.

Yhteenvedon voidaan todeta, että jatkossa otettaessa kansallisesti käyttöön menetelmiä, tulisi niiden implementointiprosessia olla mietittynä laajemmin ja tarkemmin. Osana implementointia tulisi olla vahva, kansallinen yhteistyö ja menetelmällä tulisi olla kotipesäorganisaatio, joka suunnittelee menetelmäkoulutuksen ja tiivistää olemassa olevaa tietoa.

**Taulukot**

Taulukko 1. Yhteistyöalueet

Taulukko 2. Teoreettisen viitekehyksen tiivistelmä

Taulukko 2. Sisällönanalyysin luokkien muodostus

Taulukko 4. Tutkimuksen tulokset tiivistettynä

**Kuviot**

Kuvio 1. Implementointitutkimuksen teoreettiset viitekehykset

Kuvio 2. EPIS-viitekehys

Kuvio 3. Implementoinnin edistäjät

**Lyhenteet**

STM: Sosiaali- ja terveysministeriö

THL: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

TulSote: Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -kehityshanke

IPC-N: Vuorovaikutusohjanta

## Sisällys

<b>1</b>	<b>Johdanto</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Tutkimuksen lähtökohdat</b>	<b>3</b>
2.1	Sote-uudistus ja palvelujärjestelmän konteksti	4
2.2	Näyttöön perustuva toiminta ja menetelmät	7
2.3	Vuorovaikutusohjanta (IPC-N) – menetelmän tausta ja aiempi tutkimus Suomessa	8
2.4	IMAGINE-tutkimuskonsortio	10
<b>3</b>	<b>Tutkielman teoreettinen viitekehys</b>	<b>11</b>
3.1	Kriittinen realismi tieteenfilosofisena taustana	11
3.2	Implementointitutkimus	12
3.3	EPIS-viitekehys	14
3.4	Välittäjäroolin toimijat ja implementoinnin edistäjät	16
3.5	Implementointistrategiat	19
3.6	Yhteenveto viitekehuksesta ja tutkimuskysymykset	22
<b>4</b>	<b>Tutkimusmetodologia</b>	<b>23</b>
4.1	Laadullinen tutkimus	23
4.2	Tutkittavien rekrytointi	23
4.3	Aineistonkeruumenetelmät ja aineiston esittely	25
4.4	Tutkimusetiikan huomiointi	26
4.5	Analyysin vaiheet	27
<b>5</b>	<b>Tulokset</b>	<b>30</b>
5.1	Kartoitusvaiheen strategiat	30
5.2	Valmisteluvaiheen strategiat	33
5.3	Implementointivaiheen strategiat	37
5.4	Ylläpitovaiheen strategiat	43
<b>6</b>	<b>Johtopäätökset</b>	<b>48</b>
6.1	Yhteenveto tuloksista	48
6.2	Pohdinta ja suhde aiempaan tutkimukseen	52
6.1	Tutkielman rajoitteet ja jatkotutkimusehdotukset	58
<b>7</b>	<b>Lähteet</b>	<b>62</b>
<b>8</b>	<b>Liitteet</b>	<b>73</b>

# 1 Johdanto

Nuoret elävät yhä hektisempää elämää: koronapandemia on järkyttänyt nuorten turvallisuuden tunnetta, ja maailmanpoliittinen tilanne ja ilmastonmuutos lisäävät nuorten huolta. COVID-19- pandemian aiheuttamia nuorten mielenterveysvaikutuksia globaalisti tarkastelevassa meta-analyysissä todettiin, että lasten ja nuorten kliinisesti merkittävä masennus- ja ahdistuneisuusoireilu kaksinkertaistui pandemian aikana (Racine ym., 2021). Nousu on nähtävissä myös Suomessa: Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) kouluterveyskyselyn mukaan yhä useampi nuori raportoi masennusoireista, ja erityisesti tyttöjen oireilu lisääntyi vuodesta 2019 vuoteen 2021 (Aalto-Setälä ym., 2021). Eri mielenterveyshäiriöstä juuri masentuneisuus onkin kaikista yleisempää nuorten keskuudessa, sillä yli viidesosa nuorista kokee masennusoireita, ja jopa 5–10 prosenttia kokee kliinisesti määriteltävissä olevia masennusjaksoja ja 1–2 prosentilla masennus on pitkäaikaista (Marttunen & Karlsson, 2014, s. 43). Masennus on lisäksi yhteydessä myös muihin liitännäishäiriöihin, kuten ahdistuneisuus-, tai käytöshäiriöihin sekä päihdeongelmiin (Marttunen ym., 2015, s. 3111).

Lasten ja nuorten kasvaneen oireilun myötä he hakeutuvat palveluihin saadakseen apua. Vuoden 2020 tutkimusten ja hoidon tilastoraporttien mukaan 7–12-vuotiaista lapsista 8,5 prosentilla, 13–17-vuotiaista nuorista 14,4 prosentilla ja 18–22-vuotiaista nuorista 18 prosentilla oli tutkimus- ja hoitokäyntejä terveydenhuollossa mielenterveysperusteisten syiden takia. 13–22-vuotiaiden yleisin käyntisy syy oli masennustila tai ahdistuneisuushäiriö. (Forsell, 2022.) Huolimatta siitä, että tilastojen valossa nuorten masennusoireilu on lisääntynyt ja tätä kautta avuntarve mielenterveysongelmiin on kasvanut, ei apua hakevia nuoria pystytä auttamaan riittävästi mielenterveyden yleisimmissä häiriöissä, kuten masennuksessa: lähipalveluiden koordinoinnin haasteet ja puutteelliset resurssit vastata kasvaneeseen palvelutarpeeseen haastavat palveluihin pääsyä (Wiss ym., 2017). Varhainen puuttuminen esimerkiksi peruspalveluiden tai oppilashuollon tasolla onkin perusteltua myös siitä näkökulmasta, että varhainen puuttuminen liittyy parempaan ennusteeseen toipua, jonka kautta voidaan ehkäistä syrjäytymisriskiä, kustannuksia sekä muita terveys- ja hyvinvointiongelmia, jopa ennen aikaista kuolemaa (Marttunen & Karlsson, 2014; Leone ym., 2021).

Nuorten mielenterveysoireisiin vastaamista perustason palveluissa on pyritty kehittämään. Ratkaisua on haettu osana Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) Mielenterveysstrategiaa vuosille 2020–2030, jossa yhtenä pääpainopisteenä ovat lapset ja nuoret. Lisäksi palveluita kehitetään osana Tulevaisuuden sote-keskukset -kehitysohjelmaa, jonka tavoitteena on tuoda

käyttöön uusia psykososiaalisia menetelmiä nuorten perustason palveluihin ja tukea niiden parempaa saatavuutta. (Vorma ym., 2020.) Näiden strategisten tavoitteiden pohjalta Suomeen on otettu kansalliseen levitykseen masennukseen hoitoon kehitetty interventio, interpersonaalinen ohjanta eli vuorovaikutusohjanta (IPC-N) (Linnaranta ym., 2022). IPC-N (eng. *interpersonal counseling*, IPC-A), on lyhyt, asiakaskeskeinen lähestymistapa masennukseen ja sen ennaltaehkäisyyn. Ohjantaa voidaan tarjota eri kouluasteilla ja matalan kynnyksen mielenterveyspalveluissa. (Weissman, 2006; Weissman ym., 2014, s. 363–364.)

Aiempien tilastojen valossa IPC-N:n kaltaiselle peruspalveluissa toteutettavalle menetelmälle on siis tarvetta. Kuitenkaan yksin se, että ratkaisuksi on valittu jokin menetelmä, jolla on vaikuttavuusnäyttöä ei riitä siihen, että sen juurtuminen palvelujärjestelmään onnistuisi. Pitkällä aikavälillä menetelmien vaikuttavuus mitataankin tarkastelemalla sitä, miten hyvin menetelmät juurtuvat osaksi palvelujärjestelmää ja sen käytäntöjä ja tässä menetelmän kotipesä tukee prosessia (Kouvonen & Kurki, 2020).

Vuorovaikutusohjannan implementoinnin ympärillä on implementointirakenteita, ja implementointi tapahtuu yhteistyöalueilla sijaitsevien yliopistollisten sairaaloiden koordinoimana keskittämisasiäsetuksen (582/2017, 4 §) mukaisena toimintana. Käytännössä se tarkoittaa sitä, että yliopistollinen sairaala vastaa implementoinnin koordinaatiosta oman yhteistyöalueensa hyvinvointialueille. Kansalliselle implementoinnille ei kuitenkaan ole olemassa yhtä kansallista tahoa. Vuorovaikutusohjannalla ei siis ole Suomessa varsinaista kotipesäorganisaatiota, vaikka Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on yrittänytkin yhtenäistää esimerkiksi seurannan ja implementoinnin prosesseja yhteistyöalueilla (Linnaranta ym., 2022). Suomalaisten implementointi- ja vaikuttavien menetelmien tutkijoiden Petra Kouvosen ja Marjo Kurjen (2020) mukaan siirtymä esimerkiksi erikoissairaanhoidon korjaavista palveluista ennaltaehkäiseviin ja varhaisen vaiheen hoitoon perustasolle Suomessa edellyttää, että valtakunnallisessa päätöksenteossa kiinnitetään huomiota eri tahojen työnjakoon. Linnaranta kumppaneineen (2022) toteaaakin, että vuorovaikutusohjannan juurtumisen näkökulmasta tutkimus sen implementoinnin haasteista ja onnistumisista on olennaista. Tämän pohjalta tutkimuksen tarkoituksena on tutkia IPC-N menetelmän implementointia, juurrutusprosessin koordinointia ja implementoinnin erityispiirteitä yhteistyöalueiden yliopistollisissa sairaaloissa.

Linnaranta kumppaneineen (2022) on kuvannut artikkelissaan vuorovaikutusohjannan kansallista juurrutusta, mutta tutkimuksessa ei kuvata tarkemmin yhteistyöalueiden yliopistollisten sairaaloiden kokemuksia implementoinnista, vaikka ne vastaavatkin sen

juurruttamisesta käyttöön omalla yhteistyöalueellaan. Mielenterveystyölle ei yleisesti ole rakentunut vielä laajaa verkostomaista koordinaatiota ja tukea Suomessa, joten tästäkin näkökulmasta yliopistollisten sairaaloiden koordinoima implementointi on mielenkiintoinen tutkimuskohde. Yhteistyöalueet toimivat palvelujärjestelmän mesotasolla kahden muun toimijan välissä kuntien ja hyvinvointialueiden sekä kansallisen ohjauksen välimaastossa. Tämän tutkielman tavoitteena onkin lisätä ymmärrystä siitä, miten Suomen palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkumetreillä implementoidaan näyttöön perustuvaa psykososiaalista menetelmää.

Tutkielma etenee seuraavasti: aluksi esittelen tutkielman lähtökohdista, joihin kuuluvat sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistus ja siihen kytkeytyvät kehityshankkeet. Tämän jälkeen määrittelen näyttöön perustuva toimintaa ja vuorovaikutusohjantaa. Sen jälkeen esittelen aiempaa tutkimusta siitä, miten vuorovaikutusohjantaa on tutkittu Suomessa. Lopussa liitän tutkimuksen sen tieteelliseen kontekstiin osana IMAGINE-tutkimuskonsortiota. Nykytilanteen taustoituksen jälkeen esitellään tutkimuksen teoreettinen viitekehys. Esittelen ensin tutkielman tieteenfilosofisen pohjan kriittisen realismin, jonka jälkeen avaatan implementointitutkimuksen perinnettä ja sen yleisimpiä teoreettisia viitekehyksiä. Osana näitä viitekehyksiä esittelen implementointiprosessin tutkimuskirjallisuuden valossa ja osana tätä esittelen implementoinnin siltaavia tekijöitä ja implementoinnin edistäjiä. Lopuksi täydennän viitekehystäni eri implementointistrategioiden näkökulmalla. Teoreettisen viitekehysten lopussa kuvaan tutkielman tutkimuskysymykset. Tämän jälkeen esittelen tutkimuksen metodologian ja tutkimusstrategian, jonka jälkeen kuvaan tutkimuksen tulokset. Lopussa seuraa johtopäätökset, pohdinta ja jatkotutkimusehdotukset.

## **2 Tutkimuksen lähtökohdat**

Kuvaan tässä luvussa tutkimuksen kontekstia. Tutkimuksen taustoittamiseksi avaatan Suomen palvelujärjestelmän rakenteen muutosta sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistuksen ja siihen liittyvien kehityshankkeiden näkökulmasta. Sen jälkeen esittelen näyttöön perustuvaa toimintaa ja tutkielmassa tarkasteltavan implementoinnin kohteena olevaa vuorovaikutusohjantaa tarkemmin. Lopuksi tutkielma liitetään käytäntöön ja aiheen tutkimukseen Suomessa, sillä tutkielma toteutetaan osana laajempaa IMAGINE-tutkimuskonsortioon kuuluvaa osatutkimushanketta.

## 2.1 Sote-uudistus ja palvelujärjestelmän konteksti

Tutkielman kontekstiin vaikuttaa laajasti yksi suurimmista Suomen palvelurakenteen muutosprosesseista. Vuoden 2023 alusta alkaen vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisestä on siirtynyt pois kunnilta ja kuntayhtymiltä 21 hyvinvointialueelle. Tästä poikkeuksena on Helsingin kaupunki, jolla aiemmin mainitut vastuut pysyvät ennallaan. Tämän lisäksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin yhtymällä on erikseen säädetty järjestämisvastuu erikoissairaanhoidon tehtävistä omalla alueellaan. Sote-uudistuksen tavoitteena on turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat palvelut hyvinvointialueilla, parantaa palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta, kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, turvata sote-ammattilaisten työvoiman saanti, vastata ikääntymisen ja laskevan syntyvyyden asettamiin haasteisiin sekä hallita kustannusten kasvua. (Sote-uudistus.fi, 2022a.) Tästä näkökulmasta siis myös tämän tutkimuksen kontekstissa IPC-N:n tarkastelu osana palvelujärjestelmää on olennaista: alueellisesti yhdenvertaisten ja laadukkaiden palveluiden takaaminen, palveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden sekä hyvinvointierojen kaventamisen näkökulmat liittyvät myös IPC-N:n implementointiin eri yhteistyöalueilla ja sitä kautta hyvinvointialueilla kansallisesti.

Sote-uudistukseen liittyen tutkielman tarkemman kontekstin luovat yhteistyöalueet ja tarkemmin niissä toimivat yliopistolliset sairaalat. Yhteistyöalueet vertautuvat uudessa palvelujärjestelmän rakenteessa aiempiin erityisvastuualueisiin. Nykyisessä mallissa jokainen hyvinvointialue kuuluu vuoden 2022 asetuksella (91/2022) määriteltävään yhteistyöalueeseen, joilla jokaisella on yksi hyvinvointialue, jossa sijaitsee yliopistollinen sairaala, lukuun ottamatta Helsingin kaupungin ja Uudenmaan hyvinvointialueita. Erikoissairaanhoidon keskittämisasetuksessa (582/2017, 4 §) todetaan, että viiden yliopistosairaalan on huolehdittava alueellisen kokonaisuuden suunnittelusta ja yhteen sovittamisesta psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien arvioinnin ja menetelmien osaamisen ylläpitämisen osalta. Yhteistyöalueella ei ole palveluiden rahoitus- tai järjestämisvastuuta, mutta ne vastaavat omalla alueellaan hyvinvointialueiden yhteistyön sisällöstä sekä hallinnollisista päätöksistä, joita sujuva yhteistyön toteuttaminen ja rahoittaminen edellyttää. (Sote-uudistus.fi, 2022b.) Tämän tutkielman näkökulmasta yhteistyöalueiden yliopistolliset sairaalat vastaavat siitä, miten vuorovaikutusohjannan implementointia koordinoidaan jokaisella yhteistyöalueella.



Taulukko 1. Yhteistyöalueiden sijoittuminen palvelujärjestelmään (Sote-uudistus.fi, 2022b).

Kansallinen taso (esim. Sosiaali- ja terveysministeriö, STM:n alaiset virastot esim. THL)				
Pohjois-Suomen yhteistyöalue	Itä-Suomen yhteistyöalue	Sisä-Suomen yhteistyöalue	Länsi-Suomen yhteistyöalue	Etelä-Suomen yhteistyöalue
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kainuun hyvinvointialue</li> <li>• Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue</li> <li>• Lapin hyvinvointialue</li> <li>• Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue (yliopistollinen sairaala OYS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etelä-Savon hyvinvointialue</li> <li>• Keski-Suomen hyvinvointialue</li> <li>• Pohjois-Karjalan hyvinvointialue</li> <li>• Pohjois-Savon hyvinvointialue (yliopistollinen sairaala KYS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue</li> <li>• Kanta-Hämeen hyvinvointialue</li> <li>• Pirkanmaan hyvinvointialue (yliopistollinen sairaala TAYS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pohjanmaan hyvinvointialue</li> <li>• Satakunnan hyvinvointialue</li> <li>• Varsinais-Suomen hyvinvointialue (yliopistollinen sairaala TYKS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etelä-Karjalan hyvinvointialue</li> <li>• Helsinki</li> <li>• HUS (yliopistollinen sairaala HUS)</li> <li>• Itä-Uudenmaan hyvinvointialue</li> <li>• Keski-Uudenmaan hyvinvointialue</li> <li>• Kymenlaakson hyvinvointialue</li> <li>• Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue</li> <li>• Päijät-Hämeen hyvinvointialue</li> <li>• Vantaan ja Keravan hyvinvointialue</li> </ul>

Palvelurakenteen muutoksen ja keskittämisesetuksen lisäksi myös muu lainsäädäntö ohjaa näyttöön perustuvien menetelmien implementointiin. Esimerkiksi Hyvinvointialueiden tehtävistä säädettyssä laissa (612/2021, 8 §) veloitetaan, että hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa on mukana osaamista, joka tukee palvelukokonaisuutta, joka on laadukas ja turvallinen ja yhdistää eri ammattiryhmien yhteistyötä ja toimintakäytäntöjen kehittämistä. Terveydenhuoltolain mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin toiminta- ja hoitokäytäntöihin. Hyvinvointialueiden on puolestaan levitettävä kuntien käyttöön näyttöön perustuvia toimintamalleja, koska terveydenhuoltolaki (§ 36) määrää näin sairaanhoitopiirien kuntayhtymien osalta.

Sosiaalipoliittista kontekstia implementoinnille pohjustaa palvelurakenteen muutoksen ja aiemman lainsäädännön lisäksi myös hallitusohjelma ja muut ohjaukselliset dokumentit. Rinteen/Marinin hallitusohjelmassa mainitaan, että aiempaa valmistelua hyödyntäen laaditaan mielenterveysstrategia, jonka tavoitteena on turvata mielenterveyspalvelut ja vahvistaa palvelupolkuja sekä ammattilaisten osaamista (Valtioneuvosto, 2019, s. 143). Tämän pohjalta on laadittu jo aiemmin mainittu Kansallinen mielenterveysstrategia vuosille 2020–2030 (Vorma ym., 2020). Se on puolestaan osa sote-uudistusta ja sitä kautta Tulevaisuuden sote-keskus (TulSote) -kehityshanketta. Hankkeen tavoitteena on parantaa palveluiden yhdenvertaisuutta, oikea-aikaisuutta, jatkuvuutta, laatua ja vaikuttavuutta, siirtää painopistettä ennaltaehkäisevään työhön sekä vahvistaa palveluiden monialaisuutta ja yhteen toimivuutta (THL, 2022a). Tavoitteena on, että perustason palveluissa mielenterveystyöhön

on riittävät voimavarat ja että ammattiryhmien välinen yhteistyö on koordinoitua (Vorma ym., 2020).

Osana tutkielman palvelujärjestelmän kontekstia on myös Terapiat etulinjaan -hanke, joka alkoi Helsingin sairaanhoitopiirin HUSin koordinoimana Etelä-Suomen yhteistyöalueella vuonna 2020, ja laajeni myöhemmin kansalliseksi vuonna 2021. Hanke on STM:n rahoittama yliopistollisten sairaaloiden ja hyvinvointialueiden yhteiskehittämishanke, joka toteuttaa mielenterveysstrategiaa ja TulSote-hanketta. Hankkeen tavoitteena on, että lievistä ja keskivaikeista mielenterveyden häiriöstä kärsivät ihmiset pääsisivät nopeasti tarvitsemaansa vaikuttavaan hoitoon. Laajemmin Terapiat etulinjaan -toimintamalli pyrkii tarjoamaan ratkaisuja siihen, että sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilla on työkaluja asiakkaiden mielenterveyden tukemiseen perustasolla. Toimintamalli pohjautuu psykososiaalisten hoitojen porrastamiseen, ammattilaisten työtä tukeviin digitaalisiin ratkaisuihin sekä yhteiskehittämiseen. Porrastus tarkoittaa sitä, että palvelujärjestelmän tulisi tarjota soveltuvaa hoitoa sen eri tasoilla. Liittyen tähän porrastamisen ajatukseen hanke näkee, että digitaaliset ratkaisut lisäävät palveluiden saatavuutta apua tarvitsevien näkökulmasta. Yhteiskehittäminen taas liittyy siihen, että hanke pyrkii tukemaan yhteistyötä ammattilaisten, esihenkilöiden, johdon ja toimintaa kehittävien osapuolien välillä hyvinvointialueilla, jotta ratkaisuja saadaan paremmin kohdennettua oikein. Lisäksi toimintamalli pyrkii mahdollistamaan terapiatakuun toteuttamisen hyvinvointialueilla (Terapiat etulinjaan, 2023a; 2023b). Terapiatakuu on kansalaisaloite, jonka tavoitteena on tuoda asiakkaalle soveltuvaa varhaista hoitoa, jota voitaisiin tarjota jo perusterveydenhuollossa. Lisäksi hoidon tarve tulisi arvioida välittömästi apua haettaessa, ja oireen mukaisen psykoterapiahoidon tai muun psykososiaalisen hoidon tulee alkaa kuukauden sisällä. (Mielenterveyspooli 2023.) Aloite vietiin vuonna 2019 eduskunnan käsiteltäväksi, mutta se ei kuitenkaan mennyt sellaisenaan läpi (KAA 10/2019 vp). Terapiat etulinjaan liittyy olennaisesti tutkielman palvelujärjestelmän kontekstiin, sillä se on kentällä yksi toimija, joka kouluttaa ja tuottaa materiaaleja vuorovaikutusohjannan implementoinnin tueksi (Terapiat etulinjaan 2023c; Mielenterveystalo 2023).

Huolimatta yrityksistä tukea palvelujärjestelmää lainsäädännön, palvelurakenteen uudistuksen, kehityshankkeiden ja ohjaavien dokumenttien avulla, tällä hetkellä nuorten mielenterveyden hoitoon tarkoitetut palvelut ovat Suomessa kuitenkin rakenteellisesti ja toiminnallisesti pirstaleisia. Nuorille suunnatut lähipalvelut koostuvat koulujen oppilas- ja opiskelijahuollosta, perhe- ja nuorisoneuvoloista, matalan kynnyksen mielenterveyspisteistä ja kriisiasemista sekä osittain terveyskeskusten palveluista. Haasteita tuottaa se, että palveluketju erityisesti mielenterveystyön osalta on monihallinnollinen: palvelut sijaitsevat

sosiaali- ja terveydenhuollon ja sivistystoimen alaisuudessa, joka vaikeuttaa palveluiden moniammatillista koordinoitua. Toisaalta tähän on tullut osittainen muutos, kun esimerkiksi koulukuraattorit ovat sote-uudistuksen myötä siirtyneet työskentelemään hyvinvointialueiden alaisuuteen. Mielenterveystyölle ei ole kuitenkaan rakentunut verkostomaista koordinaatiota eikä tukimuotoja johdeta koordinoitusti. (Ranta ym., 2017.)

## 2.2 Näyttöön perustuva toiminta ja menetelmät

Olen aiemmissa alaluvuissa avannut tutkielman kontekstia palvelujärjestelmässä. Seuraavissa alaluvuissa tarkoitukseni on avata, mitä tutkimuksissa tarkoitetaan keskittämisesetuksen (582/2017, 4 §) mukaisella näyttöön perustuvalla toiminnalla. Tätä pohjaa puolestaan suhteutetaan sen jälkeen tämän tutkielman tapausesimerkkiin, vuorovaikutusohjantaan.

Edeltävien vuosikymmenten aikana lapsi- ja perhepalveluissa on ryhdytty juurruttamaan laajasti näyttöön perustuvaa toimintaa (NPT), joka tunnetaan paremmin englanninkielisellä termillä *Evidence-Based Practice* (EBP). Termillä tarkoitetaan parhaan saatavilla olevan tieteellisen tiedon harkittua käyttöä osana päätöksiä, jotka koskevat palveluiden asiakasta. Tutkimusnäyttöön perustuvien menetelmien käyttöä voidaan perustella sillä, että niillä voidaan pienentää riskiä, että resursseja käytettäisiin vaikutukseltaan vähäisiin, tehottomiin tai joissain tapauksissa jopa haitallisiin toimiin. Näyttöön perustuva toiminta on myös eettisesti perusteltua: asiakkaan tulisi aina saada parhaaseen mahdolliseen tietoon pohjautuvaa tukea. (Kouvonen ym., 2023, tulossa.)

Näyttöön perustuvaan toimintaan kuuluvat näyttöön perustuvat menetelmät. Näyttöön perustuvuutta voidaan arvioida eri näkökulmista käsin: yhden näkökulman mukaan näyttöstä voidaan puhua satunnaistettujen vertailukokeiden (RCT) pohjalta, toisesta näkökulmasta määritelmään tulisi ottaa vaikuttavuustutkimuksen tiedon tueksi myös kentän käytännön tieto ja kokemukset menetelmästä (Johansson ym., 2015). Ensimmäiseksi mainitun valossa IPC-N:n kohdalla voidaan perustellusti kysyä, onko se vaikuttava menetelmä Suomessa, sillä siitä saatu tutkimusnäyttö on toistaiseksi vähäistä. IPC-N:n vaikuttavuutta käsittelevissä tutkimuksissa (esim. Ranta ym., 2017; Parhiala ym., 2020, Kontunen ym., 2020) on esimerkiksi suhteellisen pieni otoskoko, jonka perusteella vaikuttavuudesta ei voida tehdä tyhjentävää päätelmää (Cuijpers & Cristea 2016). Laajempia vaikuttavuustutkimuksia menetelmästä ei Suomessa ole toistaiseksi tehty, mutta sille olisi tarvetta (THL, 2022b).

Osana näyttöön perustuvuutta voidaan huomioida myös muita asioita satunnaistettujen vertailukokeiden osoittaman näytön lisäksi. Silloin tulisi tutkimuksissa osoitetun näytön lisäksi ottaa huomioon myös asiakkaiden toiveet ja tarpeet sekä toisaalta työntekijöiden

kokemukset menetelmästä (Haynes ym., 2002). Tässä tutkielmassa sovelletaan Haynesin ja kumppaneiden (2002) määritelmää näyttöön perustuvuudesta, sillä se huomioi laajemmassa kontekstissa menetelmän käytön, joka ei tapahdu tyhjiössä. Myös laadukkaasti toteutetun näyttöön perustuvan toiminnan yhteiskunnallinen merkitsevyys korostuu, kun tarkastellaan interventioiden kohderyhmää. Erityisesti lapsille ja nuorille suunnatut vaikuttavat interventiot voivat olla kustannusvaikuttavia, koska niiden hyötyjä voidaan mitata heidän aikuistuuksaan monilta eri elämänalueilta. (Knapp ym., 2011; Kouvonen ym., 2023, tulossa.) IPC-N:n implementoinnista on tehty Suomessa tutkimusta kansalliselta tasolta käsin, ja avaan sitä seuraavassa alaluvussa samalla kun esittelen menetelmää tarkemmin.

### **2.3 Vuorovaikutusohjanta (IPC-N) – menetelmän tausta ja aiempi tutkimus Suomessa**

Tutkimuksessa implementoitava interventio on nimeltään vuorovaikutusohjanta (IPC-N), jota hyödynnetään nuorten masennuksen ja masentuneisuuden hoidossa. IPC-N:n tausta juontuu interpersonaaliseen psykoterapiasta (IPT). IPT:n kehittivät IPC-N:n Gerald Klerman ja Myrna Weissman vuonna 1969, jolloin interventio kulki nimellä interpersonaalinen psykoterapia, joka oli alun perin interventio aikuisten masennuksen hoitoon. Myöhemmin vuonna 1983 Klerman ja Weissman kehittivät IPT:stä lyhyemmän version: IPC:n. (Weissman, 2006; Weissman ym., 2014, s. 363–364.)

IPC:stä on eri versioita, joista nuorille on kohdennettu IPC-N (eng. *IPC-A*), joka on kohdennettu 6–18-vuotiaille, ja se on tehokas hoito nuorten masennuksen akuuttihoitossa (Marttunen, 2020). Suomessa nykyisessä kansallisessa levityksessä kohderyhmänä on ollut 12–19-vuotiaat nuoret (THL, 2022b). Itse interventio sisältää 3–6 tapaamista koulutetun IPC-N-työntekijän kanssa. Tämä kyseinen työntekijä voi kuulua esimerkiksi opiskeluhuollon henkilöstöön. Interventiossa käsitellään ihmissuhteita ja apua hakeneen nuoren merkittäviä elämäntapahtumia erilaisten keskusteluiden ja harjoitteiden avulla, ja intervention tavoitteena on löytää keinoja vähentää masennusoireilua ja vahvistaa nuoren läheisiä ihmissuhteita ja vähentää suhteissa ilmeneviä haasteita (Mufson ym., 2015; THL, 2022b).

Vuorovaikutusohjannan polkua kansalliseen implementointiin on kuvattu Outi Linnarannan ja kumppaneiden (2022) artikkelissa. Menetelmän implementoinnin alkumetreit Suomessa sijoittuvat Espooseen vuoteen 2017. Klaus Ranta kumppaneineen (2017) on kuvannut raportissaan ”Nuorten masennus, mielenterveyden hoitoketjut ja näyttöön perustuvan hoidon integroitu implementaatio perustasolle” IPC-N-menetelmän implementointia opiskeluhooltoon Espoon alueella. Espoossa 2017 toteutettu vuorovaikutusohjannan implementointi oli pilotti, jossa IPC-N:ää toteutettiin ensimmäisiä kertoja Suomessa. Pilotissa

nuorten masennusoireilu väheni nuorten itsearvioimana kliinisesti merkittävästi. Vaikutus myös säilyi, ja osittain jopa tehostui kolmen kuukauden ja kuuden kuukauden seurannassa. Kahdeksan prosenttia osallistuneista ohjattiin lyhytterapian jälkeen lopulta erikoissairaanhoidon. Pilotin otoskoko oli kuitenkin suhteellisen pieni, vain 55 nuorta. (Ranta ym., 2017; Ranta ym., 2022.)

Espoon pilotista saatujen tulosten pohjalta IPC-N valittiin laajempaan levitykseen kansallisesti (Linnaranta ym., 2022). Vuorovaikutusohjannan kansallista levitystä pilotin pohjalta onkin myös kritisoitu näytön heikohkon laadun vuoksi. Osa on kuitenkin vedonnut siihen, että IPC-N:n pidemmällä versiolla, interpersonaalaisella psykoterapialla, on esimerkiksi Käypä hoitosuosituksessa paras mahdollinen näytön taso vaikuttavuuden osalta. (Linnaranta ym., 2022; Marttunen, 2020.) Tällöin painotus ei toisaalta keskittyisi perustasolle ja oppilashuoltoon. Vaikuttavuustutkimuksia vuorovaikutusohjannasta on toteutettu myös kansainvälisesti, ja niiden tulokset ovat olleet saman suuntaisia kuin Suomen pilotin tulokset: IPC-N:n vaikuttavuudesta on alustavaa näyttöä, mutta se vaatii vielä lisätutkimusta taakseen (Mufson ym., 2015, Wilkinson ym., 2018, Yamamoto ym., 2018; THL, 2022b).

Pilotin pohjalta Suomessa koulutettiin vuoteen 2019 asti ammattilaisia menetelmän käyttöön, mutta ei yhtä systemaattisesti kuin osana kansallista implementointia. Näiden vuosien aikana menetelmän käyttömäärät jäivät vähäisiksi kahdesta syystä. Ammattilaisten mukaan ensimmäinen syy tähän oli, että nuoria, joilla oli ainoastaan puhtaasti masennusoireita eikä esimerkiksi ahdistuneisuusoireita oli vaikea löytää, ja toisekseen koulutuksen saaneet ammattilaiset eivät saaneet jatkokoulutusta, joka olisi tukenut menetelmän käyttöä pidemmällä aikavälillä. Näiden kokemusten pohjalta kansallisella tasolla todettiin, että laajamittaisen implementoinnin tukemiseksi tarvittaisiin enemmän tukea. (Linnaranta ym., 2022.)

