

MARJA-LEENA PERÄLÄ, MAISA TOLJAMO,
MARJUKKA VALLIMIES-PATOMÄKI, MARJAANA PELKONEN

Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö

Kansallisen hoitotyön tavoite- ja
toimintaohjelman (2004–2007) arviointi



Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

postimyynti: Stakes / Asiakaspalvelut PL 220, 00531 Helsinki
puhelin: (09) 3967 2190, (09) 3967 2308 (automaatti)
faksi: (09) 3967 2450 • Internet: www.stakes.fi

© Kirjoittajat ja Stakes

Taitto Raili Silius

ISBN 978-951-33-2239-7 (nid.)

ISSN 1236-0740 (nid.)

ISBN 978-951-33-2240-3 (PDF)

ISSN 1795-8210 (PDF)

Stakes, Helsinki 2008

Valopaino Oy

Helsinki 2008

Esipuhe

Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä -ohjelma antoi suuntaa hoitotyön kehittämislle vuosina 2004–2007. Ohjelmalla tuettiin hoitotyön kehittämistä terveystoimittisten ohjelmien ja kansallisten hankkeiden mukaisesti. Ohjelman laatimisen taustalla olivat myös Maailman terveysjärjestön WHO:n tavoitteet hoitotyön kansallisten toimintasuunnitelmien laatimiseksi.

Ohjelman laatimiseen osallistui monipuolisesti hoitotyön eri ammattiryhmien sekä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän sektoreiden edustajia. Ohjelman toimeenpanon tukemiseen luotiin uudenlainen alueellinen yhteistyörakenne, hoitotyön alueelliset verkostot. Näin koottiin laaja asiantuntemus yhtäältä hoitotyön kehittämistavoitteiden ja –toimenpiteiden priorisointiin ja toisaalta niiden toimeenpanoon.

Tämä arviointiraportti antaa arvokasta tietoa ohjelman tuloksista ja on osaltaan auttanut suuntaamaan tulevaa kehittämistyötä. Ohjelman puitteissa tehtyä kehittämistyötä on seurattu ja arvioitu myös työseminaareissa, joihin hoitotyön alueelliset verkostot ovat kokoontuneet vuosittain.

Sosiaali- ja terveysministeriö on tämän arviointiraportin julkaisemisen aikoihin asettanut uuden hoitotyön kehittämisen ohjausryhmän. Sen tehtävänä on laatia hoitotyön toimintaohjelma tukemaan Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman, KASTE-ohjelman 2008–2011, tavoitteita ja toimeenpanoa.

Edellisen hoitotyön ohjelman julkaisemisesta on kulunut viisi vuotta, ja sosiaali- ja terveydenhuolto on nyt monessa suhteessa täysin erilaisten haasteiden edessä. Kunnissa ja niiden palvelusektoreilla varaudutaan väestön ikärakenteen tuomiin muutoksiin rakenteita ja toimintatapoja uudistamalla. Asiakslähtöisyys ja kasvava erityistuen tarve vaativat ammattiryhmien ja sektoreiden välisten raja-aitojen poistamista ja verkostoitumista. Monikulttuurisuus on arkea alan työyhteisöissä ja suomalaisessa yhteiskunnassa.

Muutokset edellyttävät myös hoitotyön uudistumista. Viime vuosina hoitotyön johtoa on vähennetty sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Muutosten johtamisessa tarvitaan kuitenkin hoitotyön asiantuntemusta jatkossakin, jopa aikaisempaa määrätietoisemmin.

Tärkeimpiä hoitotyön haasteita sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuvissa toimintaympäristöissä ovat henkilöstön sitoutumisesta ja työhyvinvoinnista huolehtiminen, näyttöön perustuvat, yhtenäiset käytännöt sekä potilasturvallisuutta edistävät toimintatavat. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja kuntouttava työote on integroitava hoitotyön johtamisen rakenteisiin ja käytäntöihin. Näihin haasteisiin vastaamalla on mahdollista uudistaa hoitotyötä niin, että väestön ikääntyessä ja työikäisen väestön vähetessä potilaan ja asiakkaan tarvitsema ohjaus ja hoito voidaan turvata.

Paula Risikko
Peruspalveluministeri

Tiivistelmä

Marja-Leena Perälä, Maisa Toljamo, Marjukka Vallimies-Patomäki, Marjaana Pelkonen. Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö. Kansallisen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman (2004–2007) arviointi. Stakes, Raportteja 28/2008. Helsinki 2008. 74 s. 17 €. ISBN 978-951-33-2239-7

Sosiaali- ja terveysministeriön tuottaman hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman (2004–2007) tarkoitus oli vahvistaa hoitotyön henkilöstön asiantuntemusta ja vaikuttavuutta ja käynnistää näyttöön perustuva toiminnan kehittäminen hoitotyössä. Ohjelman toimeenpano oli lääninhallitusten, sairaanhoitopiirien terveyskeskusten ja vanhusten hoitolaitosten tehtävä. Myös ammattikorkeakoulujen, yliopistojen ja ammatillisten oppilaitosten odotettiin ottavan vastuuta toimeenpanosta.