Lopulta kun vuorovaikutusohjannan implementoinnista oli päätetty kansallisella tasolla vuonna 2020, implementoinnin edistäminen hyvinvointialueilla tuli viiden yliopistosairaalan tehtäväksi Mielenterveysstrategian (Vorma ym., 2020) mukaisesti, ja STM jakoi 43 miljoonaa euroa yliopistollisten sairaaloiden tekemään koordinoituihin toimiin. Kuitenkin implementoinnin tuki, kuten jatkoseuranta ja kommunikointi vei enemmän yliopistollisten sairaaloiden resursseja kuin alun perin oli ajateltu, jolloin STM antoi taloudellisia lisäresursseja 10 miljoonaa euroa implementoinnin resurssien tukemiseksi joulukuussa 2021. (Linnaranta ym., 2022.) Myöhemmin THL on karkeasti arvioinut, että menetelmän kustannusarvio on noin 2,5–3 miljoonaa euroa vuodessa. Kustannukset koostuvat juurrutustiimien ylläpitämisestä,

menetelmä- ja menetelmäohjaajakoulutuksista sekä työajan osoittamisesta menetelmälle järjestelmän eri tasoilla. (THL, 2022b.)

Yliopistollisilla sairaaloilla eli myös tämän maisterintutkielman tutkimuskohteella on projektitiimit IPC-N:n implementointia varten. Henkilöstöresurssit implementointia varten ovat vaihdelleet puolikasta kokotyöaikaan tekevästä henkilöstä kolmeen henkilöön per yliopistollinen sairaala. Alustavia rakenteita yliopistosairaaloiden yhteistyön rakentamiseksi on luotu. THL on kerännyt kyselyä koulutettujen terapeuttien määrän seuraamiseksi, ja yliopistosairaaloiden edustajat tapasivat kuuden kuukauden välein. THL on lisäksi tukenut yliopistollisia sairaaloita seurannan kehittämisessä yhtenäisemmäksi. (Linnaranta ym., 2022.)

Linnaranta ja kumppanit (2022, 31) sekä THL (2022b, 13) HYTE-toimintamalliarviossaan nostavat yhdeksi olennaiseksi asiaksi vuorovaikutusohjannan kustannusvaikuttavuuden tutkimisen ja sen soveltuvuuden tutkimisen järjestelmän eri tasoilla: tietoa implementointia edistävästä ja estävästä tekijöistä tulisi tuottaa menetelmän juurruttamisen tukemiseksi ottaen huomioon, kuinka paljon kansallisella tasolla on investoitu kansalliseen implementointiin. Kuten mainittua, Suomessa IPC-N-menetelmää on tutkittu sen implementoinnin aikana suhteellisen vähän. Menetelmän implementointi onkin olennaista, sillä vaikuttavuuden lopputulosten luotettava arviointi edellyttää, että menetelmää osataan käyttää oikein ja implementointi on laadukasta. Tätä voidaan tukea implementointitutkimuksen avulla. (Durlak & DuPre, 2008; Fixsen ym., 2005, s. 69.) Muu aiempi tutkimus IPC-N:stä Suomessa on opinnäytetyötasolla jo aiemmin esitellyt väitöskirjatutkimukset (esim. Kontunen ym., 2020; Parhiala ym., 2020) pois lukien IPC-N-menetelmän käytöstä eri ammattikuntien näkökulmista ja heidän kokemuksestaan sen käyttöönottamisesta (esim. Surma-aho, 2020; Arppe, 2020; Maukonen, 2020).

## **2.4 IMAGINE-tutkimuskonsortio**

Tutkimusta liittää käytäntöön palvelujärjestelmän kontekstin lisäksi myös tutkimushanke, jota osana tämä tutkielma toteutetaan. Tutkielma on tehty osana IMAGINE-hanketta. IMAGINE (352700, 353050) on osa strategisen tutkimuksen neuvoston (STN) rahoittamaa YOUNG-ohjelmaa. Strategisen tutkimuksen neuvosto toimii Suomen Akatemian yhteydessä. IMAGINE-tutkimuskonsortio tutkii vaikuttavien psykososiaalisten menetelmien saatavuutta kouluissa, perusterveydenhuollossa ja vankeinhoidossa. Konsortion tavoitteena on tuoda Suomeen näyttöön perustuvia menetelmiä alle 25-vuotiaiden nuorten tukemiseksi ja menetelmien sopimista Suomen kontekstiin. Hankkeessa tutkitaan tämän lisäksi myös näiden menetelmien kustannusvaikuttavuutta. Lisäksi hankkeessa kerätään tietoa siitä, miten näiden

näyttöön perustuvien menetelmien valintaa, muokkausta, levittämistä ja juurruttamista voidaan parantaa Suomessa.

Konsortion osatutkimushanke, johon tämä tutkielma kuuluu, on Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiön (Itla) ja Helsingin yliopiston yhteinen osahanke (hankenumero 353050). Osahankkeessa tutkitaan vuorovaikutusohjannan (IPC-N) implementointia järjestelmän eri tasoilla. Implementointia tutkitaan palvelujärjestelmän makro- (kansalliset toimijat), meso- (alueelliset toimijat) ja mikrotasoilla (työntekijätaso). Tämä tutkielma täydentää mesotason tutkimusta. Hankkeessa kootaan myös työkalupakki, joka auttaa yhteistyö- ja hyvinvointialueita ja viranomaistahoja jalkauttamaan menetelmiä nuorille suunnattuihin palveluihin.

### 3 Tutkielman teoreettinen viitekehys

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys rakentuu seuraavasti: esittelen ensin implementointitutkimuksen tutkimusperinnettä, jonka jälkeen avaan tutkimuksessa implementointiprosessia kuvaavan EPIS-viitekehysten ja siltaavien tekijöiden tuoman tarkastelutason tutkimukselle. Sen jälkeen paneudun tarkemmin implementointistrategioiden esittelyyn. Lopussa esitän yhteenvedon tutkimuksen teoreettisesta viitekehuksesta ja esittelen tutkimuskysymykset.

#### 3.1 Kriittinen realismi tieteenfilosofisena taustana

Tässä tutkielmassa hyödynnetään tieteenfilosofisesti realismin ja sen yhden paradigman kriittisen realismin näkökulmaa. Kriittisen realismin tausta on teoretikko Roy Bhaskarin teoksessaan ”*A realist theory of science*” vuonna 1975. Realistinen tietenteoria on tieteenfilosofinen viitekehys, joka perustuu ontologiseen realismiin. Se tarkoittaa Bhaskarin teoriassa, että maailma ja todellisuus koostuvat kolmesta alasta (eng. *domain*): reaalisesta (*real*), aktuaalisesta (*actual*) ja empiirisestä (*empirical*) (Bhaskar, 1975, s. 13). Näistä kolmesta alasta voidaan saada tietoa. Reaalisella alalla tarkoitetaan rakenteita ja mekanismeja, jotka ovat olemassa riippumatta olosuhteista, joiden kautta niiden saavutettavuus on mahdollista. Aktuaalinen ala on tapahtumia ja niiden vaikutuksia, jotka ovat syntyneet rakenteista ja mekanismeista. Nämä tapahtumat eivät välttämättä ole havaittavissa. Viimeinen ala eli empiirinen ala tarkoittaa tapahtumia, joista voimme tehdä havaintoja ja saada kokemuksia. (Bhaskar, 1975, s. 56; 1986, s. 5–6.) Kriittisen realismin ajattelulla tarkoitetaan sitä, että empiirisestä havainnosta riippumattomat ilmiöt ovat olemassa, ja tiede on olennainen tapa paljastaa näiden ilmiöiden olemassaolo (Pekkarinen & Tapola-Haapala, 2009).

Yksinkertaistettuna esimerkkinä kriittinen realismi voidaan selittää seuraavalla tavalla: painovoima on olemassa vaikka emme sitä näkisikään (reaalinen ala), ja kun omena putoaa maahan (aktuaalinen ala), voidaan tämä tapahtuma havaita (empiirinen ala) (Isokuortti, 2023, s. 34). Tutkijan tehtävänä on siis tunnistaa painovoiman vaikutus mekanismina, joka pudottaa omenan maahan. Implementointitutkimukseen tämä liittyy siten, että tutkijan tehtävänä on tunnistaa implementointiin vaikuttavia mekanismeja tarkastelemalla implementointia ja sen lopputuloksia. Tämä on oleellista, sillä interventioita implementoidaan muuttuvassa sosiaalisessa maailmassa, jossa eri kontekstit ja kausaaliset voimat vaikuttavat interventioiden vaikuttavuuteen positiivisesti tai negatiivisesti, implementoinnin ollessa yksi näistä kompleksisuutta lisäävistä asioista (Pawson & Tilley, 1997, s. 58; Pawson, 2013, s. 36).

### 3.2 Implementointitutkimus

Näyttöön perustuvan toiminnan ja sitä kautta menetelmien käyttöönoton tutkimusta voidaan lähestyä implementointitutkimuksen näkökulmasta. Implementoinnilla tarkoitetaan näyttöön perustuvan menetelmän valintaa ja toimeenpanoa ja implementointitutkimus on tutkimusta siitä, miten näytön käyttöönotto toteutuu. Implementoidessa valitaan käytäntöjä menetelmän käyttöönottamiseksi, pyritään hahmottamaan toimintaympäristön esteitä ja niiden tunnistamisen kautta ylittämään ne. (Sipilä ym., 2016). Implementointitutkimuksessa on kiinnostuttu toimeenpanosta ja toiminnan toteutuksesta. Implementointitutkimuksen tausta on lähtöisin 1970-luvulta policy-analyysistä ja arviointitutkimuksesta: nykyiset näkökulmat voidaan johtaa Pressmanin ja Wildavskyn (1973/1984) toimeenpanotutkimukseen, Havelockien (1973) tutkimukseen muutosagenteista ja Rogersin (1983) innovaatioiden leviämisen (*diffusion of innovations*) teoriaan. Tieteenala syntyi huomiosta, että vaikka tietyn toimintamallin taustalla on näyttöä sen toimivuudesta, kaikki toimintamallit eivät tuottaneet odotettuja vaikutuksia. (Seppänen-Järvelä, 2017, s. 151; Fixsen ym., 2005, s. 2; Kouvonen ym., 2023, tulossa.)

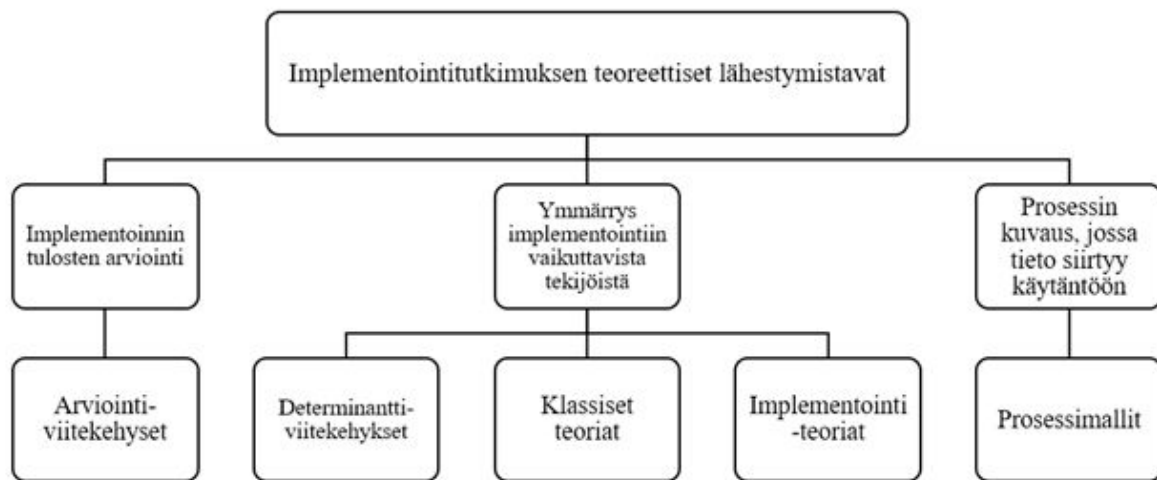
Implementointitutkimuksen historiassa tutkimus on ollut usein empiirisesti painottuvaa teoreettisen viitekehysten sijasta. 2000-luvun alussa esimerkiksi vain kymmenen prosenttia tutkimuksista hyödynsi tutkimuksessaan jotain teoreettista viitekehystä. Osittain tämä johtui siitä, että teoreettiset viitekehukset eivät olleet tarpeeksi kehittyneitä, jolloin implementointitutkimuksen tulokset olivat ristiriitaisia, ja tästä syystä teoriat epäonnistuivat selittämään implementointia ja juurtumista edistäviä tai estäviä tekijöitä. (Nilsen, 2020.) Myöhemmin teoreettiset viitekehukset ja käsitteet ovat kehittyneet implementointitutkimuksessa. Tällä hetkellä teorioita ja käsitteitä on niin paljon, että ne ovat



saaneet osakseen kritiikkiä siitä, että on haastavaa valita tutkimukseen sopivin. (Nilsen, 2020; McKibbin ym., 2010.)

Tämän valossa Per Nilsen (2020, s. 10) määrittelee teoriaa, malleja ja viitekehyksiä implementointitutkimuksen kontekstissa seuraavasti: teoriolla pyritään selvittämään implementoinnin onnistumisen mahdollisesti ennustavia tekijöitä, kuten kuinka paljon henkilökunnan asenteet ennakoivat menetelmän juurtumista tai muuten kausaalisia suhteita implementoinnissa. Mallien kautta pyritään puolestaan kuvaamaan prosessia, jossa tutkittu tieto siirtyy käytäntöön sen sijasta, että tutkittaisiin mikä implementoinnin lopputulokseen vaikuttaa. Viitekehysellä implementointitutkimuksessa puolestaan on deskriptiivinen rooli, jonka kautta voidaan kuvata mitkä tekijät joko tutkitusti tai uskotusti vaikuttavat implementoinnin lopputuloksiin. Mallit tai viitekehykset eivät määrittele mekanismeja muutokselle, vaan ne toimivat ikään kuin listana kaikista olennaisimmista implementointiin vaikuttavista tekijöistä. (Nilsen 2020.) Implementointitutkimuksen teorioita voidaan käyttää kuvaamaan tai tukemaan tiedon siirtymistä käytäntöön, ymmärtämään tai selittämään mikä vaikuttaa implementoinnin lopputulokseen tai arvioimaan implementointia (Nilsen 2020, s. 10):

Kuvio 1. Implementointitutkimuksen teoreettisten viitekehysten käyttötapa. Mukailtu Nilsen (2020).

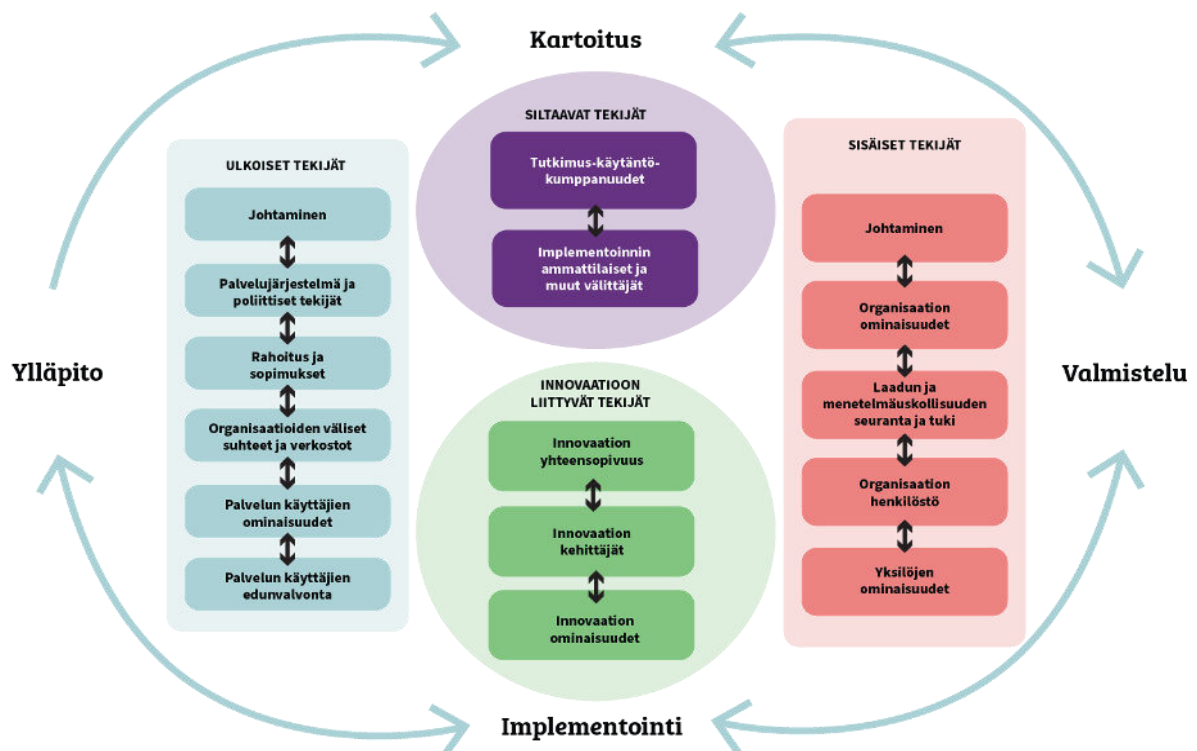


Nilsenin (2020) jaottelun pohjalta on valittu teoreettinen viitekehys, jonka kautta tarkasteltuna pystytään ymmärtämään paremmin implementointiin vaikuttavia tekijöitä ja toisaalta arvioimaan implementoinnin tuloksia, mikä IPC-N:n osalta on tarpeen Linnarannan ja kumppaneiden mukaan (2022, 31). Yksi tällainen molemmat näkökulmat yhdistävä viitekehys on implementointitutkimuksen kentällä paljon käytetty Gregory Aaronson, Michael Hurlburtin ja Sarah McCue Horwitzin (2011) luoma ja Moullinin ja kumppaneiden (2019) myöhemmin kirjallisuuskatsauksen pohjalta operationalisoima implementointiviitekehys EPIS, jota avaan seuraavassa alaluvussa enemmän.

### 3.3 EPIS-viitekehys

EPIS-viitekehys on Gregory Aaronsin, Michael Hurlburtin ja Sarah McCue Horwitzin (2011) luoma implementointitutkimuksessa paljon hyödynnetty implementointiviitekehys. EPIS-viitekehys kuvaa implementointiin vaikuttavia tekijöitä julkisesti rahoitetuissa lapsi- ja perhepalveluissa. EPIS-viitekehyksellä tarkoitetaan implementointiprosessia, joka on jaettu neljään osaan: kartoitusvaihe (Exploration), valmisteluvaihe (Preparation), implementointi (Implementation) ja ylläpitovaihe (Sustainment) (EPIS), ja osana näitä käsitellään implementointiin vaikuttavia sisäisen ja ulkoisen kontekstin tekijöitä. Aaronsin ja kumppaneiden (2011) viitekehys pohjaa tutkijoiden omaan asiantuntijuuteen implementointiin vaikuttavista tekijöistä, mutta ne eivät alkuperäisessä viitekehyksessä pohjaa suoraan esimerkiksi kirjallisuuskatsaukseen. Kuitenkin myöhemmin, vuonna 2019 julkaistussa artikkelissa Moullin ja kumppanit operationalisoivat viitekehysten kirjallisuuskatsaukseen perustuen määritellen implementointiin vaikuttavat tekijöiden käsitteet, määritelmät ja niiden esimerkit. Lisäksi näiden Aaronsin ja kumppaneiden (2011) neljän implementointivaiheen ja sisäisen ja ulkoisen kontekstin lisäksi he paikansivat viitekehukseen kirjallisuudesta innovaatiotekijät ja siltaavat tekijät, jotka vaikuttavat yhtä lailla implementointiin (Moullin ym. 2019). Hyödynnän siis siksi tässä tutkielmassa Moullinin ja kumppaneiden (2019) päivittämää viitekehystä, sillä he ovat tarkentaneet Aaronsin ja kumppaneiden (2011) version pohjalta viitekehystä pohjaten kirjallisuuteen.

Kuvio 2. EPIS-viitekehys (Mukaihen Aarons ym., 2011; Moullin ym., 2019). Lainattu luvalla kohteesta Kouvonen ym., 2023 (tulossa).



Kuvaan aluksi EPIS-viitekehyksessä tarkasteltavat implementoinnin neljä eri vaihetta, jotka ovat kartoitus-, valmistelu-, implementointi- ja ylläpitovaiheet, jonka jälkeen kuvaan implementointiin vaikuttavat sisäisen ja ulkoisen kontekstin tekijät sekä siltaavat ja innovaatiotekijät. Kartoitusvaiheessa implementoiva taho pyrkii määrittelemään ja tunnistamaan jonkun ongelman tai tarpeen, johon vaikuttavan menetelmän implementoinnilla halutaan vastata. Valmisteluvaihe koostuu puolestaan siitä, että implementoivat tahot pyrkivät vaiheen nimen mukaisesti valmistelemaan kenttää menetelmän implementointiin, tunnistamaan implementointia edistäviä ja estäviä tekijöitä ja suunnittelemaan implementointiprosessia esimerkiksi laatimalla implementointisuunnitelman. Tässä vaiheessa pyritään luomaan pohjaa kahden seuraavan vaiheen onnistumiselle. Implementointivaiheessa varsinainen implementointi alkaa esimerkiksi menetelmäkoulutusten kautta, ja menetelmälle luodaan tukirakenteita ja seuranta viimeisen vaiheen, eli ylläpitovaiheen turvaamiseksi. Tässä implementointiprosessin viimeisessä vaiheessa seurataan menetelmän fideliteetin onnistumista ja menetelmän juurtumista palvelujärjestelmään senkin jälkeen, kun aktiivinen implementointi on esimerkiksi menetelmäkoulutusten osalta ohi. (Moullin ym., 2019, Aarons ym., 2011.) Menetelmäuskollisuudella eli fideliteetillä tarkoitetaan menetelmän pysymistä suunnitellun kaltaisena silloin, kun sitä käytetään luonnollisissa olosuhteissa. Käytännössä tämä tarkoittaa esimerkiksi vuorovaikutusohjannan kohdalla sitä, että menetelmään koulutetut ammattilaiset noudattavat tapaamisten strukturoitua rakennetta, jotta ohjannan ydinelementit eivät muutu. (Kouvonen ym., 2023, tulossa.)

Näiden neljän vaiheen lisäksi viitekehys sisältää implementoinnin kontekstit sekä innovaatiotekijät ja siltaavat tekijät. EPIS-viitekehyksessä ulkoisen kontekstin tekijät muodostuvat toimijoista ja toimista sen organisaation ulkopuolella, jossa implementointi tapahtuu. Näitä konteksteja tulisi tarkastella jokaisessa aiemmin esittelemässäni implementointivaiheessa. Ulkoisen kontekstin toimija voi olla esimerkiksi kansallinen toimija, kuten ministeriö. Implementointiin vaikuttavia tekijöitä ulkoisessa kontekstissa ovat johtaminen, palvelujärjestelmä ja poliittiset tekijät, rahoitukset ja sopimukset, organisaatioiden väliset suhteet ja yhteistyöverkostot, palvelun käyttäjien ominaisuudet ja heidän edunvalvontansa. Sisäisellä kontekstilla tarkoitetaan taas implementoinnin välitöntä ympäristöä, kuten esimerkiksi koulua. Sisäisen kontekstin implementointiin vaikuttavat tekijät ovat johtaminen, organisaation ominaisuudet, fideliteetin seuranta ja tuki, henkilöstö ja yksilöiden ominaisuudet. Sisäisen ja ulkoisen kontekstin tarkastelun kautta voidaan ymmärtää, että implementoinnissa on kyse laajemmasta systeemistä kuin välittömästä organisaatiosta, jossa vaikuttavan menetelmän implementointi tapahtuu. (Moullin ym., 2019, Aarons ym., 2011.)

Ulkoisen kontekstin ja sisäisen kontekstin yhteistoiminta on tärkeää, sillä vaikka sisäisen kontekstin implementointiin vaikuttavat tekijät olisivat kunnossa, ei menetelmien implementointi tapahdu tyhjiössä: organisaation saamat puitteet ja toimintaympäristö vaikuttavat implementointituloksiin ja menetelmän onnistuneeseen juurtumiseen (Aarons ym., 2011; 2014; Damschroder ym., 2009; Powell ym., 2016; Raghavan ym., 2008).

Moullin ja kumppanit (2019) paikallistivat kirjallisuuden pohjalta innovaatiotekijät ja siltaavat tekijät täydentämään Aaronsin ja kumppaneiden vuonna 2011 luotua viitekehystä. Innovaatiotekijöillä tarkoitetaan sitä, kuinka innovaatio itsessään soveltuu palvelujärjestelmään, johon innovaatiota ollaan viemässä. Siihen vaikuttaa innovaation ominaisuudet ja toisaalta myös sen kehittäjät. (Moullin ym., 2019.) Toinen päivitetyn katsauksen pohjalta nostettu tekijä ovat implementoinnin siltaavat tekijät, joita avaan nyt laajemmin, sillä niistä muodostuu myös tämän tutkielman tutkimuskohteen tarkastelutaso. Siltaavilla tekijöillä tarkoitetaan ulkoisen ja sisäisen kontekstin yhdistäviä tekijöitä ja toimijoita. Siltaavat tekijät vaikuttavat implementointiin esimerkiksi siitä näkökulmasta, että niitä tarkastelemalla voidaan tunnistaa implementointia tukevia verkostoja ja yhteistyötä ulkoisen ja sisäisen kontekstin toimijoiden välillä. Moullinin ja kumppaneiden (2019) viitekehyksessä nämä toimijat voivat olla esimerkiksi tutkimus-käytäntö-kumppanuuksia, implementoinnin ammattilaisia ja välittäviä organisaatioita, joita Suomen kontekstissa voivat olla taas esimerkiksi erikoissairaanhoidon keskittämisasiäsetuksen (582/2017) mukaiset menetelmien kotipesät ja osaamiskeskukset, jotka ovat myös tämän tutkielman tarkastelun kohteena (Kouvonen ym., 2023, tulossa).

EPIS-viitekehysten (Aarons ym., 2011; Moullin ym., 2019) pohjalta tulen tutkielman analyysivaiheessa hyödyntämään implementoinnin eri vaiheita ja tuomaan ajallista kehikkoa implementointiprosessille ja luomaan raamit eri toimijoille. Lisäksi viitekehyksestä ammennetaan tarkempaan tarkasteluun siltaavia tekijöitä, joita tässä tutkielmassa käsitellään välittäjäorganisaatioiden näkökulmasta. Avaan seuraavassa luvussa tarkemmin niiden merkitystä tälle tutkielmalle syventääkseni tutkielmani tarkastelun näkökulmaa.

### **3.4 Välittäjäroolin toimijat ja implementoinnin edistäjät**

Aiempaan EPIS-viitekehysten operationalisointiin pohjaten, Moullin ja kumppanit määrittelevät siltaaviin tekijöihin kuuluvat välittäjäroolissa olevat toimijat organisaatioiksi tai yksilöiksi, jotka antavat tukea tai toimivat konsultoivina tahoina, järjestävät menetelmäkoulutuksia, kartoittavat implementoinnin valmiustilaa ja kehittävät implementointistrategioita (Moullin ym., 2019). Välittäjäroolin toimijoiden määritelmä voidaan johtaa niiden englanninkielisestä käsitteestä, *intermediary-/purveyor organizations*

(*IPO's*), joilla tarkoitetaan näyttöön perustuvan toiminnan ja implementointitutkimuksen kontekstissa toimijoita, joka toisaalta levittävät ja tukevat jotain tiettyä menetelmää ja sen implementointia menetelmäuskollisesti. Fideliteetin tuen lisäksi välittäjäroolin toimijat kehittävät, implementoivat ja rakentavat implementoinnin tukirakenteita menetelmän käyttöönottamisen ja juurruttamisen tueksi suunnitelmallisesti. (Fixsen ym., 2005, s. 14; Franks & Bory 2017; Proctor ym., 2019.) Välittäjäroolissa toimivat tahot ovat tärkeässä roolissa implementointiprosessia, sillä ajan kuluessa niille kertyy osana implementointiyrityksiä osaamista implementointia edistävästä ja estävästä tekijöistä, jota voidaan hyödyntää implementoinnin tukena (McWilliam ym., 2016).

Esittelen seuraavaksi välittäjäroolissa olevien toimijoiden ryhmittelyä ja määrittelyä niiden tehtävien kautta, jotta voin havainnollistaa ja tarkentaa niiden hyödyntämistä osana tutkielman teoreettista pohjaa. Välittäjäroolissa olevat toimijat osana implementointia voivat olla yksilöitä, organisaatioita tai hankkeita, jotka toimivat järjestelmän sisällä implementoinnin kehittämiseksi (Proctor ym., 2019). Tutkielmassa fokus on organisaatioissa, eli yliopistollisessa sairaalassa, ja tästä syystä puhun jatkossa välittäjäorganisaatioista. Kirjallisuudessa välittäjäorganisaatiot voivat sijoittua palvelujärjestelmään eri tasoilla vertikaalisesti tai horisontaalisesti, jossa vertikaalisella tasolla tarkoitan järjestelmän eri tasoja ja horisontaalisesti eri sektoreiden toimijoita. (Albers ym., 2021.)

Esimerkiksi Heather Bullock ja John Lavis ovat tutkimuksessaan (2019) esitelleet eri välittäjäorganisaatioiden sijoittumista erilaisissa mielenterveyspalvelujärjestelmissä, ja heidän mukaansa niiden sijoittumiseen vaikuttaa politiikan rakenteet ja erilaiset tavat järjestää palveluita. Vertikaalisesti tarkasteltuna ne voivat sijoittua esimerkiksi kansallisen tason ja paikallisten palveluiden tason väliin, ikään kuin järjestelmän mesotasolle, jossa niillä on tärkeä rooli kansallisella tasolla päätettyjen toimenpiteiden tuomisessa käytäntöön (Brodowski ym., 2013; Mäki-Opas & Laatikainen, 2021). Horisontaalisesti tarkasteltuna ne voivat olla esimerkiksi kolmannen sektorin toimijoita tai yliopistojen tutkimuskeskuksiin sijoitettuja kotipesiä (Bullock & Lavis, 2019; Kouvonen & Kurki, 2020). Toimijat voivat olla siis joko palvelujärjestelmän ulkopuolisia toimijoita, kuten yliopistoja, tai sitten ne voivat olla palvelurakenteen sisäisiä toimijoita, kuten yliopistolliset sairaalat, jotka toimivat eri tasojen välillä (Albers ym., 2020.) Horisontaalisesta sijoittumisesta esimerkki Kouvosen ja kumppaneiden mukaan (2023, 19) Suomen kontekstissa on esimerkiksi Voimaperheet -menetelmälle rakennettu kotipesä Turun yliopiston lastenpsykiatrian tutkimuskeskuksessa (ks. Kouvonen & Kurki, 2020). Vertikaalisesta sijoittumisesta esimerkki on esimerkiksi keskittämisasiasetuksen (582/2017, 4 §) määritetty mukainen osaamiskeskus yliopistollisessa

sairaalassa osana palvelujärjestelmää kansallisen ja paikallisen tason välissä, joka on myös tämän tutkielman kohteena. (Kouvonen ym., 2023, tulossa.)

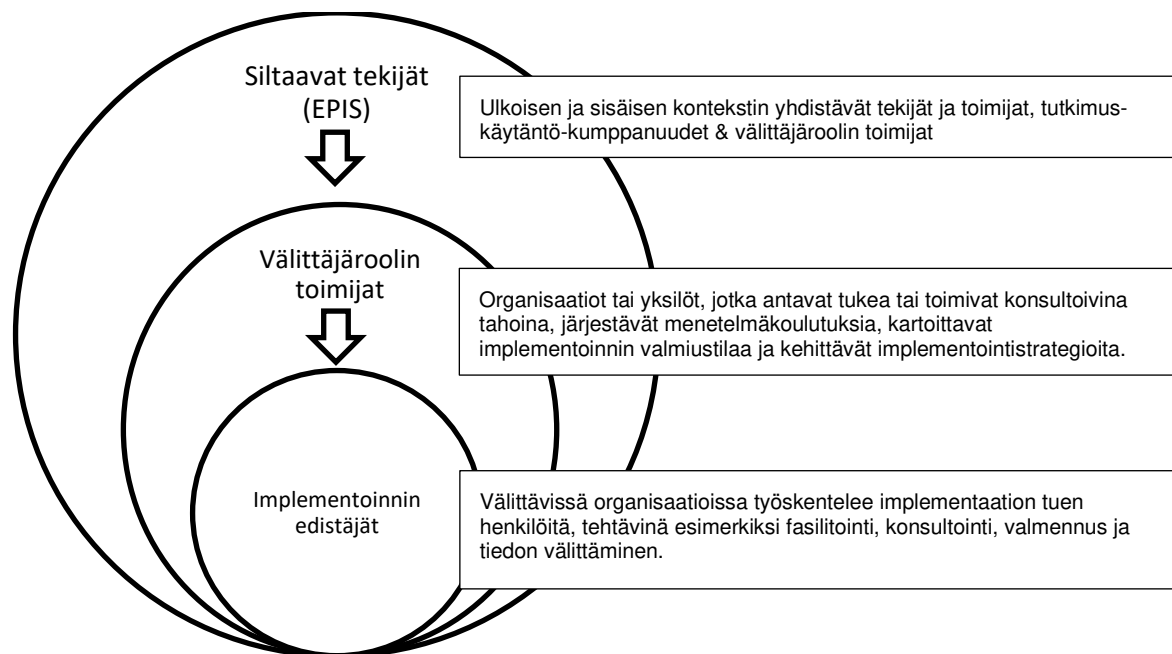
Nyt kun olen avannut välittäjäorganisaatioiden sijoittumista palvelujärjestelmään, avaan seuraavaksi niiden tehtäviä, jotka ovat osittain riippuvaisia siitä, miten ne sijoittuvat järjestelmässä ja kirjallisuudessa on tunnistettu niille monia tehtäviä (Albers ym., 2020; Fixsen ym., 2005, s. 14). Kirjallisuudessa Franks ja Bory (2017) ovat koostaneet, että välittäjäorganisaatioiden tehtäviin kuuluu esimerkiksi tutkimuksen ja käytännön yhteen saattaminen, tietoperustaisessa päätöksenteossa tukeminen, näyttöön perustuvien menetelmien implementoiminen implementointitilanteissa järjestelmän eri tasoilla, tiedon saattaminen käytäntöön ja tukirakenteiden rakentaminen implementoitavan menetelmän juurruttamiseksi pysyväksi osaksi työntekijöiden käytännön työtä.

Kuten todettua, välittäjäorganisaatioilla on monia tehtäviä riippuen niiden sijainnista (Bullock & Lavis 2019; Albers ym., 2021) ja tehtävästä (Albers ym., 2021; Franks & Bory, 2017), ja tämä moninaisuus lisää tarkemman määrittelyn tarvetta. Tästä syystä tutkielmassa on rajattu välittäjäorganisaatioihin liittyvästä kirjallisuudesta tarkemmaksi tarkastelun kohteeksi näissä organisaatioissa implementointitukea antavat tiimit. Välittäjäorganisaatioissa työskentelee implementaation edistäjiä (eng. *implementation support practitioner*), joita hyödynnän tässä tutkielmassa osana viitekehystäni. Implementaation edistäjillä tarkoitetaan ammattilaisia, jotka eivät ole suoraan tekemisissä palvelutuotannon tai johdon parissa, vaan he työskentelevät niiden kanssa tukeakseen implementointia. Implementoinnin edistäjät tukevat toimijoiden implementaatiokyvykkyyttä (eng. *implementation capacity*), jolla tarkoitetaan kykyä valita soveltuvia implementointistrategioita ja viitekehyksiä onnistuneen implementoinnin tueksi. (Albers ym., 2020.)

Bianca Albers on kumppaneineen (2021) tiivistänyt implementoinnin edistäjien tehtäviä kirjallisuuskatsauksessa. Sen pohjalta tehtäviin kuuluvat implementoinnin tuki, kuten fasilitointi, konsultointi, valmennus, tiedon välittäminen ja implementoinnin tekninen tuki. Fasilitoinnilla tarkoitetaan tekniikoita, jossa yksilö tukee muita heidän työssään esimerkiksi muuttamalla heidän ajattelu- ja työskentelytapojaan. Konsultoinnilla tarkoitetaan ulkoista tukea implementoinnille, joka voi olla esimerkiksi erityisasiantuntemusta, kokemusta ja tietämystä implementointitekniikoiden soveltamisesta eri ympäristöissä. Valmentaminen on jatkuva prosessi, jossa palautteen avulla tuetaan implementointia kohti haluttua lopputulosta. Tiedon välittämisellä taas tarkoitetaan tässä kontekstissa esimerkiksi vaikuttavuustiedon jakamista olennaisille sidosryhmille sekä kerätyn tiedon hyödyntämistä ja keräämistä esimerkiksi menetelmäosaamisen tukemiseksi. Teknisellä tuella tarkoitetaan tiedon

jakamista, asiantuntemusta, opastusta, koulutusta ja muuta tukea implementoivien ammattilaisten osaamisen parantamiseksi tiettyjen tavoitteiden, tavoitteiden tai tulosten saavuttamiseksi. (Albers ym., 2021.) Muita jaotteluita implementoinnin edistäjien tehtäviksi on Metz ja kumppaneiden (2020a, 5) mukaan yhteiskehittäminen, jatkuva kehittäminen sekä muutoksen tukeminen. Yhteiskehittäminen pitää sisällään implementoinnin eri vaiheissa mukana oleminen ja implementoinnin räätälöinti tiettyyn kontekstiin. Jatkuva kehittäminen puolestaan käsittää kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen palautteen keräämisen implementoinnin eri vaiheissa eri tasoilta, ja palautteen pohjalta toiminnan muuttamisen. Muutoksen tukemisella taas tarkoitetaan implementoinnin juurruttamista, ja implementointiympäristön haasteita implementoinnin onnistumiselle ja ammattilaisten tukemista näiden haasteiden edessä. (Metz ym., 2020a, 5.)

Kuvio 3. Implementoinnin edistäjät osana viitekehystä.



Olen ylläolevassa kuviossa rajannut ja johdattanut tutkielman tarkastelutason laiveammasta, implementoinnin siltaavien tekijöiden (Moullin ym., 2019) tasosta välittäjäroolin toimijoihin (esim. Proctor ym., 2019). Välittäjäroolissa toimivien organisaatioiden osalta tämän tutkielman huomio keskittyy niissä työskenteleviin implementoinnin edistäjiin, joihin tutkielman aineistonkeruu keskittyy.

### 3.5 Implementointistrategiat

Jotta pystytään lähestymään konkreettisemmin sitä, miten yliopistollisissa sairaaloissa yhteistyöalueilla ja hyvinvointialueilla implementoinnin parissa työskentelevät

implementoinnin edistäjät tukevat ja toteuttavat alueellansa IPC-N:n implementointia, käsittelen seuraavaksi kirjallisuudessa esiin tulleita implementointistrategioita. Implementointistrategialla tarkoitetaan implementoinnin konkreettista edistämistä ja tekemistä. Ne voivat olla esimerkiksi tekniikoita tai toimenpiteitä, joilla pyritään kohdistamaan implementoinnin tukea joihinkin tiettyihin implementaation mekanismeihin tai systemaattista prosessia, joilla pyritään ottamaan jokin näyttöön perustuva menetelmä osaksi tyypillistä hoitoa. (Proctor ym., 2013; Powell ym., 2012; Curran ym., 2012.) Implementoinnin tuella tarkoitetaan toimenpiteitä ja prosesseja, jotka kohdennetaan tukemaan esimerkiksi johtoa, henkilöstöä tai palvelujärjestelmää implementoinnissa, ylläpidossa menetelmän haluttujen tulosten saamiseksi (Albers ym., 2021).

Kirjallisuus implementointistrategioiden ympärillä on laajaa, ja implementointitutkimuksen piirissä tieteenalalla vallitsee tarve niiden tarkemmalle raportoimiselle (esim. Proctor ym. 2013). Tämän pohjalta Powell on kumppaneineen (2012) koostanut implementointistrategioista laajan kirjallisuuskatsauksen. Kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin vuosien 1995–2011 välistä ajanjaksoa, ja kirjallisuuskatsausten pohjalta tarkasteluun päätyi 68 eri implementointistrategiaa (Powell ym., 2012). Tätä implementointistrategioiden kokoelmaa on täsmennetty vuonna 2015 Powellin ja kumppaneiden päivitetystä tutkimuksesta, jossa he ovat ottaneet kirjallisuuskatsausten tulosten lisäksi mukaan implementoinnin ja kliinisen työn asiantuntijoiden näkemyksiä. Päivityksessä kaikki strategiat operationalisoitiin ja täydennettiin siten, että strategioita on 68 sijasta 73. Hyödynnän tätä päivitettyä versiota, jossa implementointistrategioiden käsitteet, määritelmät ja kategoriat ovat sovellettavissa käytännön työhön paremmin. (Powell ym., 2015.) Tämän Powellin päivitetyn version (2015) pohjalta Waltz kumppaneineen (2015) jaotteli asiantuntijoita hyödyntäen strategiat yhdeksään ryhmään, joita ovat

1. arvioivat ja iteratiiviset strategiat (*use evaluative & iterative strategies*)
2. vuorovaikutteisen tuen strategiat (*provide interactive assistance*)
3. implementointiympäristön tarpeisiin mukauttamisen strategiat (*adapt and tailor to context*)
4. sidosryhmien välisten suhteiden kehittämisen strategiat (*develop stakeholder interrelationships*)
5. sidosryhmien kouluttamisen strategiat (*train & educate stakeholders*)
6. kliinikoiden tukemisen strategiat (*support clinicians*)
7. kuluttajien osallistamisen strategiat (*engage consumers*)
8. rahoitusstrategiat (*utilize financial strategies*) ja
9. infrastruktuurin muuttamisen strategiat (*change infrastructure*).



*Arvioivat ja iteratiiviset strategiat* pitävät sisällään esimerkiksi organisaation implementoinnin valmiustilan ja tarpeiden arviointia, esteiden ja edistävien tekijöiden tunnistamista, käytön- ja laadun seurantajärjestelmän rakentamista sekä implementointisuunnitelman kehittämistä. *Vuorovaikutteisen tuen strategiat* sisältävät esimerkiksi fasilitointia ja teknisen tuen antamista. *Implementointiympäristön tarpeisiin mukauttamisen strategiat* tarkoittavat tarvittaessa esimerkiksi kohdennettua tukea eri toimijoille ja adaptaation, eli menetelmän käytön muuttamisen strategioita. *Sidosryhmien kehittämisellä* tarkoitetaan esimerkiksi toimijoiden saattamista yhteen, työryhmien rakentamista ja muilta toimijoilta oppimista. *Sidosryhmien kouluttamisen strategiat* pitävät sisällään esimerkiksi menetelmäkoulutuksen järjestämistä, erilaisten oppimisfoorumien rakentamista, oppimateriaalien kehittämistä sekä tutkimusyhteistyötä. *Kliinikoiden tukemisella* tarkoitetaan strategioita, joilla menetelmän käyttöönottoa voidaan kohdennetusti tukea ammattilaisten kesken esimerkiksi menetelmän käytöstä muistuttaminen ja resurssien järjestäminen tukemaan implementointia. *Kuluttajien osallistamiseen* kuuluu esimerkiksi intervention kohderyhmän osallistaminen ja viestintä ulkopuolisille tahoille. *Rahoitusstrategiat* liittyvät vahvasti toiminnan jatkumisen varmistamiseen. *Infrastruktuurin muuttamisen strategiat* pitävät taas sisällään intervention fyysisen sijainnin muuttamista, lakien kautta implementoinnin tukemista, palvelukokonaisuuksiin vaikuttamista sekä esimerkiksi välittäjäorganisaation rakentamista. (Waltz ym., 2015; Powell ym., 2015.)

Powellin ja kumppaneiden (2012; 2015) mukaan implementointistrategioiden koostetta ei tulisi kuitenkaan käyttää suoraan tyhjentävänä tarkistuslistana, mutta listaus voi auttaa hahmottamaan ja antamaan viitettä erilaisista implementointistrategioista, joita ammattilaiset käyttävät. Lisätutkimusta tarvitaan muun muassa siitä, mitä strategioita käytetään missäkin kontekstissa (Powell ym., 2012; 2015). Siihen tämä tutkielma pyrkii osaltaan vastaamaan. Tutkielmaa vastaavassa kontekstissa implementoinnin ammattilaiset ovat hyödyntäneet Powellin ja kumppaneiden (2015) koosteen ja sen pohjalta tehdyn ryhmittelyn (Waltz ym., 2015) kautta tehdyn kirjallisuuskatsauksen pohjalta tarkasteltuna eniten sidosryhmien kouluttamista, arvioivien ja iteratiivisten strategioiden käyttöä ja sidosryhmien välisten suhteiden kehittämistä, ja hieman kontekstiin mukauttamisen strategioita. Katsaukseen otetuissa artikkeleissa ei hyödynnetty esimerkiksi kuluttajien osallistamista, infrastruktuurin muuttamista tai taloudellisten strategioiden käyttöä (Albers ym., 2021). Tämän lisäksi kirjallisuuskatsauksessa tunnistettiin strategioita, jotka eivät ilmenneet Powellin ja kumppaneiden (2015) katsauksessa. Näitä olivat 1) Menetelmän näytön jakaminen olennaisille sidosryhmille sekä 2.) intervention suunnitteluun osallistuminen (Albers ym., 2021).

### 3.6 Yhteenveto viitekehuksesta ja tutkimuskysymykset

Hyödynnän implementointitutkimusta kuvaamaan IPC-N:n implementointia ja ammennan sen teoreettisista viitekehysistä sellaista, joka pyrkii selittämään mikä vaikuttaa implementoinnin lopputulemiin (Nilsen, 2020). Tästä syystä olen valinnut EPIS-viitekehysten (Aarons ym., 2011; Moullin ym., 2019) kuvaamaan implementoinnin vaiheita ja antamaan pohjan välittävän roolin toimijoille, jotka tutkielman kontekstissa ovat yliopistolliset sairaalat. Jotta tarkastelutaso olisi konkreettisempi, olen rajannut tutkimuksen tarkastelutason implementoinnin tukea antaviin ammattilaisiin (Albers ym., 2021). Ammattilaisten antamaa tukea luokitellaan yhdeksään implementointistrategioiden ryhmään Waltzin ja kumppaneiden (2015) jaottelun mukaisesti. Mesotason toimijana yliopistolliset sairaalat tekevät yhteistyötä hyvinvointialueen ja kansallisen tason kanssa, ja tämä yhteistyö vaikuttaa implementointiin (Raghavan ym., 2008). Näiden pohjalta tutkimuksen tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

- Miten yhteistyöalueiden yliopistollisten sairaaloiden ammattilaiset ovat järjestäneet vuorovaikutusohjannan (IPC-N) implementoinnin hyvinvointialueille implementointiprosessin eri vaiheissa?
- Minkälaista yhteistyötä yhteistyöalueiden yliopistollisissa sairaaloissa tehdään eri toimijoiden kanssa?

Tutkielman teoreettinen viitekehys on tiivistetty alla olevaan taulukkoon:

Taulukko 2. Teoreettisen viitekehysten tiivistelmä

Käytetyt strategiat (Waltz ym., 2015)	Implementoinnin vaiheet (Aarons ym., 2011; Moullin ym., 2019)			
	Kartoitus	Valmistelu	Implementointi	Ylläpito
Arvioivat ja iteratiiviset strategiat				
Vuorovaikutteisen tuen strategiat				
Implementointiympäristön tarpeisiin mukauttamisen strategiat				
Sidosryhmien välisten suhteiden kehittämisen strategiat				
Sidosryhmien kouluttamisen strategiat				
Kliinikoiden tukemisen strategiat				
Kuluttajien osallistamisen strategiat				
Rahoitusstrategiat				
Infrastruktuurin muuttamisen strategiat				

Taulukon yläsarakkeessa on EPIS-viitekehyksen tuomat implementoinnin vaiheet, ja vasemmalla sivusarakkeissa on eri implementointistrategioiden ryhmittely. Tarkoitukseni on kuvata, mitä implementointistrategioita käytettiin missäkin vaiheessa ja kuinka monta erilaista strategiaa aineistosta tunnistettiin. Tarkoituksena on lisäksi tehdä näkyväksi, miten strategioiden käyttö painottuu eri implementoinnin vaiheissa.

## **4 Tutkimusmetodologia**

Tässä luvussa ensin avaan tutkimuksen tarkoitusta ja tavoitteita, joiden perusteella toteutustavaksi on valittu laadullinen tutkimus. Sen jälkeen kuvailen sitä, miten tutkittavat on rekrytoitu tutkimukseen. Kolmannessa alaluvussa kuvaan aineistoa sekä valitun aineistonkeruumenetelmän. Kuvailen tässä alaluvussa myös tarkemmin aineiston keräämistä tämän tutkimuksen näkökulmasta. Sen jälkeen pohdin lopuksi tutkimuksen eettisyyttä. Viimeisessä alaluvussa kuvaan, kuinka aineiston analyysi on toteutettu laadullisella sisällönanalyysillä.

### **4.1 Laadullinen tutkimus**

Tutkimuksen toteutustapa on laadullinen, sillä se vastaa tutkielman tavoitteisiin paremmin kuin määrällinen tutkimus. Laadullisella tutkimuksella tarkoitetaan tutkimusotetta, jonka tavoitteena on pyrkiä ymmärtämään syvällisesti jotain tiettyä ilmiötä. Siinä korostuu subjektiivisuus ja ihmisten omat kokemukset suhteessa aikaan, paikkaan ja tilanteisiin. (Kananen 2015, s. 70–71; Ronkainen ym., 2013, s. 82; Hurme & Hirsjärvi 2022, s. 35). Tämän tutkimuksen kohteena on aihealue, josta on Suomessa suhteellisen vähän tietoa. Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia IPC-N menetelmän implementointia, juurrutusprosessin koordinoitua ja implementoinnin erityispiirteitä yhteistyöalueiden yliopistollisissa sairaaloissa implementointityötä tehneiden työntekijöiden näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä ymmärrystä siitä, miten Suomen palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkumetreillä implementoidaan näyttöön perustuvaa psykososiaalista menetelmää. Tästä näkökulmasta laadullinen tutkimus tukee tutkielman tavoitteita.

### **4.2 Tutkittavien rekrytointi**

Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan ilmiöitä ja ymmärtämään toimintaa, joten on olennaista, että tutkimusaineiston otos on mahdollisimman kuvaava (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 3.4.). Tästä syystä tutkimusaineisto kerätään haastatteluin, ja sen pohjalta hain tutkielmaan haastateltavaksi yliopistollisten sairaaloiden työntekijöitä, jotka ovat

työtehtävissään vastanneet implementointitilanteissa yhteistyö- ja hyvinvointialueetasolla vuorovaikutusohjannan implementoinnista. Haastateltavien työtehtäviä voivat olla esimerkiksi implementoinnin tukirakenteiden luominen valittujen menetelmien osalta, menetelmän käyttöönoton valmiuden lisääminen, juurruttamisen edellytysten luominen, fideliteetin eli menetelmäuskollisuuden ja tulosten mittaaminen, ulkoisten verkostojen rakentaminen ja ongelmanratkaisu implementoitavan menetelmän osalta alemmilla järjestelmän tasoilla (Metz & Bartley, 2012, s. 15).

Ennen haastateltavien rekrytoimista tutkimukselle tutkimusryhmä haki tutkimusluvut jokaiselta yliopistolliselta sairaalalta. Tavoitteena oli saada tutkimukseen jokaisesta yliopistollisesta sairaalasta kaksi haastateltavaa, jotta alueelliset kokemukset eivät olisi vain yhden haastateltavan varassa. Tutkimuksen aineistoksi valikoitui haastateltavia vain kolmesta Suomen viidestä eri yliopistollisesta sairaalasta. Syy tähän on tutkielman laajuuden rajaaminen sekä toisaalta maisterintutkielman aikataululliset syyt – ryhdyimme tutkimusryhmän kesken valmistelemaan tutkimuslupia joulukuussa 2022, mutta prosessi vei toisilla yhteistyöalueilla pidempään kuin toisilla. Lisäksi haimme osalle yhteistyöalueista tutkimuslupaa samalla tutkimuskonsortion muita osatutkimuksia varten, ja tästä syystä osa lupahakemuksista viivästyi ja niissä kerättävä aineisto rajautui tämän tutkielman ulkopuolelle.

Osana näitä tutkimuslupaprosesseja laadimme tietosuojaselosteen, tietosuojan vaikutusten arvioinnin, tiedotteen tutkittavalle, suostumuslomakkeen tutkimukseen, tutkimussuunnitelman ja tutkimussuunnitelman tiivistelmän. Kaikki tutkimusluvut myönnettiin tammi-helmikuun 2023 aikana. Kun tutkimus oli saanut puollon toteuttamiselle yliopistollisilta sairaaloilta, toteutin tutkittavien rekrytoinnin seuraavasti: sain tutkimuksen yliopistollisen sairaalan yhteyshenkilöiltä tai tutkimuslupalpalveluista potentiaalisten tutkittavien sähköpostiosoitteet, ja olin heihin suoraan yhteydessä välittäen kutsun osallistua tutkimukseen. Yhdessä yliopistollisessa sairaalassa yhteyshenkilö levitti työntekijöille tiedon tutkimuksesta, ja tutkittavat ilmoittivat tutkijalle sähköpostitse kiinnostuksensa osallistua tutkimukseen. Tutkittavia lähestyessäni korostin, että osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista. Toimitin kaikille haastateltaville osallistumiskutsun yhteydessä tutkimustiedotteen, tietosuojaselosteen, suostumuslomakkeen tutkimukseen ja haastattelurungon. Toimitin haastattelurungon etukäteen, jotta haastateltavat voivat halutessaan perehtyä teemoihin, sillä tutkimuksessa käsiteltiin muutaman vuoden takaisia tapahtumia ja aiheiden kertaamisen mahdollistaminen parantaa aineiston laatua (ks. Tuomi & Sarajarvi, 2018, luku 3.1.). Mikäli tutkittavat halusivat osallistua tutkimukseen, sovin heidän kanssaan haastatteluajan. Haastattelut toteutin etäyhteyksin Microsoft Teamsin välityksellä. Etähaastatteluissa tutkittavat toimittivat allekirjoitetun suostumuksen tutkijalle skannattuna

tai suostumuslomake käytiin suullisesti läpi haastattelun alussa tutkittavan ja tutkijan kesken niin, että tutkittavan suostumus tallentui nauhalle. Tämän jälkeen toimitin suostumuslomakkeet kopiona myös tutkittaville.

### 4.3 Aineistonkeruumenetelmät ja aineiston esittely

Tutkittavien haastattelut toteutin tammi-maaliskuussa 2023. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina. Teemahaastatteluita hyödynnetään, kun halutaan saada syvällistä ymmärrystä jostain tietystä teemasta. Teemahaastattelussa haastattelut etenevät yksityiskohtaisten kysymysten sijasta tutkittavalle asialle olennaisten teemojen varassa, ja teemat ovat kaikkien haastateltavien kohdalla samat. (Hirsjärvi & Hurme 2022, luku 4.2.3.) Se valittiin aineistonkeruumenetelmäksi, sillä halusin selvittää laajasti yliopistollisten sairaaloiden kokemuksia implementointiprosessista ja mitä toimenpiteitä ne ovat tehneet sen aikana implementoinnin edistämiseksi.

Teemahaastattelun runko ja teemat on rakennettu tutkimuskirjallisuuteen perustuen. Runko on muodostettu EPIS-viitekehyksen (Aarons ym., 2011; Moullin ym., 2019) ja Meyersin ja kumppaneiden (2012) synteessin pohjalta, jossa he määrittelevät kriittisimpiä askeleita implementoinnin onnistumiselle. Meyersin ja kumppaneiden (2012) viitekehystä hyödynnettiin, sillä siinä käydään läpi asioita, joihin onnistunutta implementointia voidaan peilata. Haastattelukysymyksiä on soveltuvin osin tarkennettu ja laajennettu vastaamaan myös implementointistrategioita (Powell ym., 2015; Waltz ym., 2015) käsitteleviin kysymyksiin. Haastattelurunko käytiin läpi tutkimusryhmässä, jossa on implementointitutkimuksen asiantuntijoita. Lisäksi tutkija toteutti epävirallisen koehaastattelun sen testaamiseksi, että runko ja sen apukysymykset ovat riittävän ymmärrettäviä (Hirsjärvi & Hurme, 2022, luku 5.7). Koehaastattelu käytiin läpi henkilön kanssa, jolla on tietämystä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmästä, mutta joka ei toisaalta ole suoraan perusjoukkoa. Tätä koehaastattelua ei ole laskettu mukaan analysoitavaan aineistoon. Toisaalta myös aiempi kokemukseni aihealueesta työtehtävieni kautta auttoi fokusoimaan haastattelukysymyksiä otosjoukkoon sopivaksi. Haastattelutilanteessa käytiin läpi teemarunkoon etukäteen listattuja teemoja.

Aineistona oli kuusi (N=6) yksilöhaastattelua. Haastateltavat työskentelivät kolmessa eri yliopistollisessa sairaalassa Suomessa, ja jokaisesta kolmesta sairaalasta oli kaksi haastateltavaa, jotta alueellisten kokemusten kuvaus ei olisi vain yhden henkilön varassa ja otos olisi alueittain tasasuhtainen. Haastateltavat työskentelivät yliopistollisissa sairaaloissa nuorten mielenterveyden osaamiskeskuksissa nuorisopsykiatrian alla ja olivat työtehtäviensä näkökulmasta keskeisessä roolissa joko yhteistyöalueensa aktiivisessa implementoinnissa tai

vuorovaikutusohjannan käyttöönottamisen päätöksenteossa. Haastateltavat olivat pohjakoulutukseltaan sairaanhoitajia tai lääkäreitä. Haastattelut kestivät 1,5 tunnista kahteen tuntiin. Yksi haastateltava toimitti haastattelun jälkeen omasta aloitteestaan vielä kirjallisia tarkennuksia antamaansa haastatteluun koskien esimerkiksi implementoinnin aikajanaa, ja tämä kirjallinen selvitys otettiin huomioon osana aineistoa. Litteroituna haastattelut ja yksi kirjallinen selvitys muodostivat yhteensä 163 sivuisen aineiston.

Haastattelutilanteessa vuorovaikutuksen merkitys on olennainen (Ruusuvuori & Tiittula, 2017). Haastattelutilanteissa pystyin teemahaastattelun tuoman väljyyden avulla luomaan vuorovaikutteisen ilmapiirin, jossa implementoinnin haasteisiin ja onnistumisiin liittyen pystyin kysymään tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä, jotka paljastivat hyödynnettyjä strategioita tilanteiden yhteydessä sekä toisaalta auttoivat luomaan tarkemman kuvan kansallisesta yhteistyöstä implementoinnin ympärillä. Haastattelutilanteissa keskustelu pysyi suhteellisen hyvin vuorovaikutusohjantaan liittyvän implementoinnin ja kansallisen yhteistyön ympärillä, mutta välillä keskustelussa oli myös muut kansallisesti levitettävät menetelmät, kuten esimerkiksi ahdistuksen helpottamiseen tarkoitettu Cool Kids. Haastattelutilanteessa pyrin kysymään kysymyksiä, jotka eivät ole liian johdattelevia ja välttämään ennako-oletuksia implementoinnin sujumisesta yhteistyöalueella esimerkiksi Linnarannan ja kumppaneiden (2022) artikkelissa esitettyjen tilastojen tai tutkijan työtehtävissä Itlassa saatujen kokemusten valossa, sillä neutraalius on tärkeä osa aineiston keräämisen luotettavuutta (Ruusuvuori & Tiittula, 2017; Hirsjärvi & Hurme, 2022, luku 5.6.1.). Osa haastateltavista oli tutkijalle ennestään tuttuja henkilöitä. Näissä haastatteluissa keskityin erityisesti siihen, että ennako-oletukseni implementoinnin sujuvuudesta ei näkyisi haastattelutilanteessa (ks. Ruusuvuori & Tiittula 2017; Hirsjärvi & Hurme 2022, luku 5.6.1). Uusien haastateltavien kohdalla oli taas keskityttävä enemmän luottamuksen luomiseen (ks Keats, 2000, s. 23, Hirsjärvi & Hurme 2022, luku 5.6.1). Kaikki haastattelut toteutettiin etänä Microsoft Teamsin välityksellä. Sovellus oli kaikille haastateltaville ennestään tuttu, enkä kokenut, että etäyhteys olisi vaikuttanut oleellisesti haastatteluiden laatuun, sillä haastatteluiden toteutumisen ajankohtana haastateltavat olivat koronapandemian johdosta tottuneet sovelluksen käyttöön jo noin kolmen vuoden ajan.

#### **4.4 Tutkimusetiikan huomiointi**

Aineistoa käsitellään aineistonhallintasuunnitelman mukaisesti ja noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä yksityisyyden suojaan, vahingoittamisen välttämiseen ja itsemääräämisoikeuteen liittyen. Tutkimus ei edellyttänyt eettisen toimikunnan puolta, sillä siinä ei käsitellä aiheita, joiden tutkimiseksi tarvittaisiin eettisen toimikunnan lausunto. (TENK, 2012). Tutkimusetiikka huomioitiin tutkimusprosessin aikana seuraavasti:

tutkimuksen haastateltaville kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista etukäteen suullisesti ja kirjallisesti. Haastateltaville korostettiin, että heidän osallistumisensa on vapaaehtoista, ja he voivat vetäytyä tutkimuksesta halutessaan. Haastateltavat allekirjoittivat kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta tai antoivat suostumuksensa suullisesti nauhalle. Lisäksi valmistuin haastatteluun hyvin, jotta haastateltavien aikaresursseja ei kuluisi hukkaan.

Oleellinen osa-alue tutkimusetiikan osalta tutkielmassa on haastateltavien tunnistettavuus ja tietosuojat. Tärkeä osa tämän tutkimuksen osalta on tutkittavien identiteetin turvaaminen. Henkilötietojen suojaamiseksi aineistosta hävytettiin suorat tunnisteet. Haastattelut toteutettiin etäyhteydellä Microsoft Teams -sovelluksella. Tallenteet litteroitiin mahdollisimman nopeasti ja litteroitu aineisto tallennettiin pseudonymisoituna sähköisessä muodossa Itlan Sharepoint- ympäristöön Teams-kanavalle, jonne pääsy on tietoturva huomioiden järjestetty. Osana tutkimusta kerättiin henkilötietoja, joita tutkimuksen osalta ovat nimi, sähköposti, yhteistyöalue, työtehtävä, ääni ja kuva. Tutkimuksessa henkilötietojen käsittely perustuu tietosuojasetuksen 6 artiklan kohtaan 1e: Yleistä etua koskevan tehtävän suorittaminen tai rekisterinpitäjälle kuuluvan julkisen vallan käyttö.

Koska haastateltavien määrä ja tehtäväkuva Suomen tasolla on suhteellisen rajattu, on tutkimusetiikan näkökulmasta tutkimuksen suuri haaste epäsuorat tunnisteet, jotka eivät yksin riitä haastateltavien tunnistamiseen, mutta yhdistettynä mahdollistavat henkilön tunnistamisen. Tutkimusaineisto pseudonymisoitiin, ja analyysivaiheessa suoria tunnisteita ja henkilötietoja ei käsitelty yhtä aikaa. Relevantteja epäsuoria tunnisteita tutkimuksessa ovat sukupuoli, työpaikka, yliopistollinen sairaala sekä muut maantieteelliset tunnisteet. Tunnistettavuuden vähentämiseksi haastateltavat ja heidän yhteistyöalueensa on pseudonymisoitu siten, että niistä puhutaan esimerkiksi [*yhteistyöalue 1*], ja yhteistyöalueella sijaitsevaa yliopistollista sairaalaa [*yo-sairaala yta-alueella 1*] ja hyvinvointialueita [*hyvinvointialue yta-alueella 1*]. Analyysivaiheessa ei tuoda ilmi haastateltavan sukupuolta, sillä haastateltavista enemmistö on naisia, mikä helpottaa miesten tunnistettavuutta heidän pienen määränsä takia. Aineistoesimerkeissä on tarpeen mukaan muunneltu suoria tunnistetietoja tai poistettu tekstikatkelmia tunnistamisen vaikeuttamiseksi. (Aineistohallinnan käsikirja, 2022.)

#### **4.5 Analyysin vaiheet**

Tutkimuksen analyysi on toteutettu teoriaohjaavana eli abduktiivisena sisällönanalyysinä. Laadullista sisällönanalyysiä voidaan hyödyntää tutkittaessa vuorovaikutusta ja ihmisten kokemuksia, käsitystä tai elämäntapaa. Olellista laadullisessa sisällönanalyysissä on

systemaattinen lähestymistapa ja aineiston tiivistäminen siten, että se vastaa tutkimuskysymyksen määrittämiin näkökulmiin. Tässä tutkimuksessa hyödynnetään teoriaohjaavaa sisällönanalyysia, eli kategoriat nostetaan tekstistä siten, että ne ovat vahvasti tuettu teoreettisella viitekehyksellä mutta ei kuitenkaan täysin sidottu sen raameihin (Tuomi & Sarajärvi, 2018, luku 3.1.1.). Sisällönanalyysi valittiin analyysitavaksi, sillä sen avulla aineistoa saatiin järjesteltyä niin, että siitä voitiin tiiviisti eritellä erilaisia implementointistrategioita osana eri implementoinnin vaiheita.

Koska aineiston analyysi on teoriaohjaavaa, analyysivaihe eteni seuraavasti. Teoriaohjaava sisällönanalyysi etenee alkuun aineiston ehdoilla. Abstrahointivaiheessa aineisto kuitenkin liitetään tutkimuksen teoreettiseen viitekehukseen. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, luku 4.4.2). Aineiston analyysin valmisteluvaiheessa tutkija ensin litteroi haastattelut ja jo tässä vaiheessa tutustui aineistoon. Litterointi tehtiin eksaktilla tasolla, eli puhe litteroitiin jättämättä mitään pois, ja litterointiin sisällytettiin täytesanat, toistot ja äännähdykset (Aineistonhallinnan käsikirja 2022). Litterointivaiheessa aineisto pseudonymisoitiin ennen aineiston viemistä analyysiohjelmaan. Analyysi toteutettiin Atlas.ti-ohjelmistolla, jonka avulla aineistoa voidaan koodata ja jakaa koodiryhmiin. Analyysiyksikkönä toimii ajatuskokonaisuus, sillä niistä ilmenee paremmin se, mitä implementoinnin tuesta vastaava työntekijä ajattelee implementoinnista. Ajatuskokonaisuus voi sisältää lauseenosan, lauseen tai useita lauseita. Analyysi eteni osittain pohjaten Tuomen ja Sarajärven (2018, luku 4.3.3.) kuvaaman aineistolähtöisen sisällönanalyysin malliin. Analyysi tutkielmassa eteni seuraavasti:

1. Haastattelujen kuunteleminen ja aukikirjoitus sanatarkasti
2. Haastattelujen lukeminen ja sisältöön perehtyminen
3. Aineiston koodaaminen induktiivisesti ja koodien sijoittaminen eri implementointivaiheisiin deduktiivisesti
5. Samankaltaisuuksien ja erilaisuuksien etsiminen koodeista, koodien yhdistely
6. Koodien tarkempi jakaminen osaksi eri implementointivaiheita
7. Koodien jakaminen alaluokkiin pohjaten Waltzin ja kumppaneiden (2015) implementointistrategioiden yhdeksään ryhmittelyyn
8. Yläluokkien yhdistäminen yhdistäväksi luokaksi, kokoavan käsitteen muodostaminen, eli Vuorovaikutusohjannan implementoinnin implementointistrategiat

Ensimmäisillä aineiston lukukerroilla en tehnyt vielä merkintöjä Atlas.ti:ssä, vaan perehdyin aineistoon rauhassa. Muutaman läpilukemisen jälkeen aloitin tekemään aineistoon alustavia koodauksia. Koodauksissa keskityin hahmottamaan erilaisia toimia ja käytäntöjä, joita ammattilaiset kuvasivat osana implementointia. Tässä vaiheessa koodatessani koodien sisällöt



olivat induktiivisesti eli aineistolähtöisesti johdettuja, mutta sijoitin niitä jo tässä vaiheessa deduktiivisesti osaksi implementoinnin eri vaiheita EPIS-viitekehyksen (Aarons ym., 2011; Moullin ym., 2019) mukaisesti myöhempää analyysiä helpottamaan. Implementointistrategioiden koodaus tehtiin induktiivisesti, sillä niitä ei ole juuri tutkittu aiemmin Suomessa ja strategioiden listaus ei ole tyhjentävä (Albers ym., 2021; Powell ym., 2015). On tärkeä saada tarkempaa tietoa käytetyistä strategioista Suomen kontekstissa ja erityisesti tilanteessa, jossa yhtä kotipesää ei ole, vaan yhteistyöalueet implementoivat kukin tahoillaan.

Vaikka koodien sisältö oli induktiivisesti johdettu, liitin niihin tässä vaiheessa implementoinnin eri vaiheet EPIS-viitekehyksen (Aarons ym., 2011; Moullin ym., 2019) mukaisesti. Hahmotin eri vaiheet ensimmäisellä koodauskierroksella siten, että kartoitusvaiheen muodosti ajanjakso ennen päätöstä ottaa menetelmä käyttöön, valmisteluvaihe muodostui päätöksenteon hetkestä menetelmäkoulutusten alkuun, implementointivaihe menetelmäkoulutusten aikana tapahtuvasta työstä ja ylläpitovaihe sen jälkeisestä ajasta. Jaottelu on osin keinotekoinen, sillä itseasiassa implementointiprosessissa nämä vaiheet toistuvat syklisesti ja osittain päällekkäin (Lambert ym., 2016). Erottelu on kuitenkin valittu tehdä näin, jotta eri vaiheissa hyödynnettäviä strategioita on mahdollista jaotella. Ensimmäisten koodauskierrosten jälkeen yhdistelin koodeja toisiinsa, sekä tarvittaessa jaoin niitä uudelleen siten, että koodit olisivat mahdollisimman saman tasoisia olemukseltaan. Samoja koodeja voi olla eri vaiheissa, mikäli niitä on hyödynnetty implementoinnin eri vaiheissa. Koodien yhdistelyn jälkeen lopulta koodeja oli kartoitusvaiheessa kahdeksan kappaletta, valmisteluvaiheessa 17 kappaletta, implementointivaiheessa 31 kappaletta ja ylläpitovaiheessa 28 kappaletta. Kun koodit olivat valmiita, alaluokat johdettiin Waltzin ja kumppaneiden (2015) implementointistrategioiden yhdeksästä ryhmittelystä. Alla esimerkki miten tulokset on muodostettu:

Taulukko 3. Esimerkki luokkien muodostumisesta aineiston analyysissä.

Alkuperäinen ilmaus	Koodi	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
	Induktiivisesti	deduktiivisesti, Waltz ym., 2015	deduktiivisesti, Aarons ym., 2011, Moullin ym., 2019	Induktiivisesti
"Joo kyllähän siinä olennaisena oli tämä kansallinen hanke, joka sitten kun lähetettiin viemään yhteisesti koko Suomeen pilottina se Espoo-hanke toki siellä pohjalla, josta sitten tiedettiin, että kyllä tähän Suomen maahan istahtaa tää IPC-N-menetelmä ja tiedettiin vähän niitä elementtejä mitä implementaatioon tarvitaan" "...otettiin se Espoon malli tavallaan semmoiseksi aihioiksi, että mistä me lähdettiin suunnittelemaan sitä IPC-N-koulutusten aloittamista..." "...he oli sitä kokeilleet Espoossa, että se toimii ja se soveltuu Suomeen..."	Aiemman pilotin kokemusten hyödyntäminen suunnittelussa	Arvioivat ja iteratiiviset strategiat	Kartoitusvaiheen implementointi-strategiat	Vuorovaikutusohjannan implementoinnin implementointistrategiat

Tulen tulosluvun yhteenvedossa myös kvantifioimaan hyödynnetyt strategiat teoreettisen viitekehyksen yhteenvetoluvussa esitellyn taulukon 2 mukaisesti siten, että yläsarakeisiin kvantifioin hyödynnetyjen strategioiden määrät kussakin implementointivaiheessa. Sivusarakeissa kvantifiointi kuvaa jokaisen implementointistrategiaryhmiin kuuluvien strategioiden määrän yhteensä eri implementointivaiheessa.

## 5 Tulokset

Tässä luvussa kuvataan tutkimuksen tuloksia. Tulokset esitellään siten, että jokaisessa alaluvussa esitellään ensin keskeisimmässä asemassa olevat strategiat, eli strategioiden esittämisjärjestys ei ole jokaisessa luvussa sama. Valinta on tehty, jotta esimerkiksi implementoinnin eri vaiheiden hetket voidaan esittää loogisemmin. Tulosluvun aineisto-esimerkeissä luettavuutta on parannettu poistamalla aineisto-otteista täytesanoja ja toistoa. Tulokset esitellään EPIS-viitekehyksen (Aarons ym., 2011; Moullin ym., 2019) vaiheiden mukaisessa järjestyksessä. Ensimmäisessä esitellään kartoitusvaiheen strategioita, sitten valmisteluvaiheen. Näitä seuraavat implementointivaiheen strategiat ja lopulta ylläpitovaiheen strategiat. Lopussa on yhteenvedo analyysistä. Pyrin tulevissa alaluvuissa kuvamaan hyödynnetyt strategiaryhmät aina samassa järjestyksessä selvyuden vuoksi, mutta kartoitusvaiheen strategioita kuvatessa alkuun on kuvattu sidosryhmien kehittämisen strategiat alkuun, sillä niiden hyödyntäminen aloitti koko implementointiprosessin.

### 5.1 Kartoitusvaiheen strategiat

Osana IPC-N-menetelmän kansallista implementointia hyödynnettiin implementointiprosessin kartoitusvaiheessa (Aarons ym., 2011; Moullin ym., 2019) sidosryhmien välisten suhteiden kehittämisen strategioita, implementointiympäristön tarpeisiin mukauttamisen strategioita, rahoitusstrategioita sekä arvioivia ja iteratiivisia strategioita (Waltz ym., 2015). Kartoitusvaiheessa hyödynnettiin sidosryhmien välisten suhteiden kehittämisen strategioita, joka tässä kontekstissa tarkoitti lähinnä nuorisopsykiatrian ylilääkäreiden työryhmän perustamista keväällä 2020, joka aloitti kansallisen implementoinnin. Haastateltavien mukaan ylilääkärit perustivat työryhmän, sillä he tunnistivat tarpeen perustason interventiolle:

”Kansallisesti todettiin nuorisopsykiatrian kriisitilanne, että erikoissairaanhoidon [ESH] erityisesti [yhteistyöalueella 5] alkoi olla 10 % ikäluokasta nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon asiakkaita. Todettiin, että tää ei voi mennä näin, kun ESH:n kantokyky on siellä 5 % kieppeillä, että jotain tarvitsee tehdä, ja se joku on perustason vahvistaminen. Sitten ylilääkärit löi päänsä kansallisesti yksiin ja lähtivät miettimään mikä olisi semmoinen, mitä voitaisiin

tehdä. Todettiin, että tarvitaan jotain kouluympäristöön ja lähdettiin etsimään menetelmää, joka sopisi kouluympäristöön. Masennus ja ahdistus oli ne kaksi häiriötä, jota oli tarkoitus lähestyä ja se IPC-N tuli sitä kautta ja sitä armottomasti lobattiin [ministerille] ja sitten tuli hankerahoitus.” -H3, yta-alue 2

Implementointiympäristön tarpeisiin mukauttamiseen liittyviä implementointistrategioita kartoitusvaiheessa olivat puolestaan tilastojen pohjalta tunnistettuun tarpeeseen soveltuvan menetelmän valitseminen. Se liittyy ylilääkäreiden työryhmään, jossa edeltävää lainausta sivuten ryhdyttiin ratkaisemaan erikoissairaanhoidon nuorisopsykiatrian tilannetta. Pohdintaan liittyi olennaisesti sairauksien esiintyvyyden määrittely, jotta soveltuva interventio pystyttiin kohdentamaan oikein. Yleisimmiksi täsmennettiin masennus ja ahdistuneisuushäiriöt, ja niihin pyrittiin valitsemaan soveltuva interventio:

”Siinähan mietittiin, mitä meillä on ensinnäkin sairauksia, mikä on sairauksien esiintyvyys. Elikkä mielenterveyshäiriöistä isoimmat ja laajimmat otsikot oli, ja on varmaan masennus ja ahdistuneisuushäiriöt. Jos puhutaan kalliimmista niin sitten vähän eri järjestys, mutta se kattaa 70 % mielenterveyden häiriöistä, et pystytään helpottamaan, ei hoitamaan, mutta helpottamaan IPC-N:llä.” -H5, yta-alue 3

Kartoitusvaiheessa rahoitukseen liittyviä implementointistrategioita olivat keskeisesti hankerahoituksen hankkiminen sekä alustavien kustannuslaskelmien tekeminen menetelmän implementointiin liittyen. Kun ylilääkärit olivat tunnistaneet tarpeen vuorovaikutusohjannan kaltaiselle interventiolle nuorten masennusoireilun tueksi perustasolle, hakivat he rahoitusta kansalliselle implementoinnille Sosiaali- ja terveysministeriöstä, josta myönnettiinkin rahoitus implementoinnin aloittamiselle. Osana rahoitusstrategioita IPC-N:n kustannuksiksi laskettiin vuoden 2020 alussa, että kuuden käynnin IPC-N-ohjausjakso kouluterveydenhoitajalla maksaa 324 euroa. IPC-N:n kustannuksia verrattiin esimerkiksi siihen, että nuori kävisi viikoittaisilla käynneillä nuorisopsykiatrian poliklinikalla, jonka kustannuksiksi tulisi noin 10 700 euroa vuodessa. IPC-N:n kustannuksia verrattiin myös siihen, että nuori syrjäytyisi kokonaan.

Kartoitusvaiheessa hyödynnettyjä arvioivia ja iteratiivisia strategioita olivat aiemman Espoon pilotin kokemusten hyödyntäminen suunnittelussa, implementointikirjallisuuden hyödyntäminen, yhteistyöalueiden aiemman kokemuksen menetelmästä hyödyntäminen sekä hankeimplementointitiimien aiemman menetelmäosaamisen hyödyntäminen implementoinnin rakentamisessa. Aiempi Espoon pilotti vuodelta 2017 näytteli haastateltavien mukaan isoa roolia siinä, että juuri vuorovaikutusohjanta valittiin ylilääkäreiden muodostamassa työryhmässä ratkaisemaan tunnistettua tarvetta nuorten masennuksen hoidoksi. Sen pohjalta pystyttiin toteamaan, että menetelmä jotakuinkin istuu Suomen kontekstiin ja pilotin pohjalta oli saatu alustavia positiivisia viitteitä sen vaikuttavuudesta. Pilotista voitiin myös johtaa alustavia suuntaviivoja implementoinnin

toteuttamiselle. Tämän lisäksi ylläkärit hyödynsivät tutkimuskirjallisuutta liittyen implementointiin ja toisaalta esimerkiksi kokemuksiin Iso-Britanniasta, jossa IPC-N:tä oli myös aiemmin implementoitu ja tutkittu. Haastateltavat kertoivat lisäksi, että eri yhteistyöalueilla oli aiempaa kokemusta IPC-N-menetelmästä ViVa- ja Tulevaisuuden sote-keskus-hankkeiden ulkopuolelta. Osalla yhteistyöalueista oli joko vahvaa aiempaa menetelmäosaamista interpersonaalista psykoterapiasta tai vuorovaikutusohjannasta, tai sitten kuntatasolla oli koulutettu jo ennen pilottia koko ammattiryhmä menetelmäosaajiksi.

Yhteenvedona kartoitusvaiheen implementointistrategioista voidaan todeta, että yliopistollisten sairaaloiden ammattilaiset hyödynsivät sidosryhmien välisten suhteiden kehittämisen, implementointiympäristön tarpeisiin mukauttamisen, rahoituksen sekä arvioivia ja iteratiivisia strategioita. Aineiston pohjalta yliopistolliset sairaaloiden ammattilaiset eivät puolestaan hyödyntäneet sidosryhmien kouluttamisen, vuorovaikutteisen tuen, klinikoiden tukemisen, kuluttajien osallistamisen tai infrastruktuurin muuttamisen strategioita implementoinnissa. (Waltz ym., 2015.) On ymmärrettävää, että kartoitusvaiheessa koulutukseen liittyviä, vuorovaikutteisen tuen tai klinikoiden tukemisen strategioita ei hyödynnetty, sillä tässä implementointiprosessin vaiheessa vasta pohdittiin soveltuvaa menetelmää tunnistettuun epidemiologiseen haasteeseen. Kartoitusvaiheessa aineiston pohjalta ongelman määrittelyä tehtiin tilastojen valossa, mutta esimerkiksi nuorten ja henkilökunnan osallistaminen tässä vaiheessa olisi saattanut lieventää ammattilaisten kohdalla myöhemmissä vaiheissa menetelmän kyseenalaistamista ja auttaa jo tässä vaiheessa rakentamaan luottamusta toimijoiden välille, esimerkiksi valmiustilan kartoittamisen näkökulmasta. (Lewis, 2006; Turner ym., 2012; Finch ym., 2015.) Toisaalta nuorten näkemyksiä oli saatu jo hieman Espoon pilotin aikana (Ranta ym., 2017).

Infrastruktuurin muuttamisen strategioiden hyödyntäminen olisi kartoitusvaiheessa voinut olla hyödyllistä, mikäli huomioon olisi otettu esimerkiksi laajemmin Suomessa kansallisesti implementoitujen menetelmien käyttöönoton esteitä – esimerkiksi potilasjärjestelmien mahdollisuuksiin ottaa käyttöön myöhemmin käyttöön tulleen THL:n toimenpidekoodin IDY27 kaltaista toimenpidekoodia olisi voinut selvittää jo tässä vaiheessa pienissä paloissa iteratiivisemmin (Gallo ym., 2021). Palautejärjestelmät olisi sisällytettävä rakenteisiin alusta alkaen ylemmältä tasolta alaspäin, jotta vältetään paikallisten ja alueellisten erillisjärjestelmien rakentuminen (Metz & Bartley, 2012). Yhteistyötä kartoitusvaiheessa tehtiin aineiston perusteella ainoastaan muiden yliopistollisten sairaaloiden ylläkäreiden kesken, sekä esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriön kanssa.

## 5.2 Valmisteluvaiheen strategiat

Implementoinnin valmisteluvaiheessa hyödynnettiin arvioivia ja iteratiivisia, implementointiympäristön tarpeisiin mukauttamisen, sidosryhmien välisten suhteiden kehittämisen, sidosryhmien kouluttamisen ja klinikoiden tukemisen strategioita. Hyödynnettyjä arvioivia ja iteratiivisia implementointistrategioita olivat aiemman pilotin pohjalta kokemusten hyödyntäminen implementoinnin suunnittelussa, implementointikirjallisuuden hyödyntäminen sekä implementoinnin suunnittelemineen. Espoon pilotista otettiin mallia toimintatavoista, joita hyödynnettiin esimerkiksi, kun kentän toimijoihin otettiin yhteyttä ja avainhenkilöitä implementoinnin onnistumiselle etsittiin. Lisäksi yliopistollisten sairaaloiden ammattilaiset hyödynsivät THL:n, Itlan tai Espoon hankeraportin osalta implementointikirjallisuutta.

Implementointia suunniteltiin osalla yhteistyöalueista yliopistollisen sairaalan osalta lähinnä kouluttamisen aloittamisen näkökulmasta, esimerkiksi siitä näkökulmasta ketä koulutettiin ensin ja miltä hyvinvointialueilta sekä lisäksi, miten yliopistosairaalan implementoinnin edistäjät tulevat tukemaan koulutettujen työtä. On syytä nostaa, että kaikki haastateltavat kolmessa eri yliopistollisessa sairaalassa eri yhteistyöalueilla kokivat, että kentän valmisteluun oli käytettävissä liian vähän aikaa. Valmistelu on tärkeässä osassa sen näkökulmasta, että implementoinnin alussa keskeistä on luottamuksen rakentaminen, sidosryhmien sitouttaminen ja yhteisen kielen löytäminen ja merkitysten jakaminen (Kouvonen ym., 2023, tulossa). Valmisteluun oli keskimäärin kuitenkin käytettävissä tarkasteltuna työsuhteen aloittamishetkestä koulutusten alkuun laskettuna muutamasta viikosta kahteen kuukauteen, eikä sitä koettu riittäväksi. Valmistelussa koettiin haastavaksi esimerkiksi puuttuvat kansalliset rakenteet implementoinnille sekä hankerahoituksen tuoma kiire:

”Siinä on kaks syytä. Toinen on se, että meillä ei ole siis Suomessa mitään yhtenäistä sovittua tapaa, miten kansallisesti interventioita tuodaan. Eli ei ole mitään mihin peilata. Toinen on hankerahoitus, hankerahoitus kun alkaa niin sittenhän ruvetaan tekemään. Mutta se että jos me nyt jotain olisi saanut tehdä toisin tässä, niin silloin kun me aloitettiin se eka koulutus ei olisi missään nimessä saanut olla niin nopeasti, että meidän olisi pitänyt keritä kontaktoimaan ne organisaatiot ja valmistelemaan paremmin ja se oli kuitenkin 100 hengen koulutus että se oli aika iso.” -H3, yta-alue 2

Kansallisen implementoinnin rakenteiden puuttumisesta johtuneen se, että yliopistolliset sairaalat lähestyivät implementoinnin suunnittelua eri tavoin. Yksi yliopistollinen sairaala rakensi yhteistyöalueelle varsinaisen implementointisuunnitelman varhaisessa vaiheessa, muilla suunnitelma ei ollut yhtä tarkka alussa, mutta se tarkentui myöhemmin. Yliopistollinen sairaala, jossa konkreettinen suunnitelma laadittiin alusta alkaen, kuvailee sitä seuraavasti:

”Eihän täällä ollut semmoisia rakenteita lainkaan olemassa, että me jouduttiin suunnittelemaan hyvin ruohonjuuritasolta, että valittiin ensin pilottikunnat. Toinen oli semmoinen pienempi kunta tästä [yhteistyöalueelta 3] elikkä [kunta 1] ja sitten toinen toinen oli iso, elikkä [kunta 2] ja lähdettiin näihin kahteen sitten ensimmäisenä luomaan sitä rakennetta, että miten niitä koulutusta ja menetelmäohjausta sitten järjestetään” – H6, yta-alue 3

Osalla yhteistyöalueiden yliopistollisilla sairaaloilla taas ei ollut suoraan aukikirjoitettua implementointisuunnitelmaa tai se toteutettiin selkeästi myöhemmin, jolloin toiminta ikään kuin osittain ohjasi työtä:

”Ei, kun ei hankesuunnitelmaa meillä ei ole ollut. Oli vaan että IPC-N:n jalkauttaminen ja se siitä, että ei ollut myöskään mitään mihin perustaa sitä.

[myöhemmin haastattelussa:] On ollut hassua huomata, että kun on ruvennut enemmän ymmärtää implementointitutkimuksia ja on ollut THL:n koulutuspäiviä, niin mehän ollaan sattumalta tehty implementointisuunnitelman tai näiden strategioiden mukaista työtä. Mutta ne on meidän ihan hatusta keksimiä asioita mitä me tehtiin.” – H4, yta-alue 2

”... maaliskuussa mä oon istunut ekan kerran alas ja lukenut kunnolla läpi Kasvun tuki-sivuston ja hakenut sieltä näitä implementoinnin elementtejä, koska enhän mä tiennyt yhtään mitään implementoinnista, niinku nada. Mun tiimi ei ollut kuullut osa ikinä sitä sanaa mitä se tarkoittaa. Ei ollut mitään muuta kuin Kasvun tuki. Ei ollut THL:ssä ihmisiä, joilta olisi voinut kysyä. Kaikki yta-alueet oli tismalleen yhtä pihalla ku me oltiin. Sitä piti lähteä opiskelemaan, ja silloin maaliskuussa mä oon ekan kerran sen Kasvun tuen perusteella tehnyt tämmöistä projektisuunnitelmaa, jossa on implementoinnista oma osuus.” – H3, yta-alue 2

”No meillä oli - varmastikaan ei implementointisuunnitelman nimellä, kun tosiaan aika haipakalla lähetettiin kouluttaan - mutta toki meillä oli tiedossa se Espoo-hanke ja se oli se pohja-ajatus sille, että mitä prosessi tulee tarvitsemaan” – H1, yta-alue

1

Kiireen takia yliopistollisten sairaaloiden ammattilaiset hyödynsivät valmisteluvaiheessa implementointiympäristön tarpeisiin mukauttamisen strategioista erityisesti muutosvastarinnan kohtaamista, joka kohdentui uuden menetelmän implementointiin. Lisäksi he antoivat kohdennettua tukea tarvittaessa. Näyttöön perustuvien menetelmien implementointi voi vaikeutua tilanteissa, joissa erimielisyydet ja asenteet, joita ei osattu etukäteen ennakoita, vaikuttavat muutettaessa toimintaa uusien toimintamallien mukaiseksi (Curran ym., 2012). Tiimit pyrkivät tiedottamaan, kuulemaan ja ottamaan yhteyttä koulutettavien esihenkilöihin ja koulutettaviin yhteisesti, mutta tarvittaessa myös kohdennetusti, jotta muutosta vastustavia henkilöitä on saatu taivutettua menetelmän käyttöön. Haasteeksi koettiin menetelmän implementointiasetus, jossa menetelmän käyttöönotto tapahtuu ylhäältä alaspäin suunnattuna yliopistolliselta sairaalalta perustasolle. Kohdennettua tukea suunnattiinkin kohdennetusti esihenkilöille ja johtajille räätälöidysti jopa

kunnittain, jotta muutosvastarintaa ja implementointiasetelman mukanaan tuomia haasteita saatiin selätettyä. Tukea kohdennettiin alueellisesti, sillä toisilla hyvinvointialueilla implementointivalmius oli parempi kuin toisilla ja hyvinvointialueilla oli erilaisia rakenteita esihenkilöiden osalta.

Valmisteluvaiheessa hyödynnettiin sidosryhmien välisten suhteiden kehittämisen strategioista kansallisen yhteistyön näkökulmasta hankeimplementointitiimien organisoitumista, ylemmän tason toimijoihin yhteyden pitämistä ja kansallisen yhteistyön aloittamista. Alueellisella tasolla taas soveltuvien koulutettavien etsimistä, hyvinvointialueiden johdon ja esihenkilöiden prosessiin osallistamista, esihenkilöiden alkuhaastatteluiden toteuttamista sekä esihenkilöiden ja koulutettavien alkutapaamisen järjestämistä. Hankeimplementointitiimien organisoituminen piti sisällään tiimin työnjaosta esimerkiksi hyvinvointialueiden jakamisen osalta ja vastuiden sopimisena esimerkiksi aiemman osaamisen pohjalta. Ylemmän tason toimijoihin, kuten THL:n asiantuntijoihin, pidettiin yhteyttä esimerkiksi seurantajärjestelmää suunnitellessa. Aluksi toiminnassa oli mukana myös kansalliset foorumit, joiden tarkoituksena oli tiivistää yliopistosairaalatasoisen koordinaation yhteistä linjaa, vaikka suoraan menetelmän kotipesää ei ollut. Toiminta alkoi epävirallisesti syksyllä 2020, ja myöhemmin hieman strukturoidummin keväällä 2021 Terapiat etulinjaan -hankkeen puolesta, mutta syksyyn 2022 mennessä yhteistyö oli haastateltavien mukaan jokseenkin hiipunut.

Alueellisella tasolla etsittiin soveltuvia koulutettavia osana valmistelua. Sitoutuminen menetelmäkoulutuksiin nähtiin tärkeänä, jotta koulutettavat henkilöt sitoutuisivat menetelmään. Tämän lisäksi isossa roolissa olivat esihenkilö- ja johtotason työntekijöihin vaikuttaminen ja heidän osallistamisensa implementointiin. Yliopistosairaaloissa ammattilaiset ajattelivat, että jotta koulutettuja saadaan lähtemään mukaan, täytyi heidän saada implementointiprosessiin mukaan myös hyvinvointialueiden johto ja koulutettavien esihenkilöt, jotta ilmapiiri implementoinnille olisi suopeampaa:

”...ihan ensimmäinen mitä lähdettiin tekemään niin alettiin kontaktoimaan että esihenkilö elikkä se me ajateltiin että jotta me saadaan sitten koulutettuja lähtemään mukaan, niin meidän täytyy myös sitten se niin kun nuorten ammattilaisten johto ja esihenkilö saada siihen mukaan.” -H4, yta-alue 2

Tämän tukemiseksi esihenkilöille toteutettiin valmisteluvaiheessa lisäksi osana sidosryhmien välisten suhteiden kehittämisen strategioita alkuhaastatteluita, joissa heidän alaiensa mahdollisuutta osallistua koulutuksiin selvitettiin. Osalla yhteistyöalueista järjestettiin myös esihenkilöille ja koulutettaville erikseen alkutapaaminen, jossa pyrittiin antamaan tietoa esimerkiksi koulutusprosessin sisällöstä, vaatimuksista ja kestosta yhteisesti.

Valmisteluvaiheessa hyödynnetyt sidosryhmien kouluttamisen strategiat liittyivät kansallisesti yhteisen koulutusrakenteen sopimiseen, alueellisten koulutusten suunnitteluun, menetelmäohjaajaksi kouluttautumiseen sekä kentän tietoisuuden lisäämiseen menetelmästä ja implementoinnista. Yhteisen koulutusrakenteen sopimiseen liittyi se, että ohjaajaksi valmistumiselle sovittiin kansallisessa yhteistyössä yhteiset akkreditointivaatimukset:

”...mutta sitä oli pitkälti se kansallinen yhteistyö, että sitä yhteisten kompetenssirakenteiden ja tukirakenteiden luomista. Että oltiin yhdessä linjassa menossa, että ketä koulutetaan, minne koulutetaan ja mitä pitää tapahtua koulutuksen sisällä, jotta työntekijä saa pätevyyden.” H1, yta-alue 1

Alueellisia koulutuksia suunniteltiin yhdessä IPC-N-kouluttajan kanssa ja niiden ajankohtaa pyrittiin sijoittamaan niin, että mahdollisimman moni kykeni osallistumaan. Lisäksi yliopistosairaalatasoiset implementoivat tahot kouluttautuivat IPC-N-menetelmäohjaajiksi implementoinnin alkuvaiheessa Terapiat Etulinjaan-hankkeen tuella, ja tätä kautta hyvinvointialueille pystyttiin rakentamaan menetelmäohjaajapotentiaalia. Tämän lisäksi olennaisessa roolissa oli myös kentän tietoisuuden lisääminen menetelmästä ja implementoinnista:

”...että infoa tarvittiin sinne ylemmälle tasolle ihan sivistysjohtajatasolle, tavallaan puhuttiin siis si-so-te-akselista, että siellä käytiin puhumassa että mistä on kysymys kun puhutaan IPC-N:stä ja sitten myöskin sinne keskijohtoon ja sit sinne lähiesihenkilöille, että kaikki portaat käytiin läpi. Se oli vähän sellasta ”imurikauppiashomma”, että IPC-N tulee, oletko valmis ja sitten ihmiset ei ees tienny mikä kirjainyhdistelmä tää on, ja sitten siihen paljon perusteluita, että miks tätä tehdään ja miks just tämä menetelmä ja miks masennusoireet” -H2, yta-alue 1

Viimeisenä valmisteluvaiheessa hyödynnettiin klinikoiden tukemisen strategioita, jossa yhdellä yhteistyöalueella nimettiin jo varhaisessa vaiheessa ennen varsinaisten koulutusten alkua alueelliset yhteyshenkilöt, joiden tehtävänä oli tukea jo ennen menetelmäkoulutusten alkua alueellista implementointia hyvinvointialueilla. Osalla yhteistyöalueista nämä alueelliset yhteyshenkilöt nimettiin vasta implementoinnin myöhäisemmässä vaiheessa.

Yhteenvetona valmisteluvaiheesta voidaan esittää, että valmisteluvaiheessa ei hyödynnetty lainkaan vuorovaikutteisen tuen, kuluttajien osallistamisen, rahoituksen tai infrastruktuurin muuttamisen implementointistrategioita. Valmisteluvaiheessa olisi voitu hyödyntää jo tässä vaiheessa kuluttajien osallistamista esimerkiksi niin, että nuoria ja perheitä olisi tiedotettu esimerkiksi paikallista mediaa hyödyntämällä menetelmän käyttöönottamisesta tai ottaa heitä mukaan osaksi valmistelua, sillä viestintä tulisi huomioida laajemmin osana implementointia (Titler, 2008). Myös aiemman tutkimuksen pohjalta nyt hyödynnetyt strategiat näyttävät tärkeänä osana implementoinnin valmistelun vaiheessa osana implementointiprosessia.



Aiemmassa tutkimuksessa valmisteluvaiheessa tärkeimpinä strategioina olivat implementointitiimien tapaaminen ja niiden rakentaminen, koulutustapojen valikointi tukien ammattilaisia, johdon kouluttaminen ja seurannan ja laadunvarmistamisen kehittäminen (Lewis ym., 2018). Koska valmisteluvaihe tehtiin yhteistyöalueilla yliopistollisissa sairaaloissa kiireessä, ei näitä kaikkia pystytty toteuttamaan täysin. Esimerkiksi seurannan kiireessä rakentaminen lienee osittain vaikuttaneen siihen, että yhteistyöalueet keräävät erillistä tietoa, joka on vasta viime aikoina yhdistetty. Kansallinen yhteistyö yliopistollisten sairaaloiden välillä oli haastatteluiden pohjalta suhteellisen vähäistä: Terapiat etulinjaan -hanke tarjosi alkuun yhteistyörakenteita. Yhteistyötä oli esimerkiksi akkreditointivaatimusten osalta, mutta koska valmisteluvaiheet käynnistyivät haastateltavien yhteistyöalueilla eri ajankohtina, ajoi osittain kiire myös siihen, että valmisteluvaiheessa ei tukeuduttu kansalliseen yhteistyöhön niin paljon kuin olisi ehkäpä ollut tarpeen. Kansallinen konsensus olisi ehkä voinut tuoda näkemystä esimerkiksi siihen, kuka tiivistää olemassa olevaa tietoa implementoinnista ja sen haasteista myöhemmissä vaiheissa (Wandersman ym., 2008).

### **5.3 Implementointivaiheen strategiat**

Implementointivaiheessa hyödynnettiin arvioivia ja iteratiivisia, vuorovaikutteisen tuen, implementointiympäristön tarpeisiin mukauttamisen, sidosryhmien välisten suhteiden kehittämisen, sidosryhmien kouluttamisen, klinikoiden tukemisen ja kuluttajien osallistamisen strategioita. Arvioivia ja iteratiivisia strategioita hyödynnettiin seuraavasti: yliopistollisten sairaaloiden ammattilaiset hyödynsivät aiemman Espoon pilotin kokemuksia implementoinnissa ja toiminnasta kertyvää kokemusta. Lisäksi osalla yhteistyöalueista yliopistollisten sairaaloiden ammattilaisten koordinoimana tehtiin tässä vaiheessa ensimmäinen implementointi yhteistyöalueella pilottikuntiin sekä pyrittiin vertailemaan omaa toimintaa muiden yhteistyöalueiden toimintaan. Arvioiviin ja iteratiivisiin strategioihin kuului lisäksi tiedolla johtaminen sekä alueellisten kokemusten ja koulutuspalautteen kerääminen.

Aiemman Espoon pilotin kokemuksia hyödynnettiin implementoinnissa sen osalta, että siitä ammennettiin suuntaviivoja implementoinnin ja koulutusten järjestämiselle. Osittain implementointiprosessia kehitettiin myös kertyvän kokemuksen pohjalta, eli esimerkiksi tiedottamista eri tahoille lisättiin, kun ensimmäisen koulutuskierroksen pohjalta havaittiin, että osa koulutettavista jätti koulutuksen kesken. Lisäksi yksi yhteistyöalueista toteutti varsinaisessa implementointivaiheessa oman pilottinsa alueen kuntiin, ja tämän kokemusten pohjalta menetelmäkoulutusta laajennettiin yhteistyöalueelle laajemmin. Pilottikuntien kautta lähestynyt yliopistollinen sairaala aloitti implementoinnin kahta muuta yliopistollista sairaalaa myöhemmin – tästä syystä he myös saivat kokemuksia onnistumisista ja hyvistä

käytännöistä kahdelta muulta yliopistolliselta sairaalalta. Nämä kaksi yliopistollista sairaalaa taas puolestaan kävivät tiivistä keskustelua hyvistä käytännöistä vahvasti keskenään, sillä niiden menetelmäkoulutukset alkoivat suhteellisen samaan aikaan. Tärkeänä osana arvioivia ja iteratiivisia strategioita olivat lisäksi tiedolla johtaminen, kokemusten kerääminen yhteistyöalueelta sekä koulutuspalautteen kerääminen koulutusten jäljiltä. Koulutuspalautteista on saatu tietoa siitä, miten koulutus on koettu ja sen pohjalta on tehty muutoksia, kuten esimerkiksi että tietoa IPC-N:n yhteydessä käytettävistä mittareista tulisi olla varsinkin kuraattoreille ennen koulutusta, jotta koulutuksessa asiat ovat selvempiä.

Implementointivaiheessa vuorovaikutteisen tuen strategioita olivat alempien tasojen koordinointi ja alueellisen vertaisoppimisen mahdollistaminen. Alempien tasojen implementointi sisälsi yhteistyöalueen kokonaiskuvan selvittämistä ja koordinoimista esimerkiksi sen osalta, että hyvinvointialueiden terapiakoordinaattoreiden kanssa tehtiin yhteistyötä hyvinvointialueiden tarpeista ja halukkuudesta sekä suunniteltiin koulutusten järjestämistä. Lisäksi yliopistollisten sairaaloiden ammattilaiset järjestivät yhteistyöalueillaan foorumeita, kuten Teams -etkoja ennen koulutusta koulutettaville ja heidän esihenkilöilleen sekä IPC-N-ohjaajapäiviä ja IPC-N-ohjaajien omia Teams -alustoja sekä menetelmäohjausryhmät, jotka mahdollistivat vertaisoppimisen toisilta koulutetuilta.

Implementointiympäristön tarpeisiin mukauttamisen strategioihin implementointivaiheessa liittyi ammattiryhmien välisten erojen huomiointi, menetelmän käytön perustelu näyttöön pohjaten, kohdennettu tuki tarvittaessa, muutosvastarinnan kohtaaminen ja implementoinnin esteiden ja mahdollistajien tunnistaminen. Ammattiryhmien eroja huomioitiin, sillä haastateltavat kertoivat siitä, että joillekin ammattiryhmille IPC-N-menetelmä sopii paremmin kuin toisille. Esimerkiksi kuraattoreille menetelmän käyttö soveltui erinomaisesti, mutta terveydenhoitajilla menetelmän käyttöönotto koettiin haasteellisemmaksi, sillä heidän nykyinen työnkuvansa oli niin sidoksissa lainsäädäntöön ja sen asettamiin raameihin: lakisääteisten tehtävien ulkopuolella tehtävä ohjantatyö tuntui haastavalta sovitettavalta. Tämän tukemiseksi yliopistollisten sairaaloiden tasolla pyrittiin kohdentamaan tukea erityisesti eri ammattiryhmille huomioiden niiden erot – esimerkiksi terveydenhoitajien esihenkilöitä tavattiin tiiviisti. Osa haastateltavista kertoi haasteista, jotka liittyivät menetelmän implementoinnin kyseenalaistamiseen, ja sen kohtaamiseksi he keskittyivät korostamaan menetelmän näyttöä ja perusteluita menetelmän käytölle vaikuttavuustutkimuksin, oman seurantajärjestelmän tietojen pohjalta sekä avaamalla näytön käsitettä, jossa hyödynnettiin myös asiantuntijoiden näkemyksiä. Implementoinnin tukea kohdennettiin tarvittaessa esihenkilöille ja ammattilaisille esimerkiksi keskusteluin, kun

resursseja vuorovaikutusohjannan käyttöön ei ollut riittävästi kohdennettu, soveltuvia nuoria oli haastava löytää menetelmään tai kun suhtautuminen menetelmään oli kielteinen:

”Siellä oli työntekijöillä aktiivista menetelmän vastustamista, joka vaikutti tosi paljon siihen tunnelmaan siellä menetelmäohjauksessa -- Me voidaan työntekijöitä tavata, kannustaa ja tsemjata, mutta tarvitaan myös esihenkilöä siihen kaveriksi, että hei, kyllä meillä nyt tehdään näin ja sit toisaalta me on tarjottu esihenkilöille sitä tukee, että kuinka perustella että miks tätä työtä niin tärkeä tehdä. Ollaan tarjouduttu siihen, että voidaan olla tapaamassa sitten jos on ollu henkilökuntapalaveria. Että tässäkin on menty monella ei tasolla, et sit jos niitä ongelmia ilmenee niin toki sinne annetaan apua entistä enemmän.” -H1, yta-alue

1

Osaltaan tähän liittyi myös muutosvastarinnan kohtaaminen, joka aineistossa ilmeni ylhäältä-alaspäin implementoimisen asetelman haastamisesta, hyvinvointialuejohdon sitouttamisesta, koronan väsyttämien ammattilaisten kestävyvyydestä ja tarpeesta muokata asenneilmapiiriä menetelmälle suopeammaksi. Samalla osana implementointia kaikilla yhteistyöalueilla pyrittiin tunnistamaan mahdollisia esteitä ja mahdollistavia tekijöitä implementoinnille, esimerkiksi aineistossa esihenkilöiden sitoutuminen implementointiin nousi esiin vahvasti mahdollistavana tekijänä ja toisaalta esteiksi nousi työntekijöiden vaihtuvuus ja menetelmäohjaajapotentialin hauraus ja hyvinvointialueiden eri valmiudet sitoutua implementointiin.

Implementointivaiheessa sidosryhmien välisten suhteiden kehittämisen strategiat olivat alueellisella tasolla avainhenkilöiden tapaamisten järjestäminen eri tasoilla, luottamuksen rakentaminen sidosryhmiin, menetelmäohjaajien tukitiimien osallistuminen, ylilääkäreiden konsortiotapaamiset sekä kansallisen tason yhteistyöhön osallistuminen. Avainhenkilöiden tapaamiset järjestettiin esimerkiksi hyvinvointialueiden johdolle ja sosiaali- ja terveystoimen johtajille tai koulujen johdolle, jotta he pysyivät mukana implementointiprosessissa ja toisaalta menetelmäkoordinaattoreiden ja menetelmäkoulutettujen välillä – yliopistolliset sairaalat toimivat ikään kuin siis verkostojen ja sillanrakentajina eri tason toimijoiden välillä. Osana sidosryhmien välisten suhteiden kehittämistä olennaista oli luottamuksen rakentaminen ja toiminnan tunnetuksi tekeminen, jotta implementointia pystyttäisiin toteuttamaan matalammalla kynnyksellä ja muutosvastarintaa kyettiin helpottamaan. Lisäksi yliopistollisen sairaalan tasolla implementointitiimien jäsenet olivat kouluttautuneet menetelmäohjaajiksi, ja he osallistuivat näihin tukitiimeihin, jossa yhteistyötä pyrittiin tekemään kokemusten jakamiseksi. Yhteistyötä tehtiin myös ylilääkäreiden tasolla, jotta yhtenäinen koordinaatio olisi sujuvaa. Nuorisopsykiatrian ylilääkärit tapasivat kaksi kertaa vuodessa, välillä mukana olivat myös ylihoitajat. Tapaamisten tarkoituksena oli, että yhteistyöalueilla ja yliopistollisilla sairaaloilla olisi yhteinen näkemys implementoinnista.

Yliopistosairaaloiden implementointitiimien jäsenet pitivät lisäksi yhteyttä kansallisen tason toimijoihin esimerkiksi tilanteissa, jossa he tarvitsivat tukea tai neuvoa tiettyjen implementointiratkaisujen näkökulmasta. Esimerkiksi THL:n viranomaisia konsultoitii seurantajärjestelmän rakentamiseen liittyvissä kysymyksissä. Yliopistollisten sairaaloiden ammattilaiset osallistuivat kansallisen tason yhteistyöhön, jossa tarkoituksena oli jakaa yhteisiä kokemuksia implementoinnista yhtenäisemmän linjan saamiseksi. Yhteistyö koettiin kuitenkin haastateltavien osalta osittain riittämättömäksi ja koordinoimattomaksi:

”2021 keväällä kun alko Terapiat etulinjaan puolesta tulla 2 tai 3 kertaa yhteisiä kehittämissiltapäiviä tai -päiviä, missä käytiin jokaisen alueen tilannetta läpi, että missä mennään ja siihen oli tavallaan etukäteen tavallaan mietitty niitä asioita. Mutta sit siellä vaihtu työntekijöitä ja se hiipu se kansallinen yhteistyö.” – H2, yta-alue 1

”THL on järjestänyt säännöllisesti näitä yo-sairaaloiden yhteisiä tapaamisia, mutta niiden ongelma on ollut se, että siellä dialogia on nolla, että ne on niin täyteen ahdettu, että siellä ei ole voitu keskustella. Alussa oli se Terapiat etulinjaan vetämä yhteistyöverkosto ja jotenkin harmittaa, että se ei koskaan jäänyt elämään, jotenkin niillä ei ollut kykyä sitä ylläpitää ja sitten kukaan muukaan alue ei ottanut siitä vastuuta, koska me oltiin sitten jo aika eri tahtisia siinä kohtaa niin eipä niitä foorumeita ole ollut. Kyllä se on perustunut sitten siihen, että [H3] soittaa [toisen yta-alueen työntekijälle] tyyppisiin ratkaisuihin.” – H3, yta-alue 2

”Kyllä varmaan on sitä tukea aina tarjolla kun on tarpeen, mutta kun tää on muuttunut tää hankeorganisaatio tässä matkan varrella muutamaan kertaan ja jotenkin ehkä tiivistynyt vähän eri tyyppiseksi, niin välillä on ehkä hitusen vaikea pysyä kärryllä siitä, että mikä foorumi on nyt mitäkin varten, että ne vaihtuu, jää pois ja on vähän päällekkäin. – H6, yta-alue 3

Implementointivaiheessa hyödynnettiin myös sidosryhmien kouluttamisen strategioita, joihin kuului menetelmäkoulutusten järjestäminen, koulutusmateriaalien tuottaminen, lainaaminen sekä jakaminen, menetelmäohjaajakoulutukseen osallistuminen sekä kentän kouluttaminen. Keskeisenä tässä oli erityisesti IPC-N-menetelmäkoulutuksen järjestäminen yhteistyöalueilla – koulutuksen järjestämisessä on eroja: osa yhteistyöalueista kouluttaa menetelmäosaajat vuorovaikutteisesti, osa taas on aiemmin kouluttanut menetelmäohjaajat kasvokkaisella koulutuksella, mutta on sittemmin siirtynyt Terapiat Etulinjaan-hankkeen verkkopohjaiseen koulutukseen täysin. Osa yhteistyöalueista on taas ottanut verkkokoulutuksen ohelle myös lukupiiritapaamiset, jotta koulutuksessa säilyisi vuorovaikutteisuuden elementti, joka nähtiin olennaiseksi, kun ammattilaisia koulutetaan vuorovaikutusta käsittelevään ohjantaan. Osa yhteistyöalueista vaihtoi kasvokkaisista koulutuksista verkkopohjaiseen, sillä Suomessa on IPC-N-menetelmään vain yksi kouluttaja, ja osa haastateltavista koki, että yhden menetelmän kouluttaminen yhden kouluttajan varassa on liian huteraa kansallisesti tarkasteltuna suhteutettuna koulutettavien määrään ja toisaalta kun suuri osa potentiaalisista koulutettavista on koulutettu, ei suurille koulutuserille kasvokkain ole yhtä polttavaa tarvetta.

Koulutuksen ohella yliopistollisten sairaaloiden ammattilaiset pyrkivät lisäksi lainaamaan toisilta, implementoinnissa jo pidemmällä olevilta yliopistollisilta sairaaloilta koulutusmateriaaleja, mutta lisäksi ne joutuivat tuottamaan itse koulutusmateriaaleja ja myöhemmin jakamaan niitä, sillä kansallinen yhteistyö ei pysynyt joidenkin yliopistollisten sairaaloiden implementoinnin tahdissa:

”Me ajateltiin niin, että Terapiat etulinjaan on kotipesä tälle, mutta siinä oli vähän semmosta, et onks ne ja tuleeko sieltä ja mitä se on, ja sitten ihan sellaisiakin, että materiaaleja me aikamme odotettiin, mut sit kun niitä ei tullut, nii alettiin tekemään niitä ite, kun oltiin että meillä ei oo aikaa odotella näitä, että meillä kulkee jo juna.” -H2, yta-alue 1

Tällä hetkellä koulutusmateriaaleista on siis käytössä yliopistollisten sairaaloiden omia materiaaleja, ja lisäksi Terapiat etulinjaan-hankkeen materiaaleja, mutta yhteisesti niiden käyttö on haastavaa, sillä yhteistyöalueilla käytetään esitteissä eri nimityksiä IPC-N-käyntien fokuksista. Yhdellä yhteistyöalueella koulutetaan ihmissuhderistiriidan ja elämänmuutos fokuksen nimellä, kun toisella yhteistyöalueella puhutaan verkkokoulutuksessa rooliristiriidasta ja roolimutoksen fokuksesta, ja tämä estää yhteisten esitteiden käyttämisen.

Kaikki aineiston yliopistollisissa sairaaloissa työskentelevät implementointiosajaajat kävivät lisäksi IPC-N-menetelmäohjaajakoulutuksen, jotta he voisivat tukea implementointia hyvinvointialueilla ja lisäksi haastateltavista osa oli kouluttautunut myöhemmissä vaiheissa Terapiat Etulinjaan-menetelmäohjaajaksi, joka koordinoi ja kouluttaa nettikoulutusta. Tämän lisäksi implementointiosajaajat yliopistollisissa sairaaloissa pyrkivät myös kouluttamaan kenttää. He kouluttivat esimerkiksi tulevia terveydenhoitajia menetelmästä sekä he järjestivät kouluissa tiedotustilaisuuksia esimerkiksi nuorten masennuksen tyypillisistä oireista koulun henkilökunnalle ja nuorten vanhemmille.

Osana implementointivaihetta yliopistollisten sairaaloiden ammattilaiset hyödynsivät klinikoiden tukemisen strategioista alueellisten implementointitiimien rakentamista sekä alueellisten verkostojen ja foorumeiden rakentamista. Alueelliset implementointitiimit rakennettiin siksi, että yliopistollisen sairaalan implementointitiimit pystyisivät keskittymään kokonaisuuden koordinointiin hyvinvointialueiden ruohonjuuritason ylläpidon sijasta ja jotta menetelmäkoulutetuilla olisi helposti tavoitettava taho, jonka kanssa käydä läpi vuorovaikutusohjannan asiakastapaamisissa vastaan tulleita tilanteita, ja joissa menetelmän fideliteettiä, eli menetelmäuskollisuutta pystyttiin tukemaan. Toisekseen alueellisten verkostojen ja foorumeiden rakentamisen avulla tuettiin hyvien käytäntöjen jakamista esimerkiksi soveltuvien nuorten saamiseksi menetelmän pariin, onnistumisia sekä pulmatilanteita.

Osa yhteistyöalueiden yliopistollisten sairaaloiden ammattilaisista hyödynsi implementointivaiheessa myös kuluttajien osallistamisen strategioita, joissa merkittävimpiä olivat eri medioiden hyödyntäminen osana viestintää ja yhdellä yhteistyöalueella konkreettisen viestintäsuunnitelman tekeminen. Yliopistolliset sairaalat pyrkivät yhteistyöalueillaan hyödyntämään esimerkiksi paikallislehtiä, sosiaalista mediaa ja uutiskirjeitä toimintansa tiedottamisen tukena. Toisaalta osa yhteistyöalueiden yliopistollisista sairaaloiden implementoinnin edistäjistä myös kertoi, että työnantajasta johtuen mediaa, kuten esimerkiksi hankkeen kotisivuja, ei ole voitu hyödyntää. Osalla yliopistollisista sairaaloista oli implementointitilimissä aiempaa viestinnän osaamista, ja tämä näkyi erityisesti viestintäsuunnitelman tekemisenä, jonka tavoitteena oli tehdä ViVa-hanketta tutummaksi kentälle ja myös nuorille ja heidän perheilleen, jotta tietoa menetelmän olemassaolosta pystyttiin lisäämään sekä viestimään miten implementointi on yhteistyöalueella edennyt.

Yhteenvedona voidaan todeta, että implementointivaiheessa ei hyödynnetty rahoituksen tai infrastruktuurin muuttamisen strategioita. Kirjallisuudessa rahoitukseen liittyvät strategiat voisivat Suomen julkisen palvelujärjestelmän kontekstissa olla esimerkiksi uuden rahoituksen hakemista, mutta toisaalta on ymmärrettävää, että aktiivisen implementoinnin vaiheessa hankerahoituksen ollessa voimassa uutta rahoitusta ei haettu. Infrastruktuurin muuttamisen strategioista yksi olennaisin strategia, joka olisi voinut tukea implementointia, on selkeä yksi kansallinen välittäjäorganisaatio, joka olisi ylläpitänyt yhteistyötä yhteistyöalueiden kesken. Välittäjäorganisaation ylläpitämästä välisestä yhteistyöstä saatuja etuja olisi voinut olla esimerkiksi selkeämmät yhteiset strategiat, tehtävänjako, roolitus kommunikaatio ja implementointihaasteiden tuki (Aarons ym., 2014; Wandersman ym., 2008). Implementointihaasteita saattaa ilmetä, jos organisaatiokulttuurissa ja valmiuksissa on eroja organisaatioissa, joissa uutta toimintaa otetaan käyttöön (Aarons, 2006; s. 6; Weiner, 2009). Terapiat Etulinjaan -hankkeen puolesta valmistellaan kuitenkin osaamiskeskusrakennetta, jossa se toimisi ikään kuin kotipesänä menetelmätyölle, mutta asian kohtalo on vielä epäselvä, sillä rahoitusta ei ole vielä saatu kansallisen osaamiskeskusrakenteen luomiseksi. Haastatteluissa välittäjäorganisaation puuttuminen näkyi koordinoimattomana toimintana, jossa yhteistyöalueilla oli muutamia foorumeita, joissa jakaa kokemuksiaan, mutta suurin osa kehittämistyöstä tapahtui yhteistyöalueiden sisällä heidän omien näkemystensä pohjalta. Lisäksi osana eri koulutustapoja yhteistyöalueilla jopa koulutusten käsitteet muuttuivat yhteistyöaluekohtaisiksi, mikä esti yhteisten materiaalien käytön.

Yhteistyötä yliopistollisten sairaaloiden ammattilaiset tekivät hyvinvointialueiden esihenkilöiden, koulutettavien ja alueellisten implementointitiimien kanssa. Tämän lisäksi yhteistyötä tehtiin muiden yliopistollisten sairaaloiden kanssa, tosin yhteistyö oli henkilöitynyttä, kun yhteisiä rakenteita ei yhteistyölle juuri ollut. Kansallisen tason kanssa yhteistyö näyttäytyi lähinnä siten, että esimerkiksi THL:n viranomaisia konsultoititiin seurantajärjestelmän rakentamiseen liittyvissä kysymyksissä.

#### 5.4 Ylläpitovaiheen strategiat

Ylläpitovaiheessa hyödynnettiin kaikkia yhdeksää implementointistrategioiden ryhmittelyä. Ylläpitovaiheessa keskeistä roolia näyttelivät arvioivat ja iteratiiviset strategiat, joihin sisältyi vahvasti monia seurantatiedon hyödyntämisen ja sen keräämisen kehittämisen sekä tiedolla johtamisen elementtejä ja strategioita. Yhtenä kansalliselta tasolta yliopistollisille sairaaloille tuotuna tekijänä oli THL:n terveydenhuollon toimenpidekoodi, IDY27 (Systemaattinen yksilöhoito, Interpersonal Counselling) (THL, 2021), jonka käyttöönottoa yliopistollisten sairaaloiden ammattilaiset pyrkivät tukemaan. Haasteena systemaattisessa toimenpidekoodin käytössä oli se, että hyvinvointialueilla hyödynnetyt potilastietojärjestelmistä vastaavat tahot eivät ottaneet toimenpidekoodia osaksi potilastietojärjestelmiään:

”Nyt esimerkiksi vuodenvaihteessa nää muuttui ja ne on muuttumassa vielä toiseen kertaan ennen kuin se yhtenäistyy koko hyvinvointialueen kanssa -- tarkempaa syytä en tiedä, mutta että [hyvinvointialue] on ilmoittanut että eivät ota nyt käyttöön ja sitä ei ole sen kummemmin perusteltu että miksi.” -H6, yta-alue 3

”Jotenkin me oltiin ehkä välikädessä, että ymmärrettiin hyvin näitä toimijoita, että he eivät vain voi koodata sitä sillä ja sitten kuunneltiin yhtään ikään kuin THL sanoo, kun näitä ei kerry näitä IDY27-koodeja, no ei tietenkään kerry kun ne ei pysty kirjaamaan sitä.” – H3, yta-alue 2

Muuten seurannan kehittämistä tehtiin ensin yliopistollisissa sairaaloissa erillään: osa keräsi tietoa Webropol-kyselyllä, osa SurveyPalia hyödyntämällä ja osa Excel-pohjaisesti. Seurantatietoa kerättiin jokaisen IPC-N-tapaamisen jälkeen niin, että IPC-N-koulutettuja ammattilaisia pyydettiin täyttämään QR-koodia hyödyntäen kysely. Osa haastateltavista kuitenkin epäili erillisjärjestelmiin kerättävän tiedon luotettavuutta, ja sitä täyttävätkö vain hyvin sitoutuneet ammattilaiset lomakkeen ja kuinka paljon katoa vastauksissa on. Tiedot, jota osana seurantaa kerättiin, olivat kuitenkin suhteellisen yhtenäisiä alueittain. Myöhemmin seurantatietoa on myös pyritty kehittämään THL:n tukemana ja johdolla yhtenäisemmäksi.

Tämän lisäksi yhteistyöalueiden yliopistollisten sairaaloiden työntekijät raportoivat edistymistään STM:n hankesalkkuun, jonka kautta kansallista juurrutustyötä pystytään

yhteistyöalueittain seuraamaan. Osana tätä hankesalkkuun raportointia hyödynnettiin yhteistyöalueiden itsensä keräämää seurantatietoa. Seurantatietoa hyödynnettiin myös yhdellä yhteistyöalueella osana viestintää, jossa juurtumisen edistymisestä raportoitiin esimerkiksi osana uutiskirjettä. Seurantatiedon lisäksi yliopistolliset sairaalat keräsivät asiakkaina olleiden nuorten kokemuksia vuorovaikutusohjannasta. Nuoria pyydettiin täyttämään anonyymi lomake QR-koodin kautta ohjannan päätyttyä, jossa heiltä kysyttiin, hyötyikö nuori saamastaan avusta sekä suosittelisiko hän IPC-N:tä ystävilleen, jotka olivat avuntarpeessa. Nuorilta saatu palaute oli pitkälti todella positiivista, tosin osa haastateltavista epäili myös kerätyn kyselyn vastaajien valikoitumista niihin nuoriin, joilla menetelmästä on positiivista sanottavaa.

Osana tätä kerätyn tiedon laadun kyseenalaistamista liittyi vahvasti myös muiden tietotarpeiden tunnistaminen. Keskeinen tietotarve jokaisella yhteistyöalueella on tällä hetkellä se, kuinka moni koulutetuista IPC-N-osaajista todellisuudessa käyttää menetelmää. Tätä sairaaloissa on lähdetty lähestymään siten, että he suunnittelevat ottavansa yhteyttä jokaisen koulutetun ja kysyvänsä heiltä, käyttävätkö he työssään vuorovaikutusohjantaa.

Osana ylläpitovaihetta vuorovaikutteisen tuen strategioista nousi vahvasti esiin konsultaation tarjoaminen koulutetuille ammattilaisille. Tämä piti sisällään jo menetelmäkoulutuksen ja boosteripäivien jälkeisen toiminnan, jossa ensimmäistä koulutusaaltojen työntekijöille pyrittiin järjestämään konsultaatiotukea menetelmän käyttöön, jotta taito käyttää menetelmää pysyi yllä.

Ylläpitovaiheessa sidosryhmien välisten suhteiden kehittämisen strategioista hyödynnettiin alueellisen johdon tason sitouttamista, ammattilaisten esihenkilöiden sitouttamista, yhteisen tahtotilan luomista hankkeiden välillä sekä kansallisille foorumeille osallistumista. Alueellista hyvinvointialuejohtoa haluttiin sitouttaa implementointiin sen takia, että osalla yliopistollisista sairaaloista ei uskottu, että kansallisen tason hanke Terapiatakuusta toisi osaamiskeskusrakenteelle tarvittavan rahoituksen menemällä läpi alkavalla hallituskaudella 2024. Yliopistolliset sairaalat halusivat luoda kontaktin hyvinvointialueille tästä näkökulmasta, että hyvinvointialueet sitoutuisivat menetelmäkoordinaattoreiden pitämiseen senkin jälkeen, kun hankerahoitus loppuu. Ammattilaisten esihenkilöitä taas pyrittiin sitouttamaan implementointiin siitä syystä, että he lopulta pystyivät auttamaan ja kannustamaan työntekijöitään menetelmän käyttöön jatkossakin esimerkiksi työaikajärjestelyiden näkökulmasta. Yhteisen tahtotilan luominen hankkeiden välille puolestaan taas tarkoitti, että menetelmän käytössä ei tulisi notkahdusta innostuksessa



TulSote-hankkeen päättyessä siirryttäessä vakinaisempaan rakenteeseen, jotta menetelmän käyttö pysyisi yllä:

”Että me koko ajan pyritään pitämään sitä menetelmäuskollisuutta yllä ja puhutaan IPC-N-aatteesta ja hengen nostatuksesta. Nää on tämmösiä raamatullisia termejä, mutta jotenkin, että miksi sitä asiaa pitää rummuttaa, että ei se pysy ihmisten mielessä.” -H2, yta-alue 1

Kansallisille foorumeille osallistuttiin myös ylläpitovaiheessa siitä näkökulmasta, että verkostoja yliopistollisten sairaaloiden välille pystyttäisiin kehittämään ja yhteistyötä tiivistämään ja yliopistollisilla sairaaloilla oli halukkuutta aloittaa yhteistyötä uudelleen, vaikka se oli jossain kohtaa hiipunutkin.

Ylläpitovaiheen sidosryhmien kouluttamisen strategioita olivat menetelmätuen järjestäminen, hankeimplementointitiimien implementointiosaamisen kehittäminen sekä opinnäytetöihin osallistuminen ja oppilaitoksissa puhuminen tuleville koulutettaville ammattilaisille. Keskeisenä koulutuksen jälkeisenä toimena oli menetelmätuen järjestäminen, jolla pyrittiin varmistamaan, että koulutetut ammattilaiset jatkaisivat vuorovaikutusohjannan käyttämistä ja että he käyttäisivät sitä menetelmäuskollisesti. Hankeimplementointitiimit pyrkivät osaltaan kehittämään implementointiosaamistaan esimerkiksi pyytämällä koulutusta kolmannen sektorin toimijalta esihenkilöiden sitouttamisen vahvistamiseksi – tämä oli kuitenkin hyvin riippuvaista yliopistollisen sairaalan ammattilaisten omasta aktiivisuudesta, eivätkä kaikki haastateltavat yliopistosairaaloista olleet toimineet näin. Tämän lisäksi yliopistosairaaloiden ammattilaiset olivat tehneet yhteistyötä oppilaitosten kanssa esimerkiksi niin, että he olivat esitelleet IPC-N-menetelmää ja muita lasten ja nuorten vaikuttavia menetelmiä terveydenhoitajaopiskelijoille. Lisäksi yhteistyöalueilla oli tehty yhteistyötä muutamien opinnäytetöiden tekijöiden kanssa, mutta huomattavaa on, että varsinaista tiedeyhteistyötä ei hankerahoituksen puitteissa pystytty tekemään lainsäädännöllisten syitten takia ja toisaalta implementointitiimien henkilöstöresurssit olivat osalla yliopistollisista sairaaloista olleet niin haastavat, että tutkimusyhteistyöhön ulkopuolisten tahojen kanssa ei pystytty lähtemään.

Implementointiympäristön tarpeisiin mukauttamisen ylläpitovaiheessa kuului tuen räätälöinti. Se piti sisällään esimerkiksi sellaisten esihenkilöiden suoraa yhteydenottoa ja tukea, jotka eivät osallistuneet juurrutuspalaveriin, jotta dialogia yliopistotason koordinaation ja ruohonjuuritason koordinaation välille saatiin sujuvammaksi. Lisäksi kohdennettu tuki piti sisällään kohdennettuja tapaamisia esihenkilötason lisäksi alueellisesti ja kansallisesti, jossa esimerkiksi hyvinvointialueen päätöksentekoon otettiin kokouksiin

hankeimplementointiimien edustajien lisäksi ajoittain mukaan myös THL:n edustajia, jotta menetelmän juurruttamisen perustelu hyvinvointialueille olisi vakuuttavampaa:

”On pyydetty esimerkiksi THL:n edustajaa sitten [yta-alueen 3] tapaamiseen, jos on ollut tarvetta jotenkin ponnekkaammin perusteella joitakin asioita alueelle” – H6, yta-alue 3

Ylläpitovaiheessa hyödynnettyihin kliinikoiden tukemisen strategioihin liittyi fideliteetin arviointi, seurantatiedon jakaminen ja juurtumisen koordinointi hyvinvointialueilla. Fideliteettiä arvioitiin osana menetelmäohjausta varsinaisen koulutuksen jälkeen ammattilaisten tueksi esimerkiksi taitoarviolomakkeita täyttämällä, joiden avulla menetelmän käytön laatua voitiin tukea. Fideliteetistä ei kuitenkaan kerätty systemaattista tietoa yhteistyöalueilla. Seurantatietoa jaettiin myös koulutetuille ammattilaisille ja hyvinvointialueen johdolle ja ohjausryhmille kannustavina esimerkkeinä esimerkiksi siitä, että nuorten masennusoireet vähenivät mittaripisteiden välillä hyödyntämällä vuorovaikutusohjantaa ja miten se on näkynyt esimerkiksi läheteissä erikoissairaanhoidon. Keskeistä oli lisäksi juurtumisen koordinointi hyvinvointialueella, jolla tarkemmin tarkoitetaan esimerkiksi osaamiskeskusrakenteen työnjaon alustavaa sopimista sekä sitä, että yliopistosairaالاتasolla viedään toisaalta kansalliselta tasolta kuulumisia hyvinvointialueiden tasolle, ja toisaalta tuodaan alueellista tietoa juurtumisen onnistumisista ja haasteista.

Ylläpitovaiheessa keskeistä osaa näyttelee rahoitusstrategiat, ja tarkemmin eri rahoitusratkaisujen edistäminen jatkoa varten. Yliopistollisten sairaaloiden ammattilaiset pyrkivät varmistamaan menetelmän käytölle jatkoa hankekauden loppumisen jälkeen. Osalla yliopistollisista sairaaloista odotetaan ainoastaan STM:n korvamerkittyä rahaa osaamiskeskuksille Terapiat etulinjaan -hankkeen Terapiatakuun pohjalta, mutta osalla yhteistyöalueista on ennakoitu tilannetta, jossa korvamerkittyä rahoitusta ei saadakaan käymällä keskusteluita menetelmäkoordinaattoreiden tehtävään tarvittavista resursseista erikseen hyvinvointialueiden kanssa. Tilannetta kuvaillaan ”kahdella raiteella kulkemiseksi”:

”...koska hallitus on vaihtumassa ja puhutaan korvamerkitystä rahasta, jota STM ei ole myöntänyt yli 10 vuoteen mihinkään, niin että sitä olisi 2024 alusta, niin sen takia me joudutaan tekemään tällaista kahdella raiteella kulkemista, ja jos se valtionrahoitus tulee, niin aivan mahtavaa. Sittenhän vaan hyvinvointialueet on tyytyväisiä, että raha tuleekin ekstrana, mutta meidän olisi pakko saada se näihin nykyisiin rahoituksiin, mikä on tosi haasteellista, koska varmasti tiedät, että hyvinvointialueet on äärimmäisen alibudjetoitu.” -H3, yta-alue 2

Vaikka vain osalla on tehty ikään kuin varavalmisteluita rahoituksen kannalta, silti jokaisen yliopistollisen sairaalan ammattilaisista näkee, että mikäli jatkorahoitusta muodossa tai toisessa ei tule, hiipuu menetelmän käyttö väijäämättä. Tämä oli haastateltavista harmillista,

koska kansallisestikin menetelmän implementointiin ja käyttöönottoon on käytetty paljon taloudellisia ja henkilöstöresursseja ja nuoret ovat hyötäneet menetelmästä.

Ylläpitovaiheessa osa yhteistyöalueista oli hyödyntänyt kuluttajien osallistamisen implementointistrategioista esimerkiksi paikallislehtiin kirjoittamista myös hankeajan loppupuolella. Viestinnällä on olennainen osa implementoinnin tuessa (Kania & Kramer, 2011; Lewis, 2006; Metz ym., 2020b). Tähän ei kuitenkaan ollut kaikilla yliopistollisilla sairaaloilla riittänyt resursseja niin paljon kuin he olisivat ehkä tahtoneet, ja toisaalta toisissa organisaatioissa työpaikan käytännöt vaikeuttivat ulkoista viestintää:

”Koko ajan se ongelma on ollut se, että toimintaa on monella eri hyvinvointialueella. Kun päästään [*paikallislehteen 1*], niin pitäis päästä [*paikallislehteen 2*], ja en tiedä, mikä lehti on [*paikallislehti 3*] [*hyvinvointialueella yta-alueella 1*] ja [*toisella hyvinvointialueella yta-alueella 1*] on joku toinen, että myös yhtäläillä on pitänyt päästä niihin, mutta ei edelleen tässä tule, että tällä resurssilla ei kaikkea ollut mahdollista.” -H2, yta-alue 1

”...meillähän ei ollut lupaa antaa mitään itsenäisiä haastatteluja tietenkään, että se menee sitten, että tiedotuksesta vastaa muut ihmiset.” -H6, yta-alue 3

Viimeisenä ylläpitovaiheessa hyödynnettiin infrastruktuurin muuttamisen strategioista hyvinvointialueiden rakenteisiin ja palvelupolkuihin vaikuttamista, menetelmäkoordinaattoreiden palkkausta, uusien koordinoititasojen luomista sekä osaamiskeskusrakenteen rakentamista. Osa yliopistollisten sairaaloiden ammattilaisista oli pyrkinyt tuomaan vuorovaikutusohjantaa yhteistyöalueidensa hyvinvointialueiden toimintasuunnitelmiin ja strategiaan asiakirjoihin, jotta niiden käytön juurruttamiselle olisi paremmat edellytykset hyvinvointialueiden tasolla. Lisäksi yliopistollisten sairaaloiden ammattilaisi oli osallistunut nuorten masennuksen hoitopolun kehittämiseen hyvinvointialueilla, jotta vuorovaikutusohjanta pystyttiin huomioimaan paremmin osana järjestettäviä palveluita. Osa yliopistollisista sairaaloista palkkasi vasta koulutusten jälkeen, suhteellisen myöhäisessä vaiheessa verrattuna muihin yhteistyöalueisiin, menetelmäkoordinaattorit hyvinvointialueille, jotta menetelmän implementoinnille olisi paremmat mahdollisuudet alueellisella tasolla – osa yliopistollisista sairaaloista toteutti tämän jo implementoinnin varhaisemmassa vaiheessa valmistellessaan implementointia. Molemmissa tapauksissa ne kuitenkin nähtiin olennaisena palapelin palana vuorovaikutusohjannan juurtumisessa käyttöön. Osaamiskeskuksen rakentaminen liittyy osittain myös rahoitusstrategioihin, mutta tarkoitan tästä näkökulmasta sitä, että osa yliopistollisista sairaaloista oli käynyt tai suunnittele käyvänsä keskusteluita hyvinvointialueiden kanssa siitä, miten osaamiskeskusrakenne tulisi järjestää yhteistyöalueella ja miten esimerkiksi tehtäviä toimijoiden välillä jaettaisiin.

Yhteenvedona voidaan todeta, että ylläpitovaiheessa hyödynnettiin laajasti kaikkia Waltzin ja kumppaneiden (2015) implementointistrategioiden ryhmittelyitä, kuitenkin painottuen arvioiviin ja iteratiivisiin strategioihin. Olennaista osaa menetelmän jatkoon osalta näyttelee uuden rahoituksen saaminen jatkoa varten. Menetelmän jatkuvuuden varmistuminen voi olla helpompaa, mikäli se kytketään laajempiin, hyvinvointia tukeviin ohjelmiin (Sanclimenti ym., 2017). Toisaalta voidaan tutkimuksen valossa perustellusti kysyä, onko menetelmä vielä täysin juurtunut käyttöön: esimerkiksi joskus menetelmän ajatellaan olevan juurtunut, kun sen käyttö jatkuu vielä, vaikka aktiivisen implementoinnin rahoitus olisi lakannut (Moullin ym., 2018). Tästä näkökulmasta on hyvä toivoa, että Terapiat Etulinjaan -hankkeen ajama Terapiatakuu menisi läpi, ja yliopistolliset sairaalat saisivat tarvittavan rahoituksensa. Liittyen kuluttajien osallistamisen strategioihin haastateltavat toivat esiin sen, että heillä ei ollut riittävästi resursseja tai mahdollisuuksia median hyödyntämiseen osana juurrutusta. Viestinnällä on olennainen osa implementoinnin tuessa (Kania & Kramer, 2011; Lewis, 2006; Metz ym., 2020b), joten ehkä viestinnällinen osa-alue olisi pitänyt ottaa huomioon jo aiemmin kansallisella tasolla implementointia suunnitellessa.

Yhteistyötä tehtiin ylläpitovaiheessa eri toimijoiden kanssa niin hyvinvointialueella kuin kansallisestikin. Kansalliselle ylemmälle tasolle tehtiin yhteistyötä THL:n kanssa toimenpidekoodien käyttöönoton näkökulmasta, sekä toisaalta STM:lle raportoidessa hankkeesta. Kansallisesti yliopistollisten sairaaloiden välistä yhteistyötä ja kokemusten jakamista pyrittiin käynnistämään uudelleen. Hyvinvointialueille puolestaan yhteistyötä tehtiin konsultaatio- ja menetelmätuen muodossa, sekä toisaalta alueiden johtoa pyrittiin sitouttamaan implementointiin pysyvämmän rakenteen tukemiseksi.

## **6 Johtopäätökset**

Tässä luvussa vedän yhteen tutkielmani johtopäätökset. Esittelen ensin tuloksia EPIS-viitekehityksen näkökulmasta, sekä kuvaan käytettyjä strategioita. Sen jälkeen tarkastelen näitä tuloksia suhteessa aiempaan tutkimukseen ja pohdin sitä, mitä tulokset tarkoittavat laajemman palvelujärjestelmän kontekstin näkökulmasta. Luvun lopussa pohdin tutkielman tutkimusetiikkaa, rajoitteita ja esittelen tulosten pohjalta heränneitä jatkotutkimusehdotuksia.

### **6.1 Yhteenvedo tuloksista**

Tässä alaluvussa vedän yhteen tutkimuksen analyysiä tiivistämällä aineiston analyysin pohjalta vastaukset tutkimuskysymyksiin. Käsittelen ensin implementointistrategioiden

jakautumista eri implementointivaiheisiin. Tämän jälkeen kuvailen tarkemmin eniten ja vähiten hyödynnettyjä strategioita, sekä arvioin implementointivaiheiden onnistumista.

Tutkimuksen ensimmäinen tutkimuskysymys pyrkii vastaamaan siihen, kuinka yhteistyöalueiden yliopistollisten sairaaloiden ammattilaiset ovat järjestäneet vuorovaikutusohjannan implementoinnin implementointiprosessin eri vaiheissa. Kokonaisuudessaan eniten yliopistollisten sairaaloiden ammattilaiset käyttivät esimerkiksi arvioivia ja iteratiivisia strategioita, sidosryhmien välisten suhteiden kehittämisen strategioita sekä sidosryhmien kouluttamisen strategioita osana implementointiprosessin eri vaiheita. Vähiten puolestaan hyödynnettiin selkeästi vuorovaikutteisen tuen, kuluttajien osallistamisen, rahoituksen ja infrastruktuurin muuttamisen strategioita. Eniten strategioita hyödynnettiin selkeästi painottuen implementointi- ja ylläpitovaiheeseen, vähemmän strategioita hyödynnettiin kartoitus- ja valmisteluvaiheessa. Olen taulukossa 4 tiivistänyt tutkimustulokset seuraavasti: implementointivaiheiden sarakkeeseen ylös on kuvattu yhteenlaskettu hyödynnettyjen strategioiden määrä kyseisessä vaiheessa. Sivusarakeeseen puolestaan on kuvattu, kuinka paljon kokonaisuudessaan kyseistä strategiaryhmää on hyödynnetty osana eri implementoinnin vaiheita:

Taulukko 4. Tutkimuksen tulokset tiivistettynä

Käytetyt strategiat	Implementoinnin vaiheet			
	Kartoitus (N=8)	Valmistelu (N=17)	Implementointi (N=31)	Ylläpito (N=28)
Arvioivat ja iteratiiviset strategiat (N=24)	4	3	8	9
Vuorovaikutteisen tuen strategiat (N=3)	-	-	2	1
Implementointiympäristön tarpeisiin mukauttamisen strategiat (N=9)	1	2	5	1
Sidosryhmien välisten suhteiden kehittämisen strategiat (N=18)	1	7	6	4
Sidosryhmien kouluttamisen strategiat (N=14)	-	4	6	4
Kliinikoiden tukemisen strategiat (N=6)	-	1	2	3
Kuluttajien osallistamisen strategiat (N=3)	-	-	2	1
Rahoituksen strategiat (N=3)	2	-	-	1
Infrastruktuurin muuttamisen strategiat (N=4)	-	-	-	4

Kokonaisuudessaan eniten yliopistollisten sairaaloiden ammattilaiset käyttivät esimerkiksi arvioivia ja iteratiivisia strategioita, sidosryhmien välisten suhteiden kehittämisen strategioita sekä sidosryhmien kouluttamisen strategioita osana implementointiprosessin eri vaiheita. Arvioivat ja iteratiiviset strategiat pitivät tiivistetysti sisällään aiemmista kokemuksista oppimista, implementoinnin suunnittelua eri tavoin sekä tiedolla johtamisen kehittämistä yhteistyöalueella implementoinnin suhteen. Aineistossa näkyi yliopistollisten sairaaloiden ammattilaisten hyvin itsenäinen ja itseohjautuva tapa ratkaista implementoinnin ongelmia, kun niitä havaittiin eri vaiheissa. Sidoryhmien välisten suhteiden kehittämisen strategiat muodostuivat tiivistettynä verkostojen ja foorumeiden luomisesta alueellisesti ja kansallisesti, implementoinnin avainhenkilöiden sitouttamisesta osaksi prosessia. Koska viralliset foorumit olivat osittain juurtumattomia implementoinnin tukena toimiakseen, olivat yliopistollisten sairaaloiden ammattilaiset itse aktiivisesti yhteydessä esimerkiksi hyvinvointialueiden johtoon ja toisaalta taas kansallisella tasolla THL:ään, jotta he saivat tukea implementoinnilleen. Sidoryhmien kouluttamisen strategiat taas koostuivat tiivistetysti menetelmäkoulutuksen ja siihen liittyvien asioiden järjestämisestä, mutta toisaalta implementointiympäristön kouluttamisesta sekä implementointitiimin omasta kouluttautumisesta. Näissäkin strategioissa näkyi vahvasti yliopistollisten sairaaloiden ammattilaisten itseohjautuva kehittäminen. Esimerkiksi kun tarvittavia koulutusmateriaaleja ei saatu, niitä tehtiin itse tai lainattiin. Toisaalta koulutusmuotojen ja -käsitteiden eriytyminen yhteistyöaluekohtaiseksi kertoo siitä, että tämä itseohjautuvuus on toisaalta kaksiteräinen miekka: aluekohtainen kehittäminen ja innostus implementointiin yhteisten rakenteiden uupuessa voi johtaa tämänkaltaiseen tilanteeseen, jossa koulutuksen järjestämisen tapa alkaa eriytymään, joka osaltaan tuottaa muuttujia menetelmän käytön yhtenäiseen arviointiin erityisesti laadun näkökulmasta.

Vähiten puolestaan hyödynnettiin selkeästi vuorovaikutteisen tuen, kuluttajien osallistamisen, rahoituksen ja infrastruktuurin muuttamisen strategioita. Vuorovaikutteisen tuen antaminen ei ehkä välttämättä kuulunut yhteistyöalueiden yliopistollisille sairaaloille, jotka ruohonjuuritason implementoinnin ja työntekijöiden tukemisen sijasta vastasivat alueellisen tason koordinoinnista. Kuluttajien osallistamisen strategian vähäinen käyttö kiteytyy implementoinnin resurssien puutteeseen: implementointitiimeissä ei ollut tarpeeksi resurssia tai osaamista viestintään, jolloin se jäi vain yksilöiden harteille ja toiminnaksi, jota tehtiin, kun siihen oli käytettävissä ylimääräisiä aikaresursseja. Näiden kahden lisäksi rahoituksen ja infrastruktuurin muuttamisen strategiat eivät myöskään olleet yleisimpien hyödynnettyjen strategioiden keskiössä. Tämä on osittain johdettavissa jo suoraan yhteistyöalueiden roolista osana palvelujärjestelmää: niillä ei ole palveluiden rahoitus- tai järjestämisvastuuta, vaan vastuu hallinnollisista päätöksistä ja rahoituksesta on hyvinvointialueilla (Sote-uudistus 2022b). Muutosten tekeminen palvelurakenteeseen tai uusien koordinaatiotasojen luominen

vaatii yhteistyötä ja jopa lobbausta hyvinvointialueiden suuntaan yliopistollisilta sairaaloilta, mikäli näitä kahta strategiaa haluttaisiin hyödyntää implementoinnin tukena.

Kartoitusvaiheen pohjalta voidaan todeta, että aineiston valossa ylilääkärit onnistuivat valitsemaan suhteellisen hyvin Suomen palvelujärjestelmään soveltuvan menetelmän. Tästä on myös alustavaa näyttöä, että vaikka menetelmän vaikuttavuuden tutkimus Suomen kontekstissa on toistaiseksi vähäistä, soveltuu se kuitenkin suhteellisen hyvin käyttöön (Ranta ym., 2022; 2017). Implementointi- ja ylläpitovaiheessa yliopistollisten sairaaloiden ammattilaiset ovat pyrkineet aktiivisesti tunnistamaan ja kohtaamaan implementointia edistäviä ja estäviä tekijöitä, ja yhteistyöalueiden ammattilaiset ovat olleet itseohjautuvia näiden tekijöiden tunnistamisessa. Implementoinnin onnistumisesta haasteista huolimatta kertoo myös toisaalta se, että riittävä koulutettujen määrä tullaan todennäköisesti saavuttamaan (Linnaranta ym., 2022, s. 30). Moullin ja kumppanit (2019) määrittelevät menetelmän juurtuneeksi, kun menetelmän aktiivinen implementointi ja rahoitus on loppunut. Tästä näkökulmasta siis menetelmän juurtumisesta ei voida vielä täysin sanoa, sillä hankekautta ja rahoitusta on jäljellä. Haastateltavat kuitenkin kokivat, että mikäli rahoitus ja implementoinnin tuki loppuu vuoden 2023 loppuun, menetelmä tuskin jäänee aktiiviseen käyttöön kentällä. Valmisteluvaihe toteutettiin muita vaiheita heikommin aikaresurssien riittämättömyyden takia. Vaiheessa on olennaista esimerkiksi implementointisuunnitelman rakentaminen (Aarons ym., 2011), mutta sitä ei ehditty kaikilla alueilla tässä vaiheessa tekemään. Haastateltavat kertoivat haastatteluissa, että heidän piti paikata ensimmäisen koulutusaallon jälkeen toimintaansa osana myöhemmissä vaiheissa.

Eniten strategioita hyödynnettiin selkeästi painottuen implementointi- ja ylläpitovaiheeseen, vähemmän strategioita hyödynnettiin kartoitus- ja valmisteluvaiheessa. Tämä osittain kertoo siitä, millä tasolla päätöksenteko esimerkiksi menetelmän käyttöönotosta on tullut. Outi Linnaranta kumppaneineen (2022) kuvaa artikkelissaan kansallisen implementoinnin alkumetrejä, ja sen pohjalta voidaan todeta, että vaikka yliopistollisten sairaaloiden ammattilaiset olivat mukana kartoitusta tekemässä ylilääkäreiden tasolta, ei koordinaatiotyötä tekevää henkilöstöä vielä luonnollisesti tässä vaiheessa ollut mukana implementointiprosessia ja aineiston otos painottui näihin koordinaattoreihin. Valmisteluvaiheen vähäiset hyödynnetyt strategiat taas osittain selittynevät implementointitiimien kuvailemalla kiireellä, sillä aikaa kentän valmisteluun implementoinnin aloittamista varten ei juuri ollut, jossa strategioita olisi voitu hyödyntää. Strategioiden käyttö painottuen implementointi- ja ylläpitovaiheeseen taas osittain saattaa kertoa siitä, että valmisteluvaiheen kiirettä jouduttiin paikkaamaan myöhemmissä vaiheissa. Toisaalta koulutusten järjestäminen ja menetelmän juurtuminen oli näiden implementointitiimien pääasiallinen tehtävä, ja tästä näkökulmasta on odotettavaa,

että nuo vaiheet myös painottuvat selkeästi verrattuna kahteen ensimmäiseen implementoinnin vaiheeseen.

Toinen tutkielman tutkimuskysymys käsitteli yliopistollisten sairaaloiden tekemää yhteistyötä ja missä yhteydessä sitä tehtiin. Kartoitusvaiheessa yhteistyötä tehtiin yliopistollisten sairaaloiden tasolla lähinnä nuorisopsykiatrian ylilääkäreiden työryhmän kesken, kun tarve epidemiologisesta näkökulmasta lähtien nuorten masennuksen hoitoon tarkoitetulle menetelmälle tunnistettiin. Osittain yhteistyö liittyi myös rahoituksen saamiseen STM:ltä. Valmisteluvaiheessa yhteistyötä oli aluksi Terapiat etulinjaan -hankkeen järjestämien verkostotapaamisten kautta yliopistollisten sairaaloiden välillä, mutta yhteistyö laimeni implementoinnin edetessä. Yhteistyössä pyrittiin turvaamaan yhteisiä rakenteita koulutukselle. Yhteistyötä tehtiin lisäksi hyvinvointialueiden kanssa, kun ennen koulutusta järjestettiin tapaamisia hyvinvointialueen johdon, esihenkilöiden ja koulutettavien työntekijöiden kanssa ja kenttää valmisteltiin menetelmän käyttöönottoon. Implementointivaiheessa yhteistyö muihin yliopistollisiin sairaaloihin riippui paljon yksilöiden omista verkostoista, eikä organisoitua yhteistyötä alueiden välillä juuri ollut vuoden 2021 jälkeen. Yhteistyö keskittyi menetelmäkoordinaattoreiden kanssa toimimiseen, ja toisaalta edelleen esihenkilöiden sitouttamiseen osaksi implementointia. Lisäksi yliopistolliset sairaalat olivat yhteydessä kansallisiin toimijoihin esimerkiksi THL:n ja STM:n suuntaan silloin, kun he tarvitsivat näkemyksiä implementointiin tai osallistuivat THL:n järjestämiin koulutuspäiviin. Ylläpitovaiheessa yhteistyö keskittyi hyvinvointialueiden ja esihenkilöiden yhteyden ottamiseen, jotta menetelmä jäisi hyvinvointialueiden palveluvalikoimaan ja sille saataisiin jatkoresurssi.

## **6.2 Pohdinta ja suhde aiempaan tutkimukseen**

Kuvaan tässä alaluvussa tulosten suhdetta aiempaan tutkimukseen ja lopussa vedän yhteen tutkielman merkityksen, ja mitä siitä voitaisiin ottaa huomioon jatkossa implementoidessa kansallisesti menetelmää.

Kriittinen realismi ja implementointitutkimus toimivat hyvänä pohjana tutkielman tutkimuskysymysten vastausten kehikoksi. Sen näkökulmasta ajateltuna ajattelen, että tutkimus paljasti ja teki näkyvämmäksi vuorovaikutusohjannan implementoinnissa käytettyjä strategioita ja sen kompleksisuutta (Bhaskar, 1975; Pawson, 2013). Tutkimuksen tulokset ovat implementointitutkimukselle tyypillisiä: implementointiin vaikuttavia tekijöitä on arvioitu osana tätä tutkielmaa (Nilsen, 2020). Vaikka implementointitutkimus soveltui tutkimukseen hyvin, koin tutkimuksen kannalta haasteelliseksi sen, että suomenkielinen implementointitutkimus on vielä vähäistä, ja operationalisoitua käsitteiden määrittelyä on



tehty lähinnä osana Kasvun tuen Implementointiopasta (Kouvonen ym., 2023, tulossa) sekä Raija Sipilän ja kumppaneiden (2016) artikkelia. Olen tästä syystä liittänyt ne osaksi tieteenalaa käyttämällä käsitteiden yhteydessä niiden englanninkielisiä versioita. Kuitenkin myös kansainvälisestikin arvioituna implementointitutkimuksen nuoruus tieteenalana näyttäytyy siten, että tieteenalan käsitteistä puhutaan ”Babelin tornin rakentamisena”, jossa määritelmällisesti samoille asioille on monta erilaista käsitettä, joka lisää implementointitutkimuksen kompleksisuutta (ks. McKibbin ym., 2010).

Tutkimuksen tulokset tukevat osittain aiempaa tutkimusta ja toisaalta laajentavat aiempien tutkimustulosten näkökulmaa Suomen palvelujärjestelmän kontekstiin. Implementointia on arvioitu EPIS-viitekehyksen vaiheiden valossa. Myös Meyersin ja kumppaneiden (2012) onnistuneen implementoinnin kriittisten toimien valossa IPC-N:n implementointi oli suhteellisen onnistunutta eli suurin osa kriittisistä askeleista toteutui, mutta implementoinnissa olisi voitu ottaa paremmin huomioon seurannan rakentamista varhaisessa vaiheessa, implementointisuunnitelman tekemistä, viestintää ja tutkimusyhteistyön rakentamista osaksi implementointia.

Implementointivaiheiden lisäksi tutkielman teoreettisen viitekehyksen yhtenä kärkenä olivat implementoinnin edistäjät ja heidän tekemänsä implementointityö, josta jälkimmäistä tarkasteltiin tarkemmin implementointistrategioiden näkökulmasta. Aiemman kirjallisuuskatsauksen valossa välittävissä organisaatioissa toimivat implementoinnin edistäjät hyödynsivät esiintymisjärjestyksessä eniten sidosryhmien kouluttamisen strategioita, arvioivia ja iteratiivisia strategioita, sidosryhmien suhteiden kehittämisen strategioita ja implementointiympäristön tarpeisiin mukauttamisen strategioita (Albers ym., 2021). Tämän tutkielman tulosten mukaan ammattilaiset hyödynsivät samoja strategioita, mutta niiden esiintyvyys oli eri. Tutkielmassa eniten hyödynnettiin järjestyksessä arvioiva ja iteratiivisia, sidosryhmien välisten suhteiden kehittämisen ja lopulta koulutuksen strategioita. Implementointiympäristön tarpeisiin mukauttamisen strategioita hyödynnettiin myös tässä tutkielmassa. Mielenkiintoisesti myös Albersin ja kumppaneiden (2021) aiemman tutkimuksen mukaan implementoinnin tukea tarjoavat ammattilaiset hyödynsivät vähiten tutkielman tulosten kanssa yhtenevästi kuluttajien osallistamisen, rahoituksen ja infrastruktuurin muuttamisen strategioita. Tämä toisaalta voi selittyä sillä, että Albersin ja kumppaneiden (2021) artikkelissa ja tässä tutkielmassa ammattilaiset työskentelivät organisaatioissa, joissa näiden asioiden päättämisestä ei ole suoraan mandaattia, sillä ammattilaiset voivat työskennellä erilaisissa organisaatioissa (Bullock & Lavis, 2019). Osittain esimerkiksi infrastruktuurin muuttamisen ja rahoituksen implementointistrategiat tapahtunevat Moullinin ja kumppaneiden (2019) määrittelyn mukaisesti implementoinnin

ulkoisen kontekstin toimijoiden puolesta. Myös tutkielman tuloksissa lopulta rahoituspäätöksistä vastaavat joko hyvinvointialueet tai STM, ja yliopistollisen sairaalan implementoinnin työ on niistä riippuvaista.

Kuluttajien osallistamisen strategioita puolestaan olisi tutkimuskirjallisuuden valossa ollut olennaista hyödyntää enemmänkin – yliopistollisten sairaaloiden ammattilaiset pyrkivät kommunikoimaan hyvinvointialueiden suuntaan implementoinnista, mutta myös implementoinnin kohderyhmille viestinnästä olisi voinut olla hyötyä muillekin sidosryhmille. Yksi yliopistollinen sairaala teki varsinaisen viestintäsuunnitelman, mutta olisi perusteltua, että sitä olisi hyödynnetty laajemminkin osana kansallista implementointia. Huomioitavaa on, että yliopistollisilla sairaaloilla oli erilaiset resurssit tehdä viestintää: osalla implementointitiimeistä oli aiempaa viestinnän osaamista, osalla yliopistollisen sairaalan omat käytännöt jopa vaikeuttivat ja osittain estivät viestinnän ulkoisille sidosryhmille. Viestintä on kuitenkin tärkeä osa implementointia, sillä viestinnän avulla tiedonvaihtoa ja yhteisen näkemyksen rakentamista pystytään tukemaan tehokkaammin. Yliopistolliset sairaalat olisivat voineet lisäksi tukea esimerkiksi viestinnässä esihenkilöitä, jotta viestintää implementoinnista olisi tuotu vahvemmin järjestelmän eri tasoille. (Metz ym., 2020b, s. 28–29.)

Albersin ja kumppaneiden (2021) katsauksessa tunnistettiin myös Powellin ja kumppaneiden (2015) koostaman ERIC-implementaatiostrategiakokoelman ulkopuolelta menetelmän näytön jakaminen olennaisille sidosryhmille sekä intervention suunnitteluun osallistuminen, jolla tarkoitettiin esimerkiksi tutkimusprotokollien rakentamista (Albers ym., 2021). Tutkielmassa tunnistettiin näistä ensimmäinen: yliopistollisten sairaaloiden ammattilaiset jakoivat ja pyrkivät viestimään vuorovaikutusohjannan näytöstä aktiivisesti sidosryhmille esimerkiksi hyvinvointialueilla. Puolestaan Albersin (2021) tunnistamien strategioiden valossa tässä tutkielmassa tulokset eivät näyttäneet, että yhteistyöalueiden yliopistollisten sairaaloiden ammattilaiset olisivat olleet rakentamassa tutkimusprotokollia. Tämä johtuu siitä, että hankerahoituksella ei Suomessa ole sallittua tehdä tutkimusta Valtioneuvoston asetuksen sosiaali- ja terveydenhuollon valtionavustuksista vuosille 2020–2023 mukaan (13/2020 6 §). Osana TulSote-hanketta toimenpiteisiin voi liittyä käytännön tutkimusta, mutta sillä tulisi olla selkeä yhteys perustason työhön sekä palveluprosessien kehittämiseen. Tieteelliseen tutkimukseen valtionavustusta ei kuitenkaan voi käyttää. (Sote-uudistus.fi, 2023.) Osa yhteistyöalueista oli tehnyt yhteistyötä opinnäytetyön tasolla, mutta niillä ei ollut itsellään resursseja toteuttaa tutkimusta.

Aiemman tutkimuksen valossa olisi kuitenkin perusteltua, että implementoinnin ohelle tuotaisiin tutkimusnäyttöä osana implementointia. Yhteistyöllä tutkimuskentän kanssa voidaan edistää ja kehittää niin käytäntöä kuin teoriaakin implementoitavan intervention osalta (Palinkas ym., 2017; Green ym., 2016). Toimijoiden välinen luottamus, kunnioitus, yhteinen näkemys, hyvät suhteet sekä toimiva kommunikointi on isossa roolissa tämänkaltaisen kumppanuuden rakentamisessa (Drahota ym., 2016, s. 192). Vahva implementoinnin ja tutkimuksen yhdistäminen liittyy lisäksi esimerkiksi implementoinnin tulevaisuuden esteiden vähentämiseen, mutta toisaalta suurempiin haasteisiin fideliteetin näkökulmasta. (Cervantes ym., 2021; Powell ym., 2015; Moullin ym., 2019). Toisaalta tämä voi johtua siitä, että tällöin tutkijat ja ammattilaiset osaavat kiinnittää enemmän huomiota menetelmäuskollisuuden kysymyksiin, mikä taas toisaalta voi parantaa laadunarviointia (Cervantes ym., 2021). Tutkielman näkökulmasta siis hanketyön ja tutkimuksen yhdistäminen implementoinnin kontekstissa edellyttäisi siis muutosta lainsäädännön puolelta tai vahvaa yhteistyötä esimerkiksi tutkimusta tekevien muiden sillanrakentajien kanssa EPIS-viitekehityksen kautta tarkasteltuna (Moullin ym., 2019).

Aiemmassa kirjallisuudessa sidosryhmien välinen yhteistyö on ollut yhteydessä tehokkaampaan implementointiin. Yhteistyöhön taas on kuulunut yhteisen vision luominen, ihmisten välinen suhteiden kehittäminen, ongelmanratkaisu ja resurssien jakaminen sekä yhteistyön ylläpitäminen pitkällä aikavälillä (Green ym., 2016). Tutkielmassa yliopistolliset sairaalat pyrkivät yhteistyöllään luomaan yhteistä näkemystä hyvinvointialueiden kanssa vuorovaikutuksen implementoinnin merkityksestä. Lisäksi kohdentamalla tukea tarvittaessa esimiehille ja tekemällä itsensä tutuksi, yliopistolliset sairaalat kykenivät kehittämään suhteitaan alueellisella tasolla. Yhteistyöalueiden yliopistollisten sairaaloiden yhteistyön tasolla taas on todettava, että yhteistyölle oli alussa rakenteita esimerkiksi resurssien jakamiseen ja kansallisesti pitkäaikaisen yhteydenpidon tueksi, mutta lopulta pysyvää rakennetta tälle ei saatu aikaan. Huomioitavaa on, että koska yhteistyölle ei ollut myöhemmissä vaiheissa vakiintuneita rakenteita, yliopistollisten sairaaloiden yhteistyö jäi yksilöistä kiinni olevaksi yhteydenpidoksi. Lisäksi kaikissa implementointiprosessin vaiheissa valmisteluvaiheesta alkaen toistuu se, että kansalliselta tasolta ei ole kansallista koordinaatiota riittävästi. Aluksi oli yritystä yhteistyöaluetasoiseen yhteistyöhön Terapiat etulinjaan -hankkeen johdolla, mutta sen rakenteet eivät kuitenkaan riittäneet pitkäaikaiseen ja tiiviiseen yhteistyöhön. Implementointirakenteiden kehittäminen on tapahtunut nyt joidenkin yliopistollisten sairaaloiden välisenä yhteistyönä sekä itse lähteisiin perehtymällä, mikä on johtanut tilanteeseen, että kaikki alueet keksivät ikään kuin pyörää uudelleen – alueet kohtaavat samoja implementoinnin haasteita, mutta joutuvat etsimään niihin ratkaisuja yksin. Yhteistyön ja koordinaation puuttuminen on saattanut johtaa myös siihen, että nyt

kansallisesti koulutusrakenteessa on pieniä eroja esimerkiksi käytettyjen käsitteiden osalta mitä menetelmän koulutuksen liittyä sekä konkreettisesti menetelmäkoulutus tavassa. Eri koulutustapojen vaikutuksesta menetelmän käyttöön tai sen vaikuttavuuteen ei kuitenkaan aineiston pohjalta voida vielä sanoa mitään.

Koulutustapojen alueellinen eriytyminen nostaa kuitenkin kysymyksen siitä, onko kansallinen koordinaatio mahdollista, jos toiminta on vahvasti alueellisesti eriytynyttä. Toisaalta implementoinnin alkuvaiheen kiire alueilla johti siihen, että materiaaleja alettiin tuottamaan itse, kun lainattuja materiaaleja ei ollut saatavilla ja myöhemmin myös koulutustavat eriytyivät. Haastateltavat nostivat esiin myös ajatuksen siitä, että kun menetelmään on koulutettu enenevässä määrin ammattilaisia, on kasvokkaisten koulutusten järjestäminen haastavampaa, minkä pohjalta on siirrytty verkkopohjaiseen koulutukseen. Hajautetun koulutuksen riskinä kuitenkin voi olla se, että koulutustapojen eriytyessä vuorovaikutusohjannan implementoinnista syntyy vaikuttavaa alueellista epätasa-arvoa ja mahdollisia osaamispuutteita alueittain. Sen lisäksi, että toisaalta koulutusrakenteen yhtenäisyys on oleellista, THL on lisäksi tukenut seurantatiedon yhtenäistämässä yhteistyöalueita kansallista seurantaa varten. (THL 2022b.) Osittain sote-uudistuksen alkumetrieni takia toimenpidekoodin kansallinen juurtuminen voi myös olla hidasta. Tämän pohjalta uskon kuitenkin, että mikäli alueelta saadaan kerättyä yhtenäistä seurantatietoa ja yhteistyötä saadaan rakennettua uudelleen vahvassa kansallisessa koordinaatiossa, on laadukas kansallinen vuorovaikutusohjannan implementoinnin koordinaatio mahdollista myöhemmässäkin vaiheessa.

Retrospektiivisesti tarkastellen implementointiprosessia kokonaisuudessaan, kansallisesta koordinaatiosta ja selkeästä työnjaosta olisi voinut olla tukea implementointiprosessille, sillä sujuva implementoinnin johtaminen tukee implementoinnin ilmapiirin, yhteistyön ja rakenteisiin juurtumista esimerkiksi sopimusten ja rahoitusten kautta (Moullin ym., 2018; Wandersman, 2008; Kouvonen ym., 2023, tulossa). Myös esimerkiksi THL on omassa toimintamalliarviossaan (2022b, s. 13) ehdottanut, että THL toimisi vuorovaikutusohjannan koordinoijana kansallisella tasolla. Suomalaisten implementointi- ja vaikuttavien menetelmien tutkijoiden Petra Kouvoisen ja Marjo Kurjen (2020) mukaan siirtymä esimerkiksi erikoissairaanhoidon korjaavista palveluista ennaltaehkäiseviin ja varhaisen vaiheen hoitoon perustasolle Suomessa edellyttää, että valtakunnallisessa päätöksenteossa kiinnitetään huomiota eri tahojen työnjakoon ja yhteistyöhön – juuri kotipesätoimija voisi olla tätä edistävä toimija. Tutkielman tulosten näkökulmasta jatkoa ajatellen tulisi vaikuttavan menetelmän implementointia suunnitellessa ottaa paljon vahvemmin huomioon menetelmän kotipesä, jotta kansallinen koordinaatio pysyisi yhtenäisempänä. THL on nyt toimittanut ikään kuin

ylemmän tason koordinoivan tason tehtävää yhtenäistämällä seuranta ja järjestämällä koulutuksia alueiden tueksi, mutta tutkielman tulosten valossa vielä tätäkin vahvempi ja jämäkempi koordinaatio erityisesti alueellisen yhteistyön onnistumisen kannalta olisi ollut tarpeen. THL onkin itse esittänyt toimintamalliarviossaan (2022b), että vuorovaikutusohjannan menetelmäosaamisen takaamiseksi tulisi nimetä organisaatio, joka olisi laadukas, kansallisesti toimivaltainen taho, joka järjestää ja ylläpitää menetelmän koulutusjärjestelmää- ja kriteereitä. Tämä pitäisi sisällään juuri menetelmän toteuttamisen vaikuttavasti ja samoin metodisin periaattein läpi Suomen.

Yhteenvetopohdintana tässä tutkimuksessa tutkittiin vuorovaikutusohjannan (IPC-N) implementointia, juurrutusprosessin koordinoitua ja implementoinnin erityispiirteitä yhteistyöalueiden yliopistollisissa sairaaloissa. Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että tutkielma on lisännyt ymmärrystä siitä, miten Suomen palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkumetreillä implementoidaan näyttöön perustuvaa psykososiaalista menetelmää. Implementointiprosessi on ollut monimutkainen, ja yhteistyöalueiden koordinaatio menetelmän juurruttamiseksi on ollut osittain samankaltaista, mutta osittain alueittain eriytyntä.

Tutkielmassa on selvitetty kerätyn haastatteluaineiston pohjalta ja sisällönanalyysin keinoin, miten yhteistyöalueiden yliopistollisten sairaaloiden ammattilaiset ovat järjestäneet kansallisen vuorovaikutusohjannan implementoinnin yhteistyöalueensa hyvinvointialueille implementointiprosessin eri vaiheissa ja millä keinoin yhteistyötä on tehty eri toimijoiden kanssa. Tutkielmaan valittu tutkimusmenetelmä on ollut mielekäs valinta, koska ajattelen, että olen saanut kerättyä ja analysoitua aineistoa, joka vastaa tutkimuskysymyksiini. Myös sisällönanalyysin keinoin litteroidusta haastatteluaineistosta on saatu johdettua koodeja, jotka on luokiteltu Waltzin ja kumppaneiden (2019) ryhmittelyn mukaisesti, ja myöhemmin nämä ryhmät on sijoitettu implementointivaiheisiin (Aarons ym., 2011; Moullin ym., 2019).

Tutkielmani perusteella voidaan sanoa, että vuorovaikutusohjannan implementointiprosessi on monimutkainen, kuten implementointiprosessit yleensä (Pawson, 2013). Jatkossa käytännössä ottaessa kansallisesti käyttöön menetelmiä, tulisi niiden implementointiprosessia olla suunniteltuna laajemmin ja tarkemmin ottaen huomioon eri hallinnontasojen välisen yhteistyön ja fokuksen sekä selkeän, päätäntävaltaisen koordinaation yhdeltä taholta. Erityisesti menetelmän käyttöönoton päätöksenteosta menetelmäkoulutusten alkuun tulisi jatkossa resursoida riittävästi aikaa kentän toimijoiden kuten työntekijöiden ja esihenkilöiden valmisteluun, jotta kaikki sidosryhmät olisivat tietoisia implementoinnista. Osana implementointia tulisi ottaa huomioon vahvemmin esimerkiksi viestinnälliset näkökulmat, sillä implementoidessa myös intervention kohderyhmää on tärkeä tiedottaa, sillä tämä saattaa

osaltaan vaikuttaa myös intervention implementoinnin onnistumiseen. Osana valmistelua tulisi ottaa mukaan suunnitteluun alkuvaiheessa myös yhteisen seurannan rakentaminen. Yhteisen tietopohjan rakentaminen implementoinnin edistämiseksi tukisi kansallista seurantaa ja koordinaatiota.

Kuten mainittua, osana implementointia tulisi olla vahva, kansallinen yhteistyö ja menetelmällä tulisi olla kotipesäorganisaatio, joka suunnittelee menetelmäkoulutuksen ja tiivistää olemassa olevaa tietoa (Wandersman ym., 2008; Kouvonen & Kurki, 2020). Koordinoitu implementointi on perusteltua, sillä esimerkiksi IPC:n kohdalla STM on panostanut implementointiin 41 miljoonalla eurolla. On eettisesti kyseenalaista ja resurssien haaskausta, mikäli implementointiprosessia ei suunnitella huolellisesti kaikkia sen vaiheita huomioon ottaen. Se on tärkeää myös siksi, että yhteistyörakenteiden puuttuminen ja rahoituksen hiipuminen on kansainvälisten esimerkkien mukaan vaikuttanut negatiivisesti menetelmän juurtumiseen (Melo ym., 2016; Humphrey ym., 2016).

Yhteenvedona voidaan todeta, että vuorovaikutusohjannan implementointiprosessin tarkemman tarkastelun pohjalta kansallinen implementointi vaatii onnistuakseen merkittäviä resursseja ajallisesti mutta myös rahallisesti. Yliopistolliset sairaalat ovat toimineet ikään kuin alueellisina kotipesinä, mutta kansallinen yhtenäisyys ja alueellisen tasa-arvon turvaaminen jatkossa olisi edellyttänyt vahvaa kotipesäorganisaatiota. Vuorovaikutusohjanta on yksi ensimmäisiä näin laajasti kansallisesti implementointi peruspalveluiden mielenterveysinterventio Suomessa, ja sen implementointiprosessista oppiminen ja jatkossa näiden oppien soveltaminen osana kansallista implementointia on tärkeä tavoite tulevaisuutta ajatellen.

## **6.1 Tutkielman rajoitteet ja jatkotutkimusehdotukset**

Lopuksi pohdin tässä alaluvussa tutkielman rajoitteita sekä esitän muutamia jatkotutkimusehdotuksia pohjautuen tutkimuksen tuloksiin ja oman tutkielmani puutteisiin. Tutkimuksen luotettavuutta tarkastelen uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja yleistettävyyden näkökulmasta (Kylmä ym., 2003).

Tutkimuksen uskottavuutta tukee se, että tutkija on tutustunut tutkimaansa aiheeseen (Yardley, 2000). Ennen aineistonkeruuta ja tutkimuslupien hakemista, olen perehtynyt työtehtävissäni implementointitutkimuksen teemoihin sekä vuorovaikutusohjannan implementoinnin alkumetreihin. Tätä kautta relevantti kysymys implementoinnin eri vaiheista on pystytty nostamaan tutkimuksen tarkastelun kohteeksi. Uskottavuutta tutkimukselle lisää myös se, että haastateltavat ja haastattelujen sisältö on kuvailtu heidän

anonymiteettiään kunnioittaen niin tarkasti kuin on mahdollista. Tunnistettavuuden kysymyksiä on käsitelty tutkimusmetodologiaa käsittelevässä luvussa 4.

Tutkimuksen vahvistettavuus liittyy siihen, että tutkija kuvaa mahdollisimman tarkasti tutkimusprosessin (Elo & Kyngäs, 2008; Tuomi & Sarajärvi, 2018, luku 4.3.3). Olen pyrkinyt kuvaamaan tutkimuksen toteutusprosessin mahdollisimman tarkasti. Tutkittavien rekrytointi ja tutkimuseettiset siihen liittyvät pohdinnat on sisällytetty tutkielman tutkimusmetodologiaa käsittelevään lukuun (luku 4). Kaikki haastattelut nauhoitettiin sanatarkkaa litterointia ja myöhempää analyysiä varten. Osana litterointia tutustuin aineistooni ja luin sen useaan kertaan läpi, ennen koodauksen aloittamista. Tutkimuksen luotettavuutta tukee se, että minulla on aiempaa kokemusta teemahaastatteluaineiston keräämisestä osana kandidaatintutkielmaa, ja lisäksi haastattelurungon soveltuvuus esitestattiin ennen varsinaisia tutkimushaastatteluita. Hirsjärvi ja Hurme (2022, luku 5.7.) kuitenkin kehottavat tekemään useita koehaastatteluita ennen varsinaisia haastatteluita. Koehaastattelu toteutettiin yhden henkilön kanssa, joka ei ole suoraan tutkimuksen perusjoukkoa, vaikka tunteekin alan ja haastattelussa lähinnä testattiin kysymysten ymmärrettävyys. Tämä on saattanut heikentää tutkimusaineiston laatua (em.). Kuitenkin haastattelutilanteissa haastateltavien kanssa ei ollut havaittavissa sitä, että runko ei olisi toiminut – haastatteluaikaa oli varattu riittävästi ja kaikki teemat käytiin haastateltavien kanssa läpi, sekä sain relevantteja vastauksia kysymyksiini. Tähän on osaltaan voinut vaikuttaa se, että aihealue ja yliopistollisten sairaaloiden haasteet implementoinnin ympärillä olivat tulleet itselleni vastaan aiempien työtehtävieni kautta ja runko muodostettiin yhdessä tutkimusryhmän avulla. Tätä kautta aihepiirin tuntemukseni tuki kysymysten suuntautumista relevantteihin aiheisiin, vaikka koehaastatteluita oli yksi (ks. Hirsjärvi & Hurme 2022, luku 5.6.1).

Olen myös ottanut huomioon refleksiivisyyden vaatimuksen tutkimuksen luotettavuuden osalta (Malterud, 2001; Yardley, 2000) Työtehtävieni kautta olen ollut tekemisissä IPC-N-intervention implementoivien henkilöiden kanssa epäsuorasti aiemmin, joka toisaalta saattaa lisätä mahdollisuutta sille, että minulla on tutkijana ennako-oletuksia sille, kuinka implementointi intervention osalta on sujunut (ks. Eskola & Suoranta, 1998, s. 20-22). Tässä tapauksessa tutkijan on hyvä olla tietoinen omasta positiostaan suhteessa tutkimusasetelmaan (Malterud, 2001). Yritin työtehtävissäni maisterintutkielman aiheen päätettyäni pidättäytyä liiallisesta kontaktista mahdollisten tutkittavien suhteen, jotta pystyisin lähestymään omaa tutkielmaani ikään kuin tyhjältä pöydältä. Tämä otettiin tietoisesti huomioon myös osana haastatteluita – tuttujen haastateltavien kanssa keskityin erityisesti siihen, että en toimisi

ennakko-olettamusteni pohjalta, ja toisaalta taas ennestään tuntemattomien haastateltavien kohdalla keskityin luottamuksen luomiseen.

Tutkimuksen tulosten yleistettävyyks on aineiston otoksen ja analyysitavan takia rajallista. Aineistossa on haastateltu kolmea viidestä yliopistollisesta sairaalasta, joten täysin kattavaa kuvaa kansallisesta implementoinnista ei tämän aineiston pohjalta voida tuottaa. Kuitenkin jokaisesta kolmesta haastatellusta yliopistollisesta sairaalasta on kaikista kaksi eri haastateltavaa – tämä varmentaa näkemystä alueellisista kokemuksista, kun ne eivät ole vain yhden haastateltavan varassa. Näkemykset olivat alueittain suhteellisen samansuuntaiset ja kokemus kansallisen yhteistyön puuttumisesta myös – osalla alueista yhteistyön puuttumista kritisoitiin voimakkaammin kuin toisilla, mutta jokaisella alueella yhteistyö ei näyttäytynyt kansallisesti vahvasti koordinoitulta. Tutkielman tulokset ovatkin tämän otoksen takia kuitenkin viitteellisiä, ja tulosten paremman kansallisen yleistettävyyden näkökulmasta vaatisi lisätutkimusta laajemmalla aineistolla, jossa on mukana kaikki yliopistolliset sairaalat ja myös esimerkiksi hyvinvointialueen menetelmäkoordinaattoreita.

Yleistettävyyttä suhteessa aiempaan tutkimukseen haastaa tutkimuksessa tehty valinta toteuttaa aineiston koodaus induktiivisesti. Se vähensi mahdollisuutta verrata suoraan esimerkiksi Powellin ja kumppaneiden (2015) koostamaan implementaatiostrategioiden listaukseen, vaikka tutkimuksessa strategioiden jaottelu on kuitenkin tehty deduktiivisesti Waltzin ja kumppaneiden (2015) ryhmittelyn pohjalta. Valitsin kuitenkin tehdä aineiston koodauksen induktiivisesti, sillä aineistolähtöinen lähestymistapa tekee näkyvämmäksi erot yödynnetyissä strategioissa yliopistollisten sairaaloiden välillä implementointiprosessissa. Lisäksi tätä tukee se, että strategioiden listaus ei ole täysin tyhjentävä ja saattaa joissain tapauksissa olla liian yleistävä (ks. Albers ym., 2021; Powell ym., 2015). Lisäksi aihe on Suomessa suhteellisen vähän tutkittu, ja tästä näkökulmasta on mielestäni perusteltua tuottaa yksityiskohtaisempaa tietoa aiheesta, vaikkakin se verottaisi tutkimuksen yleistettävyydestä.

Tutkielma nostaa esiin muutamia jatkotutkimusaiheita. Jatkotutkimuksen kohteena voisi olla laajempi, kaikkien yliopistollisten sairaaloiden ja hyvinvointialueiden kokemukset sisältävä aineisto, jotta kansallisesta implementoinnista saisi yleistettävämmän kuvan. Lisäksi kattava synteesi esimerkiksi vuorovaikutusohjannan implementoinnista palvelujärjestelmän eri tasoilla tuottaisi kokonaisvaltaisemman kuvan implementoinnin onnistumisesta läpi järjestelmän, ja laajentaisi entisestään näkökulmaa siitä, miten psykososiaalisia menetelmiä on otettu kansallisesti käyttöön Suomessa. Tämä voisi täydentää näkökulmaa siitä, näkykö menetelmän kotipesäorganisaation tarve laajemminkin eri tasoilla, ja jos näkyy, niin miten. Tässä tutkimuksessa olen lisäksi keskittynyt ainoastaan siltaavien tekijöiden toimintaan, joten



koko implementointiprosessin kuvaus esimerkiksi implementoinnin ulkoiset ja sisäiset tekijät huomioon ottaen lisäksi ymmärrystä implementoinnista Suomessa.

Toinen potentiaalinen jatkotutkimuksen kohde liittyy hyödynnettyihin implementointistrategioihin. Tässä tutkielmassa kuvattiin käytettyjä strategioita ja mitä niillä on haluttu saavuttaa, mutta tutkimusasetelman pohjalta ei voida todeta, mitkä strategioista koettiin kaikista hyödyllisimmäksi implementointia tekevien työntekijöiden osalta. Lisäksi tutkimuksessa kuvataan ainoastaan käytettyjä strategioita, mutta jatkotutkimuksessa voitaisiin tarkentaa esimerkiksi sitä, mitkä niiden toiminnan taustalla olevat muutoksen mekanismien koetaan todellisuudessa olevan (esim. Lewis ym., 2018; Albers ym., 2022). Lisäksi implementointitutkimuksen käsitteiden suomennostyö on yksi osa-alue, joka vaatii lisätyötä Suomessa, jotta implementointitutkimuksen yleistyessä Suomessa käsitteistö olisi yhtenäisempi ja operationalisoidumpi.

## 7 Lähteet

- Aalto-Setälä, T., Suvisaari, J., Appelqvist-Schmidlechner, K. & Kiviruuu, O. (2021).  
Pandemia ja nuorten mielenterveys – Kouluterveyskysely 2021. THL  
Tutkimuksesta tiiviisti 55/2021.
- Aarons, G. A. (2006). Transformational and transactional leadership: Association with  
attitudes toward evidence-based practice. *Psychiatric services*, 57(8), 1162-1169.
- Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., Farahnak, L. R., & Sklar, M. (2014). Aligning leadership  
across systems and organizations to develop a strategic climate for evidence-based  
practice implementation. *Annual review of public health*, 35, 255-274.
- Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of  
evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration  
and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4-23.  
doi:10.1007/s10488-010-0327-7
- Aineistonhallinnan käsikirja [verkojulkaisu]. (2022) Tampere: Yhteiskuntatieteellinen  
tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja].  
<<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/aineistonhallinta/>>. urn:nbn:fi:fsd:V-  
201504200001 (Viitattu 24.4.2022.)
- Albers, B., Metz, A., & Burke, K. (2020). Implementation support practitioners—a proposal  
for consolidating a diverse evidence base. *BMC Health Services Research*, 20, 1-10.
- Albers, B., Metz, A., Burke, K., Bührmann, L., Bartley, L., Driessen, P., & Varsi, C. (2021).  
Implementation support skills: Findings from a systematic integrative review.  
*Research on Social Work Practice*, 31(2), 147-170.
- Albers, B., Metz, A., Burke, K., Bührmann, L., Bartley, L., Driessen, P., & Varsi, C. (2022).  
The mechanisms of implementation support-findings from a systematic integrative  
review. *Research on Social Work Practice*, 32(3), 259-280.
- Arppe, S. (2020). Interpersoonallinen ohjaus (IPC-N) nuorten masennusoireiden hoidossa.  
Työntekijöiden kokemuksia menetelmän käytöstä ja vaikutuksesta omaan työhön.  
Opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Saatavilla:  
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202102092110>

- Bhaskar, R. (1978). *A realist theory of science*. Harvester Press.
- Bhaskar, R. (1987). *Scientific realism and human emancipation*. Verso.
- Brodowski, M. L., Counts, J. M., Gillam, R. J., Baker, L., Collins, V. S., Winkle, E., ... & Redmon, J. (2013). Translating evidence-based policy to practice: a multilevel partnership using the interactive systems framework. *Families in Society*, 94(3), 141-149.
- Cuijpers, P., & Cristea, I. A. (2016). How to prove that your therapy is effective, even when it is not: a guideline. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(5), 428-435.
- Curran, G. M., Bauer, M., Mittman, B., Pyne, J. M., & Stetler, C. (2012). Effectiveness-implementation hybrid designs: combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. *Medical care*, 50(3), 217.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation science*, 4(1), 1-15.
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American journal of community psychology*, 41, 327-350.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107-115.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha. (1998). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.
- Finch, T. L., Girling, M., May, C. R., Mair, F.S., Murray, E., Treweek, S., Steen I. N., McColl, E. M., Dickinson, C. & Rapley T. (2015). NoMAD: Implementation measure based on Normalization Process Theory. [Measurement instrument]. <http://www.normalizationprocess.org>.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. a, Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005). *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, 231, 1–119.  
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Forsell, M. (2022). Lasten ja nuorten mielenterveysperusteinen tutkimus ja hoito 2020. Tilastoraportti 21/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Franks, R. P., & Bory, C. T. (2017). Strategies for developing intermediary organizations: Considerations for practice. *Families in Society*, 98(1), 27-34.

Gallo, C. G., Berkel, C., Mauricio, A., Sandler, I., Wolchik, S., Villamar, J. A., Mehrotra, S. & Brown, C. H. (2021). Implementation methodology from a social systems informatics and engineering perspective applied to a parenting training program. *Families, Systems & Health: The Journal of Collaborative Family Healthcare*, 39(1), 7–18. <https://doi.org/10.1037/fsh0000590>

Green, A. E., Trott, E., Willging, C. E., Finn, N. K., Ehrhart, M. G., & Aarons, G. A. (2016). The role of collaborations in sustaining an evidence-based intervention to reduce child neglect. *Child Abuse & Neglect*, 53, 4-16.

Havelock, R.G & Havelock, M.C. (1973). Training for change agent. A guide to the design of training programs in education and other fields. Institute for Social Research The University of Michigan.

Haynes, R. B., Devereaux, P. J., & Guyatt, G. H. (2002). Physicians' and patients' choices in evidence based practice: Evidence does not make decisions, people do. *Bmj*, 324(7350), 1350.

Hirsjärvi, S., & Hurme, H. (2022). Tutkimushaastattelu : teemahaastattelun teoria ja käytäntö ([2. painos]). Gaudeamus.

Isokuortti, N. (2023) Understanding Implementation In Child And Family Social Work Process - Evaluation Of The Systemic Practice Model In Finland. Väitöskirja, Helsingin yliopiston valtiotieteellinen tiedekunta. Helsinki Practice Research Publications 1/2023.

Johansson, K., Denvall, V., & Vedung, E. (2015). After the NPM wave. Evidence-based practice and the vanishing client. *Scandinavian Journal of Public Administration*, 19(2), 69-88.

- Kananen, J. (2015). Opinnäytetyön kirjoittajan opas: näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kania, J., & Kramer, M. (2011). *Collective impact* (pp. 36-41). Beijing, China: FSG.
- Knapp M, Mc Daid D, Parsonage M. (2011). Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case. London: Department of Health, 2011.
- Kontunen, J. (2020). Therapeutic change in interpersonal counselling (IPC-N) for depression: A mixed methods study of primary health care patients. JYU dissertations.
- Kouvonen, P., & Kurki, M. (2020). Vaikuttavien lasten ja nuorten psykososiaalisten menetelmien käyttöönoton tukeminen päätöksenteossa 2020-luvun Suomessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 57(2).
- Kouvonen, P., Tani, S., Kurki, M. & Hamari, L. (2023). Miten onnistun implementoinnissa? Opas psykososiaalisten menetelmien vaikuttavasta implementoinnista. Toim. Koskenalho N. Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö. Tulossa.
- Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K., & Lähdevirta, J. (2003). Laadullinen terveystutkimus-mitä, miten ja miksi. *Duodecim*, 119(7), 609-615.
- Lambert, D., Richards, T., & Merrill, T. (2016). Keys to implementation of child welfare systems change initiatives. *Journal of Public Child Welfare*, 10(2), 132-151.
- Leone, M., Kuja-Halkola, R., Leval, A., D'Onofrio, B. M., Larsson, H., Lichtenstein, P., & Bergen, S. E. (2021). Association of youth depression with subsequent somatic diseases and premature death. *JAMA psychiatry*, 78(3), 302-310.
- Lewis, C. C., Scott, K., & Marriott, B. R. (2018). A methodology for generating a tailored implementation blueprint: an exemplar from a youth residential setting. *Implementation Science*, 13(1), 1-13.
- Lewis, L. K. (2006). Employee perspectives on implementation communication as predictors of perceptions of success and resistance [Article]. *Western Journal of Communication*, 70(1), 23-46. <https://doi.org/10.1080/10570310500506631>

- Linnaranta, O., Ranta, K., Marttunen, M., Aalto-Setälä, T., Stähle, M., Suvisaari, J. & Vormaa, H. (2022) A national implementation of interpersonal counselling adolescent version (IPC-N-A) in Finland. *Psychiatria Fennica* 2022:53, 24-35.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488
- Marttunen M. (2020). Interpersoonallinen yksilöpsykoterapia (IPT-A) nuorten depression akuuttihoitossa. Näytönastekatsaus. *Duodecim, Käypä hoito*. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nako4392>
- Marttunen, M., Ranta, K., Gergov, V., Strandholm, T., Ehrling, L., Tainio, V-M, Lindberg, N (2015). Nuorten depressioiden psykoterapeuttisten hoitomuotojen vaikuttavuus: systemaattiseen kirjallisuushakuun perustuva katsaus. *Suomen Lääkärilehti*, 46, 3111–3116. [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/230020/SLL462015\\_3111.pdf?sequence=1](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/230020/SLL462015_3111.pdf?sequence=1)
- Marttunen, M. & Karlsson, L. (2014). Masennusoireilu ja masennustilat. Kirjassa: Marttunen, M, Huurre, T, Strandholm, T, Viialainen, R, toim. Nuorten mielenterveyshäiriöt. Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Helsinki: THL. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110484/THL\\_OPA025\\_2013.pdf?sequence](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110484/THL_OPA025_2013.pdf?sequence)
- McKibbin KA, Lokker C, Wilczynski NL, Ciliska D, Dobbins M, Davis DA, Haynes RB, Straus S. (2010). A cross-sectional study of the number and frequency of terms used to refer to knowledge translation in a body of health literature in 2006: a tower of Babel? *Implement Sci* 2010, 5:1–11.
- McWilliam, J., Brown, J., Sanders, M. R., & Jones, L. (2016). The Triple P implementation framework: The role of purveyors in the implementation and sustainability of evidence-based programs. *Prevention Science*, 17, 636-645.
- Metz, A., & Bartley, L. (2012). Active implementation frameworks for program success. *Zero to three*, 32(4), 11-18.

- Metz, A., Louison, L., Burke, K., Albers, B., & Ward, C. (2020a). Implementation Support Practitioner Profile: Guiding Principles and Core Competencies for Implementation Practice, Version 4.0. National Implementation Research Network.
- Metz, A., Burke, K., Albers, B., Louison, L., & Bartley, L. (2020b). A Practice Guide to Supporting Implementation: What Competencies Do We Need? National Implementation Research Network.
- Meyers, D. C., Durlak, J. A., & Wandersman, A. (2012). The quality implementation framework: a synthesis of critical steps in the implementation process. *American journal of community psychology*, 50(3-4), 462–480.  
<https://doi.org/10.1007/s10464-012-9522-x>
- Mielenterveyspooli (2023). Terapiatakuu. Saatavilla:  
<https://mielenterveyspooli.fi/terapiatakuu/>. Viitattu 30.4.2023.
- Mielenterveystalo (2023). Nuorten masennuksen interventio IPC. Saatavilla:  
<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/nuorten-masennuksen-interventio-ipc> .  
Viitattu: 30.4.2023.
- Moullin, J. C., Dickson, K. S., Stadnick, N. A., Rabin, B., & Aarons, G. A. (2019). Systematic review of the exploration, preparation, implementation, sustainment (EPIS) framework. *Implementation Science*, 14(1), 1-16.
- Moullin, J. C., Ehrhart, M. G., & Aarons, G. A. (2018). The role of leadership in organizational implementation and sustainment in service agencies. *Research on social work practice*, 28(5), 558-567.
- Moullin, J. C., Sabater-Hernández, D., Fernandez-Llimos, F., & Benrimoj, S. I. (2015). A systematic review of implementation frameworks of innovations in healthcare and resulting generic implementation framework. *Health research policy and systems*, 13(1), 1-11.
- Mufson, L., Yanes-Lukin, P., Anderson, G. (2015). A pilot study of brief IPT-A delivered in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 37, 481–484.
- Mäki-Opas, T. & Laatikainen T. (2021). Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisvaltaiseen vaikuttavuuden arviointiin. *Yleislääkäri* 5/2021, vsk 36, 27-30.

- Nilsen, P. (2020). Overview of theories, models and frameworks in implementation science. *Teoksessa Handbook on implementation science* (pp. 8-31). Edward Elgar Publishing.
- Pawson, R. (2013). *The Science of Evaluation: A Realist Manifesto*. In *The Science of Evaluation: A Realist Manifesto*. SAGE Publications Ltd.  
<https://doi.org/10.4135/9781473913820>
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. SAGE.
- Pekkarinen, E., & Tapola-Haapala, M. (2009). Kriittinen realismi sosiaalityössä: tiedontuotannosta emansipaatioon. *Teoksessa Mäntysaari, M., Pohjola, A., & Pösö, T. (2009). Sosiaalityö ja teoria*. PS-kustannus. 183-205.
- Powell, B. J., McMillen, J. C., Proctor, E. K., Carpenter, C. R., Griffey, R. T., Bunger, A. C., Glass, J. E., & York, J. L. (2012). A compilation of strategies for implementing clinical innovations in health and mental health. *Medical care research and review : MARR*, 69(2), 123–157. <https://doi.org/10.1177/1077558711430690>
- Powell, B. J., Waltz, T. J., Chinman, M. J., Damschroder, L. J., Smith, J. L., Matthieu, M. M., ... & Kirchner, J. E. (2015). A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation science*, 10(1), 1-14.
- Pressman, & Wildavsky, A. B. (1984). *Implementation : how great expectations in Washington are dashed in Oakland* (3rd. ed., expanded.). University of California Press.
- Proctor, E. K., Powell, B. J., & McMillen, J. C. (2013). Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. *Implementation Science*, 8(1), 1-11.
- Racine N., McArthur BA., Cooke JE., Eirich R., Zhu J., Sheri Madigan S. (2021). Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19. A Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2021;175(11):1142- 1150. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.2482
- Raghavan, R., Bright, C. L., & Shadoin, A. L. (2008). Toward a policy ecology of implementation of evidence-based practices in public mental health settings. *Implementation Science*, 3(1), 1-9.



- Ranta K, Parhiala P, Pelkonen R, Seppälä TT, Mäklin S, Haula T, Nikula M, Mäkinen M, Rintamäki T, Marttunen M. (2017). Nuorten masennus, mielenterveyden hoitoketjut ja näyttöön perustuvan hoidon integroitu implementaatio perustasolle. Publication Series of Finnish Government 90/2017, 2017. Saatavilla: <https://tietokayttoon.fi/documents/10616/3866814/90-2017-Nuorten+masennus%2C+mielenterveyden+hoitoketjut.pdf/5cba5bf5-0156-4d53-945e74d451671dcd?version=1.0>
- Ranta, K., Kaltiala, R., Karvonen, J. T., Koskinen, T., & Kronström, K. (2020). Nuorten varhaisia psykososiaalisia hoitoja tulee ottaa laajemmin käyttöön. Duodecim.
- Ranta, K., Parhiala, P., Law, R., & Marttunen, M. (2022). Treating adolescent depression in multi-professional school services with IPC-A.: Implementation results from the national pilot trial. *Psychiatria Fennica*, vol. 53, s. 36-55.
- Rogers, E.M. (1983). *Diffusion of innovations* (3rd ed.). Free Press.
- Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. (2013). *Tutkimuksen voimasanat*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Sanclimenti, J. G., Caceda-Castro, L. E. & DeSantis, J. P. (2017). Child welfare practice model implementation projects: Lessons learned. *Journal of Public Child Welfare*, 11(3), 279–298. <https://doi.org/10.1080/15548732.2016.1275920>
- Seppänen-Järvelä, R. (2017). Monimuotoinen implementaatiotutkimus. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 54(2).
- Sipilä, R., Mäntyranta, T., Mäkelä, M., Komulainen, J., & Kaila, M. (2016). Implementointia suomeksi. *Duodecim; Lääketieteellinen Aikakauskirja*, 132(9), 850-857.
- Sote-uudistus (2022a) Mikä sote-uudistus? Saatavilla: <https://soteuudistus.fi/uudistus-lyhyesti>- Viitattu 11.8.2022.
- Sote-uudistus (2022b) Yhteistyöalueet. Saatavilla: <https://soteuudistus.fi/yhteistyöalueet> Viitattu 11.8.2022.
- Sote-uudistus (2023) Usein kysytyt kysymykset. Saatavilla: <https://soteuudistus.fi/toteutukseen-liittyvat-kysymykset> Viitattu 4.5.2023.

Stone, E. M., Daumit, G. L., Kennedy-Hendricks, A., & McGinty, E. E. (2020). The policy ecology of behavioral health homes: Case study of Maryland's Medicaid health home program. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 47(1), 60-72.

Surma-aho, K. (2020). ” Perussävyt ovat vuorovaikutuksessa ja niiden täytyy olla työssä mukana, muutoin IPC-N ei ole mikään ratkaisu” –Koulukuraattoreiden kokemuksia interpersoonallisesta ohjauksesta (Master's thesis, Itä-Suomen yliopisto).

Terapiat etulinjaan (2023a) Hankeinfo. Saatavilla:

<https://terapiatetulinjaan.fi/info/terapiat-etulinjaan-hankeinfo/>. Viitattu 30.4.2023.

Terapiat etulinjaan (2023b) Toimintamallin idea. Saatavilla:

<https://terapiatetulinjaan.fi/terapiat-etulinjaan-malli/terapiat-etulinjaan-toimintamallin-idea/> . Viitattu 30.4.2023.

Terapiat etulinjaan (2023c) Ammattilaisten koulutukset. Saatavilla:

<https://terapiatetulinjaan.fi/tyokalut-ja-palvelut/ammattilaisten-koulutukset/> . Viitattu: 30.4.2023.

THL (2021) Interpersoonallisen ohjannan (IPC) toteuttaminen opiskeluhuollossa. Tiedä & Toimi. Saatavilla:

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143171/THL\\_Tieda\\_ja\\_toimi\\_IPC\\_A4\\_2s\\_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143171/THL_Tieda_ja_toimi_IPC_A4_2s_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

THL (2022a) Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusohjelma. Saatavilla:

<https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus-ohjelma> Viitattu 11.8.2022.

THL (2022b) HYTE-toimintamalli 1 / 2022 Nuorten interpersonaalinen ohjanta (IPC-N).

Saatavilla: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/145091/HYTE-toimintamalli%201\\_2022%20IPC-N.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/145091/HYTE-toimintamalli%201_2022%20IPC-N.pdf?sequence=1&isAllowed=y) .

Titler, MG (2008) The evidence for evidence-based practice implementation. Teoksessa Hughes, R. (2008). *Patient Safety and Quality: an evidence-based handbook for nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality.

- Tuomi, J., & Sarajärvi, A. (2018). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi (Uudistettu laitos.). Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Turner, S., Merchant, K., Kania, J. & Martin, E. (2012). Understanding the value of backbone organizations in collective impact: Part 1. Stanford Social Innovation Review, 7(January), 1–5.  
[https://ssir.org/articles/entry/understanding\\_the\\_value\\_of\\_backbone\\_organizations\\_in\\_collective\\_impact\\_1](https://ssir.org/articles/entry/understanding_the_value_of_backbone_organizations_in_collective_impact_1)
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavilla:  
[https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)
- Valtioneuvosto (2019). Pääministeri Antti Rinteen hallituksen ohjelma 6.6.2019: Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Saatavilla: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161662>
- Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M., & Kosloff, A. (2020). Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6.
- Voutilainen, A., Kapanen, S., & Kangasniemi, M. (2018). Työnjaon kuvaus sosiaali- ja terveysministeriön asiakirjoissa–dokumenttianalyysi. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti, 55(3).
- Waltz, T. J., Powell, B. J., Matthieu, M. M., Damschroder, L. J., Chinman, M. J., Smith, J. L., ... & Kirchner, J. E. (2015). Use of concept mapping to characterize relationships among implementation strategies and assess their feasibility and importance: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) study. Implementation Science, 10, 1-8.
- Wandersman, A, Duffy, J, Flaspohler, P, Noonan, R, Lubell, K, Stillman, L, Blachman, M, Dunville, R and Saul, J. (2008) Bridging the gap between prevention research and practice: the interactive systems framework for dissemination and implementation. Am. J Community Psychol; 41: 171-181.
- Weiner, B. J. (2009). A theory of organizational readiness for change. Implementation science, 4(1), 1-9.

- Weissman, M. M. (2006). A brief history of interpersonal psychotherapy. *Psychiatric Annals*, 36(8), 553.
- Weissman, M. M., Hankerson, S. H., Scorza, P., Olfson, M., Verdelli, H., Shea, S., ... & Wainberg, M. (2014). Interpersonal counseling (IPC) for depression in primary care. *American Journal of Psychotherapy*, 68(4), 359-383.
- Wilkinson, Paul Oliver, Viktoria Cestaro, and Ian Pinchen. (2018). Pilot Mixed-Methods Evaluation of Interpersonal Counselling for Young People with Depressive Symptoms in Non-Specialist Services. *Evidence Based Mental Health* 21(4): 134–38.
- Wiss, K. & Hakamäki, P., Peltola, M. & Rajamäki, A. & Saaristo, V. & Ståhl, T. (2017) Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ammatillisessa peruskoulutuksessa 2016. Tutkimuksesta tiiviisti 10/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Yamamoto, A., Tsujimoto, E., Taketani, R., Tsujii, N., Shirakawa, O., & Ono, H. (2018). *Depression Research and Treatment* 2018: 1–6.
- Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology and health*, 15(2), 215-228.

## **Lainsäädäntö**

- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021. Viitattu 24.4.2022. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210612>
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 24.4.2022. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 582/2017. Viitattu 24.4.2022. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170582>
- Valtioneuvoston asetus sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeiden valtionavustuksista vuosille 2020–2023, 13/2020. Viitattu 24.4.2022. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2020/20200013>
- Valtioneuvoston asetus sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueista 91/2022. Viitattu 24.4.2022. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2022/20220091>

## 8 Liitteet

### LIITE 1 Tiedote tutkimukseen osallistuvalla

Tutkielmaan liitetystä tiedotteesta on poistettu yhteystiedot, mutta ne ovat lukeneet tutkittaville annetussa versiossa.

---

#### TIEDOTE TUTKIMUKSESTA IPC-MENETELMÄÄ IMPLEMENTOIVILLE TYÖNTEKIJÖILLE

Interpersoonallisen ohjannan (IPC-N) implementointi Suomessa yhteistyöalueiden yliopistollisissa sairaaloissa ja hyvinvointialueilla

#### Pyyntö osallistua tutkimukseen

Pyydämme Teitä osallistumaan tähän tutkimukseen, jossa tutkitaan IPC-menetelmän nuorille suunnatun lyhyemmän version (IPC-N) implementointia Suomen palvelujärjestelmään yhteistyöalueilla ja hyvinvointialueilla. Tutkimuksen kohteena oleva implementointiprosessi liittyy IPC-menetelmään, joka on suomenkieliseltä nimeltään interpersoonallinen ohjanta. Sitä hyödynnetään nuorten masennuksen ja masentuneisuuden hoidossa. Teitä pyydetään osallistumaan tutkimukseen, sillä työtehtäviinne kuuluu IPC-menetelmän implementointi yhteistyö- ja hyvinvointialuetasolla.

Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja Teidän mahdollista osuuttanne siinä. Lukekaa rauhassa tämä tiedote. Jos Teillä on kysyttävää, voitte olla yhteydessä tutkimushenkilökuntaan (yhteystiedot löytyvät asiakirjan lopusta). Jos päätätte osallistua tutkimukseen, Teitä pyydetään allekirjoittamaan viimeisellä sivulla oleva suostumus.

#### Osallistumisen vapaaehtoisuus

Tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Voitte kieltäytyä tutkimuksesta tai peruuttaa jo antamanne suostumuksen syytä ilmoittamatta, milloin tahansa tutkimuksen aikana. Jos päätätte peruuttaa suostumuksenne, tai osallistumisenne tutkimukseen keskeytyy muusta syystä, siihen mennessä kerättyjä henkilötietojanne voidaan edelleen käyttää tutkimusaineistona tässä tutkimuksessa, mikäli tutkimuksen toteuttaminen vaatii sitä ja lainsäädäntö sallii sen. Jos haluatte peruuttaa tutkimukseen antamanne suostumuksen, ilmoittakaa siitä tutkimushenkilökunnalle.

#### Tutkimuksen toteuttaja

Tämän tutkimuksen toteuttavat Itla (Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö sr.) ja Helsingin yliopisto yhteisessä osahankkeessaan osana Suomen Akatemian yhteydessä toimivan Strategisen tutkimuksen neuvoston rahoittamaa IMAGINE-tutkimuskonsortiota. IMAGINE-tutkimuskonsortiossa tutkitaan mielen hyvinvointia ja sitä tukevien menetelmien juurtumista osaksi palvelujärjestelmää. Itlan ja Helsingin yliopiston yhteinen osahanke keskittyy menetelmien implementointiin. Itlassa hankkeesta vastaa kehitysjohtaja Petra Kouvonen ja Helsingin yliopistossa Sosiaali- ja terveystutkimuksen ja -johtamisen maisteriohjelman varajohtaja Riikka Lämsä. Osahankkeen aineistonkeruuta on aloitettu osana Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) sote-integraation tutkimushanketta, jossa tutkitaan laadullisin menetelmin, miten IPC-menetelmää on implementoitu kouluyhteisössä ja palvelujärjestelmässä kansallisen mielenterveysstrategian rahoituksella.

Tutkimukset, joiden aineistoa kerätään Teitä haastatteleamalla ja joista tässä tiedotteessa kerrotaan, raportoidaan seuraavasti: yhteistyöalueiden yliopistollisten sairaaloiden roolia käsittelevä tutkimus raportoidaan Sara Tanin Helsingin yliopiston Sosiaali- ja terveystutkimuksen ja johtamisen maisteriohjelman maisteritutkielmana. Sara Tani työskentelee osana IMAGINE-tutkimuskonsortiota tutkimusavustajana Itlassa tutkielman kirjoitusprosessin aikana. Toinen tutkimus, johon aineistoa kerätään, raportoidaan IMAGINE-tutkimushankkeen kuuluvana osatutkimuksena hyvinvointialueiden osalta, ja tutkimuksesta vastaavat Itlan ja

Helsingin yliopiston tutkijat, jotka kuuluvat IMAGINE-tutkimuskonsortion implementointia tutkivaan tutkimusryhmään.

Tutkimuksen rekisterinpitäjä ovat yhteisrekisterinpitäjinä Itla, Helsingin yliopisto ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tämän tutkimuksen osalta rekisterinpitäjän yhteyshenkilö on Petra Kouvonen [yhteystiedot], joka yhteisrekisterin yhteyshenkilönä vastaa henkilötietojen käsittelyä koskeviin kysymyksiin.

### **Tutkimuksen tarkoitus**

Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia IPC-N menetelmän implementointia, implementointiprosessin koordinoitua ja implementoinnin erityispiirteitä viidellä yhteistyöalueella ja kahdella hyvinvointialueella.

Tutkimuksen tavoitteena on lisätä ymmärrystä siitä, miten Suomen palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkumetreillä implementoidaan monelta eri järjestelmän tasolta käsin näyttöön perustuvaa menetelmää.

### **Tutkimusmenetelmät**

Tutkimus toteutetaan haastattelututkimuksena ja siinä hyödynnetään dokumenttiaineistoa. Haastattelu vie Teiltä aikaa noin 1–2 tuntia. Haastattelu nauhoitetaan litterointia ja analysointia varten. Haastattelu voidaan toteuttaa haastateltavan oman tahdon mukaisesti joko kasvotusten Teille sopivassa rauhallisessa tilassa tai etäyhteyksien avulla Microsoft Teams-sovelluksella.

Nauhoituksessa käytetään apuna etähaastattelussa Microsoft Teams -ohjelman tallennustoimintoa ja mikäli haastattelu toteutuu kasvotusten, tutkija tuo mukanaan ääninauhurin, jolle haastattelu tallennetaan.

Voit allekirjoittaa suostumuksesi osallistua tutkimukseen kasvotusten toteutettavassa tutkimuksessa ennen haastattelua. Tutkija tuo silloin mukanaan kaksi kopiota suostumuslomakkeesta, jotka allekirjoitetaan ennen haastattelun tallentamista. Toinen kopio jää Teille ja toinen kopio jää tutkijalle.

Etähaastattelun osalta voitte antaa suostumuksenne tutkimukseen suullisesti. Suostumus nauhoitetaan tällöin nauhalle etähaastattelun yhteydessä ennen haastattelun aloittamista. Vaihtoehtoisesti voitte myös halutessanne toimittaa skannatun ja allekirjoitetun suostumuslomakkeen tutkijalle osoitteeseen [sähköposti] tai Itlan toimistoon osoitettuna osoitteeseen Itsenäisyyden juhlaruuden lastensäätiö sr., Siltasaarekatu 8-10, 00530 Helsinki.

Tutkimushaastattelussa Teiltä kysytään teemoittain kysymyksiä liittyen IPC-N:n implementointiin yliopistollisen sairaalan roolissa yhteistyöalueellasi ja hyvinvointialueellasi. Haastatteluteemat on rakennettu onnistuneen implementoinnin tutkimuskirjallisuuteen perustuen, ja ne liittyvät menetelmän käyttöönoton eri vaiheisiin ja näissä eri vaiheissa hyödynnettyihin toimiin menetelmän käyttöönoton tukemiseksi sekä yhteistyön rooliin osana menetelmän käyttöönottoa.

Osana tutkimusta Teiltä kysytään tutkimushaastattelun aikana lisäksi, mitä olennaisia yliopistollisen sairaalan tai hyvinvointialueen tai yhteistyöalueen dokumentteja IPC:n implementointiin liittyy. Tämän jälkeen tutkija pyytää tätä dokumenttia suoraan Teiltä ja pyytää toimittamaan sen tutkimuksen yhteyshenkilölle [yhteystiedot] tai tietopyyntönä hyvinvointialueelta. Tutkimukseen liittyviä dokumentteja voidaan pyytää myös tutkimushaastattelun jälkeen litteroinnin ja analyysin yhteydessä

### **Tutkimukseen liittyvät hyödyt sekä mahdolliset riskit ja haitat**

Tutkimukseen osallistumalla voit saada tukea oman yhteistyöalueesi kehittämistyöhön pohtiessasi ja keskustellessasi implementointiprosessin eri vaiheista. Lisäksi valmis tutkielma tarjoaa tietoa IPC-N:n implementoinnista kansallisesti, mikä auttaa lisäämään ymmärrystä implementoinnista laajemmin. Tutkimuksen avulla pyritään selvittämään miten yhteistyöalueet ovat koordinoineet IPC-N-menetelmän implementointia oman yhteistyöalueensa sisällä sekä yhteistyössä kansallisen tason toimijoiden, kuten ministeriöiden ja tutkimustahojen kanssa.

Tutkimukseen osallistumisesta ei ole haittaa Teille eikä Teidän työllenne.

### **Tutkimuksen kustannukset ja taloudelliset selvitykset**

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota ja osallistuminen tutkimukseen on Teille maksutonta.

Hankkeella, johon molemmat tutkimukset yhteistyöalueiden ja hyvinvointialueiden osalta kuuluvat, on rahoitus Suomen strategiselta neuvostolta ja STM:n sote-integraatorahoituksen kautta. Maisterintutkielmalle ei kuitenkaan ole rahoitusta, sillä se toteutetaan itsenäisenä opinnäytetyönä osana tätä tutkimushanketta.

Vaikka tutkimus on itsenäinen opinnäytetyö, jota ei rahoiteta, tutkija (Sara Tani) on Helsingin yliopiston sosiaali- ja terveystutkimuksen maisteriohjelman opiskelija ja toimii samalla työsuhteessa Itlaan.

### **Henkilötietojen käsittely ja tietojen luottamuksellisuus**

Henkilötietojanne käsitellään tässä tiedotteessa kuvattua tieteellistä tutkimusta varten. Henkilötietojen käsittelyn perusteena on lääketieteellisestä tutkimuksesta annetun lain 21 a §:n ja tietosuojasetuksen mukaisesti yleisen edun mukainen tieteellinen tutkimus (henkilötiedot artikla 6.1.e)

Tutkimuksessa kerätään ja käsitellään vain tutkimuksen toteuttamiseksi tarvittavia henkilötietojanne. Teistä kerättyjä henkilötietoja ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietojen käsittelyä koskevan lainsäädännön edellyttämällä tavalla. Teidän henkilöllisyytenne on ainoastaan tutkimusta suorittavien tutkijoiden tiedossa, ja he kaikki ovat salassapitovelvollisia. Henkilötietojanne käsittelee tutkimuksen käynnissä ollessa ainoastaan tutkimusryhmän jäsenet, jotka kuuluvat Itlan, Helsingin yliopiston ja THL:n organisaatioihin. Kaikki henkilötiedot, joista Teidät on mahdollista suoraan tunnistaa (kuten nimi) poistetaan ja korvataan koodilla ja niitä säilytetään erillään koodatuista tiedoista, eikä niitä anneta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille.

Aineistoesimerkeissä muunnellaan tarvittaessa suoria tunnistetietoja tai poistetaan tekstiä tunnistamisen vaikeuttamiseksi.

Tutkimuksessa Teistä kerätään seuraavia tietoja seuraavista lähteistä:

Haastattelut: Nimi, työtehtävä, sähköposti, yhteistyöalue, hyvinvointialue, ääni, kuva

Henkilötietojanne ei siirretä Itlan, Helsingin yliopiston tai Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen ulkopuolisille tahoille tai EU:n ja Euroopan talousalueen (ETA) ulkopuolisiin maihin. Anonymisoitu aineisto voidaan jakaa niiden tutkimusryhmien kesken, jotka kuuluvat IMAGINE-tutkimuskonsortioon.

Tietojenne säilytysaika sääntelee lainsäädäntö sekä hyvä tieteellinen tutkimustapa.

Henkilötietoja ja aineistoa säilytetään Itlan Sharepoint- ympäristössä Teams-kanavalla, jonne on pääsy ainoastaan tutkimusryhmän dataa käsittelevillä henkilöillä. Sharepoint-ympäristöön pääseminen vaatii Itlan henkilökohtaisen käyttäjätunnuksen ja salasanan. Kirjautuminen ympäristöön tapahtuu kaksivaiheisella tunnistautumisella. Teams-kanavan käyttöoikeudet on rajattu ja tiedostot ovat luokiteltu salaisiksi hyödyntäen Microsoft Purview Information Protection-palvelua. Kaikki tutkimusryhmän jäsenet ovat salassapitovelvollisia ja heidät on perehdytetty tietoturvalliseen työskentelytapaan. Henkilötiedot ja aineisto säilytetään toisistaan erillään, ja aineisto käsitellään muotoon, josta suorat henkilötiedot poistetaan. Henkilötietoihin on pääsy kolmella henkilöllä: Sara Tanilla, Riikka Lämsällä ja Petra Kouvosella.

Aineisto arkistoidaan Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston Aila-palveluun anonyyminä jatkokäyttöä varten. Anonymisointi toteutetaan yhdessä tutkijan ja Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston asiantuntijoiden kanssa tunnistamisriskin pienentämiseksi. Tietoarkistoon ei tallenneta henkilötietoja. Tietoarkistosta aineisto voidaan toimittaa Aila-palvelun kautta vain rekisteröityneille asiakkaille, jotka sitoutuvat noudattamaan tutkimusaineistosta koskevia käyttöehtoja. Tutkimusaineiston jatkokäyttö rajataan tutkimukseen, opiskeluun ja opetukseen.

Maisterintutkielma, jossa käsitellään yhteistyöalueita, valmistuu alustavan aikataulun mukaisesti kesällä 2023. Aineistoa kuitenkin saatetaan hyödyntää tutkijan (Sara Tani) väitöskirja-artikkelissa, joten varsinainen tutkimus aineiston osalta päättyy vuonna 2028. Tutkimusaineisto säilytetään Itlassa viisi vuotta, jonka jälkeen se hävitetään vuonna 2033.

Tutkimus, jossa käsitellään hyvinvointialueita, valmistuu alustavan aikataulun mukaisesti keväällä 2024.

## **Tutkimustuloksista tiedottaminen**

Tieteelliseen tutkimukseen liittyä olennaisesti tutkimustulosten julkaiseminen tieteellisissä julkaisuissa. Tutkimuksen tulokset julkaistaan maisterintutkielmana ja mahdollisesti artikkeleina tieteellisessä kotimaisessa tai kansainvälisessä julkaisussa.

Teille voidaan ilmoittaa sähköpostilla, kun maisterintutkielma on hyväksytty ja julkaistu, mikäli niin haluatte. Tutkielman alustava valmistumisajankohta on kesällä 2023.

Toinen osatutkimus valmistuu vuonna 2024, ja myös sen julkaisusta voidaan ilmoittaa, mikäli niin haluatte.

## **Henkilötietojen käsittelyyn liittyvät oikeudet**

Teillä on oikeus nähdä Teistä tutkimuksen yhteydessä kerätyt henkilötiedot, sekä saada tietoa, mihin henkilötietojanne on käytetty, kenelle niitä on luovutettu ja mitä tarkoitusta varten. Teillä on myös oikeus pyytää tietojenne oikaisemista tai täydentämistä, jos havaitsette niissä virheitä tai puutteita. Lisäksi Teillä on oikeus pyytää tietojenne käsittelyn rajoittamista.

Koska käsittelyperusteena on yleinen etu, Teillä on oikeus saada informaatiota henkilötietojen käsittelystä, ellei laissa erikseen säädetty poikkeusta, tutustua tietoihin, oikaista tietoja, rajoittaa tietojen käsittelyä ja oikeus vastustaa tietojen käsittelyä. Teillä on oikeus olla johtumatta automaattisen päätöksenteon kohteeksi ilman lainmukaista perustetta, joka voidaan mahdollistaa lainsäädännöllä, jossa vahvistetaan asianmukaiset toimenpiteet rekisteröityjen oikeuksien ja vapauksien sekä oikeutettujen etujen suojaamiseksi. Lisäksi Teillä on henkilötietojen oikaisua tai käsittelyn rajoittamista koskeva ilmoitusvelvollisuus.

Teillä on oikeus tehdä valitus valvontaviranomaiselle, jos katsotte, että henkilötietojenne käsittelyssä rikotaan EU:n yleistä tietosuojasetusta (EU) 2016/679 tai muuta sovellettavaa tietosuojalainsäädäntöä. Suomessa valvontaviranomainen on tietosuojavaltuutettu.

Tietosuojavaltuutetun toimisto  
Lintulahdenkuja 4, 00530 Helsinki, PL 800, 00531 Helsinki  
Puhelinvaihe: 029 566 6700  
Sähköposti: [tietosuoja@om.fi](mailto:tietosuoja@om.fi)

## **Lisätiedot ja tutkijoiden yhteystiedot**

Mahdollisia kysymyksiä tutkimuksesta pyydämme Teitä esittämään:

### **Opinnäytetyön tekijä:**

Sara Tani  
Sosiaali- ja terveystutkimuksen ja johtamisen maisteriohjelma,  
Valtiotieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto  
Tutkimusavustaja, Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö - Itla  
[yhteystiedot, puhelinnumero ja sähköposti]

### **Tutkielman ohjaaja ja tutkimushankkeiden johtajat:**

Riikka Lämsä



Tutkimuskoordinaattori, dosentti, VTT, SH  
Tutkielman ohjaaja, Itlan ja Helsingin yliopiston IMAGINE-osatutkimushankkeen johtaja  
Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta  
[yhteystiedot, puhelinnumero ja sähköposti]

Petra Kouvonon  
Kehitysjohtaja, VTT  
Itlan ja Helsingin yliopiston IMAGINE-osatutkimushankkeen johtaja  
Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö - Itla  
[yhteystiedot, puhelinnumero ja sähköposti]

Jari Lahti  
Professori, yliopistonlehtori, PsT  
Koko IMAGINE-tutkimuskonsortion johtaja  
Helsingin yliopisto  
[yhteystiedot, puhelinnumero ja sähköposti]

**Lisätietojen saamiseksi henkilötietojenne käsittelystä tutkimuksessa, voitte ottaa yhteyttä rekisterinpitäjän tietosuojavastaavaan tämän kerättävän aineiston:**

Rekisterinpitäjä yhteyshenkilö tämän aineiston osalta: Petra Kouvonon, Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö – Itla, [yhteystiedot]

Itlan tietosuojavastaava: Kaisa Lamminen, Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö – Itla, [yhteystiedot]

## LIITE 2 Suostumuslomake

### Interpersoonallisen ohjannan (IPC-N) implementointi Suomessa yhteistyöalueiden yliopistollisissa sairaaloissa ja hyvinvointialueilla

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen.

Mikäli tutkimushaastattelu toteutetaan kasvotusten, tästä suostumuslomakkeesta on kaksi kopiota ja ne on allekirjoitettu ennen haastattelun alkua. Mikäli tutkimushaastattelu toteutetaan etäyhteydellä, suostumuslomake käydään läpi suullisesti haastateltavan kanssa haastattelun aluksi, ja haastateltava antaa suostumuksensa suullisesti. Suullinen suostumus tallentuu nauhalle. Vaihtoehtoisesti suostumuslomake on toimitettu tutkijalle allekirjoitettuna ja skannattuna ennen haastattelun alkua.

Olen perehtynyt saamaani tutkimustiedotteeseen. Olen saanut riittävästi tietoa tutkimuksesta, sen riskeistä ja haitoista sekä sen yhteydessä suoritettavasta henkilötietojeni keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tutkimuksen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini. Selvityksen tutkimuksesta antoi minulle Sara Tani, Helsingin yliopisto & Iita.

Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen.

Ymmärrän, että tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Minulla on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta tai peruuttaa jo aiemmin antamani suostumus syytä ilmoittamatta, milloin tahansa tutkimuksen aikana. Jos päätän peruuttaa suostumukseni, ilmoitan siitä tutkimushenkilökunnalle.

Tutkimuksesta kieltäytymisestä tai suostumuksen peruuttamisesta ei aiheudu minulle kielteisiä seurauksia eikä se vaikuta asemaani terveydenhuollon asiakkaana. Olen tietoinen siitä, että mikäli peruutan suostumukseni tai osallistumiseni tutkimukseen keskeytyy muusta syystä, siihen mennessä kerättyjä tietojani voidaan edelleen käsitellä tässä tutkimuksessa, mikäli tutkimuksen toteuttaminen vaatii sitä ja lainsäädäntö sallii sen.

**Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkittavaksi sekä ymmärrän, että terveydentilaani koskevia ja muita henkilötietojani käsitellään osana tätä tutkimusta.**

[ ] Haluan saada tiedon valmiista tutkielmasta sähköpostiini.

[Paikka] \_\_. \_\_ 20\_\_

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

\_\_\_\_\_

Tutkittavan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

Nimenselvennys

\_\_\_\_\_

Sähköpostiosoite

[Paikka] \_\_. \_\_ 20\_\_

Suostumuksen vastaanottaja:

\_\_\_\_\_

Tutkijan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

Nimenselvennys

\_\_\_\_\_

virka/toimi

Alkuperäinen allekirjoitettu suostumusasiakirja jää tutkijan arkistoon ja tiedote sekä kopio allekirjoitetusta suostumuksesta annetaan tutkittavalle.

## Liite 3 Teemahaastattelurunko

### I Implementointiprosessin kartoitus- ja valmisteluvaihe

1. Voisitko kuvailla, mikä IPC on ja mitä sillä tavoitellaan?
  - *Mitä menetelmällä tavoitellaan?*
  - *Mistä menetelmä koostuu/mitä se käsittää?*
2. Miten menetelmällä voidaan vaikuttaa nuorten mielenterveyteen?
3. Mitä muuta mahdollisia tavoitteita IPC:n käytöllä on?
4. Mihin kohtaan yhteistyö-/hyvinvointialueen rakenteita ja palvelukokonaisuuksia IPC on tuotu?
5. Onko IPC kirjattu yhteistyö-/hyvinvointialueen strategiaan asiakirjoihin? Jos on, niin mihin?
6. Miten hyvin IPC mielestäsi soveltuu yhteistyö-/hyvinvointialueen käyttöön?
7. Kuka tai ketkä vastaavat IPC:n käyttöönotosta yhteistyö-/hyvinvointialueellanne? Millaisia valmisteluja käyttöönottoon liittyi?
8. Miksi IPC valittiin menetelmäksi vaikuttaa nuorten masennukseen tällä yhteistyöalueella?
9. Olisiko IPC:lle ollut jotain muuta vaihtoehtoa?
10. Milloin kuult / tutustuit menetelmään ensimmäistä kertaa?
11. Voisitko kuvailla, minkälaisen prosessin kautta päätös menetelmän käyttöönotosta yhteistyö-/hyvinvointialueellanne tapahtui?
12. Onko IPC:n käytöllä hyvinvointialueiden johdon tuki? Oliko käyttöönotosta keskustelua johdon tasolla?
13. Minkälaiseen tietoon tai ohjaukseen IPC:n valinta perustui? Mistä tieto tai ohjaus tuli?
14. Mitä menetelmästä, sekä sen kustannuksista ja vaikuttavuudesta tiedettiin, kun se otettiin käyttöön?
15. Minkälaiset tutkimustulokset / lähteet olivat keskeisessä roolissa, kun menetelmää jalkautettiin yhteistyö-/hyvinvointialueella?
16. Miten IPC:n käytön koulutus työntekijöille toteutettiin? Minkälaista koulutusta työntekijöille on tarjolla jatkossa?

### II Implementointiprosessin aktiivisen implementoinnin vaihe

17. Millainen implementointitiimi on?
18. Tehtiinkö implementointiin implementointisuunnitelma?
19. Mitkä toimijat olivat menetelmän käyttöönotossa aktiivisia? Keiden kanssa yhteistyötä tehtiin? Kansallisella tasolla? Muiden hyvinvointialueiden kanssa? Oman hyvinvointialueen sisällä?
20. Millaista yhteistyötä oli ja mitä se sisälsi?
21. Miten IPC-menetelmän käyttöä ja implementointia rahoitetaan yhteistyö-/hyvinvointialueella?
22. Miten IPC-menetelmän rahoitus on järjestetty hyvinvointialueiden kesken tällä yhteistyöalueella?
23. Ketkä olivat rahoituksen hakijoina IPC-menetelmän käyttöönoton yhteydessä?
24. Millä perusteella rahoitus myönnettiin?
25. Mitä ajattelet, miten IPC-menetelmän työntekijöiden tuki tai käytön tuki eli ns. kotipesätoiminta tulisi järjestää (esim. keskitettynä tai hajautettuna)?
26. Miten olet kokenut implementointiprosessin yhteistyö-/hyvinvointialueellasi? Mikä on toiminut hyvin? Missä on ollut haasteita?
27. Miten menetelmän käyttöönottavat organisaatiot valikoituvat? Entä miten työntekijät valikoituivat mukaan? Mitä tällä hetkellä ajattelet IPC-menetelmästä ja sen soveltuvuudesta yhteistyö-/hyvinvointialueenne käyttöön?
28. Miten menetelmä sopii työntekijöille, jotka sitä käyttävät? Entä nuorille?
29. Mitä onnistumisia jalkauttamisessa mielestäsi on?
30. Mitä kehitettävää jalkauttamisessa mielestäsi on?
  - Miten jälkikäteen arvioisit menetelmän juurtumista yhteistyöalueellasi? Entä hyvinvointialueellasi?
  - Onko hyvinvointialueilla riittävää ymmärrystä siitä, miten menetelmä sopii mielestäsi osaksi koulua/oppilashuoltoa? Miten tietoa saadaan?
  - Minkälaisia vaikutuksia menetelmällä on ollut hyvinvointialueiden nuorille?
  - Millaista palautetta olet saanut?

### III Implementointiprosessin ylläpitovaihe ja menetelmän käyttö jatkossa

31. Miten näet menetelmän käytön yhteistyö-/hyvinvointialueellanne jatkossa?
32. Mitä toivoisit menetelmän ylläpidon osalta kansalliselta tasolta jatkossa?

33. Mitä toivoisit menetelmän ylläpidon osalta hyvinvointialueilta ja kunnilta jatkossa?
34. Miten menetelmän juurtumista seurataan yhteistyö-/hyvinvointialueella? Entä kuntien organisaatioissa?
35. Mitä ajatuksia sinulla on suhteessa menetelmän ylläpitoon ja seurantaan jatkossa?
36. Tehdäänkö yhteistyö-/hyvinvointialueella yhteistyötä tutkimustahojen kanssa IPC-menetelmän käytöstä tai seurannasta?
37. Mikä olisi paras tapa toteuttaa menetelmän tuki eli ns. kotipesätoiminta jatkossa?
38. Minkälaisia suunnitelmia tai sopimuksia IPC:n jatkosta yhteistyöalueella on solmittu?
39. Kuinka todennäköisenä pidät, että menetelmä jää pysyvään käyttöön teidän yhteistyö-/hyvinvointialueellanne?
40. Jos joku hyvinvointialue olisi ottamassa menetelmää käyttöön vasta nyt, mitä asioita heidän tulisi mielestäsi ottaa huomioon?
41. Mitä olennaisia yliopistollisen sairaalan, hyvinvointialueen tai yhteistyöalueen dokumentteja IPC:n implementointiin liittyy?
42. Tässä ovat kaikki etukäteen suunnittelemani kysymykset. Onko vielä jotain, mitä haluaisit sanoa?