Tutkimuksen tarkoitus oli tuottaa tietoa ohjelman toimeenpanosta ja saavutuksista. Tavoitteena oli (1) kuvata, millaista toiminnan kehittämistä ja näyttöön perustuvan toiminnan tukirakenteiden kehittämistä ohjelma käynnisti alueilla ja toiminta- ja koulutusyksiköissä sekä (2) arvioida toimeenpanon onnistumista, tavoitteiden saavuttamista ja ohjelman hyötyjä. Lisäksi tavoite oli (3) kuvata hoitotyön valtakunnallisen kehittämistyön painoalueita tulevaisuudessa. Aineisto kerättiin hoitotyön alueellisilta verkostoilta (N = 15) Webropol-kyselyllä vuosina 2006 ja 2007, läänin tiedotusseminaareihin osallistujilta (n = 223) vuonna 2004 ja dokumenteista.

Lääninhallitukset muodostivat hoitotyön alueellisia verkostoja (n = 15), jotka kattoivat koko maan kahta aluetta lukuun ottamatta; lähes kaikki verkostot jatkavat toimintaa ohjelman päätyttyä. Muita näyttöön perustuvan toiminnan tukirakenteita olivat alueelliset, toimintayksiköiden ja tulosalueiden työryhmät tai vastuuhenkilöt, toimintayksiköiden yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen yhteiset toimet ja yhteistyökäytännöt sekä koulutukset. Verkostot kehittivät hoitotyön strategisia kysymyksiä ja johtamista, käytäntöä näyttöön perustuvaksi, osaamista ja alueellisen verkoston toimintaa. Lähes kaikilla verkostoilla oli koulutukseen, käytäntöön ja johtamiseen ja yli puolella tutkimukseen liittyvää kehittämistä. Koulutusta järjestivät erityisesti ammattikorkeakoulu ja sairaanhoitopiirit. Ohjelman aikana syntyi pysyviä käytäntöjä ja käytäntöjä, joita voi hyödyntää muissa organisaatioissa.

Ohjelma yhtenäisti alueellisten toimijoiden tavoitteita ja ohjelman aikana käynnistyneet hankkeet tukivat hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman tavoitteiden saavuttamista. Ohjelman tavoitteiden tunteminen alueella oli parempaa kuin toimintayksiköissä. Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman sisältö ja toimeenpano koettiin hyväksi, mutta alueelliset verkostot odottivat enemmän tukea toimeenpanoon. Ohjelmasta oli hyötyä yksittäisillekin hoitotyön toimijoille, kolmannelle ja yksityiselle sektorille. Ohjelman sisältö arvioitiin hyödylliseksi ml. konkreettiset esimerkit. Myös rakenne - käytäntö, johtaminen, koulutus ja tutkimus - arvioitiin selkeäksi ja vähintään melko tarkoituksenmukaiseksi.

Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmaa tarvitaan tulevaisuudessakin, lisäksi muihin valtakunnallisiin ohjelmiin tulee liittää hoitotyötä koskeva osuus. Ohjelman sisältö on edelleen ajankohtainen. Hoitotyön käytännön teemoja olivat käytäntöjen yhtenäistäminen ja palvelujen integraation

parantaminen ja vaikuttavuus, lasten ja vanhusten hoidon kehittäminen. Johtamisen tulevaisuuden painoalueita ovat hoitotyön vetovoimaisuus, johtamisosaaminen ja hoitotyön vaikuttavuus. Koulutuksen haasteina ovat vastaaminen työelämän tarpeisiin ja kliinisen osaamisen vahvistaminen sekä näyttöön perustuvan opetuksen ja toimintakulttuurin kehittämisessä tukeminen. Hoitotyön tutkimuksen tulevaisuuden kehittämishohteita ovat tutkimustulosten hyödyntämisen lisääminen sekä hoitotyön vaikuttavuuden ja tulokellisuuden arvioinnin kehittäminen.

Ohjelma saavutti keskeisimmät tavoitteensa melko hyvin. Ohjelman aikana muodostui toimivia näyttöön perustuvan toiminnan tukirakenteita ja muodostui pysyviä ja hyödynnettäviä käytäntöjä. Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmaa tarvitaan tulevaisuudessakin. Kaikki kehittämistyö ei kuitenkaan ole tavoite- ja toimintaohjelman vaikutusta, ohjelman aikana käynnistyi uutta, mutta myös jatkettiin jo alkanutta kehittämistoimintaa. Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman sisältö ja toimeenpano koettiin hyväksi, mutta toimeenpanon tukea olisi tarvittu enemmän.

Avainsanat: näyttöön perustuva hoitotyö, kansallinen ohjelma, evaluaatio

Abstract

Marja-Leena Perälä, Maisa Toljamo, Marjukka Vallimies-Patomäki, Marjaana Pelkonen. Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö. Kansallisen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman (2004–2007) arviointi. [Towards Evidence-based Nursing. The Evaluation of the National Target and Action Plan for Nursing (2004–2007).] STAKES, Reports 28/2008. 74 pages, 17 eur. Helsinki, Finland 2008. ISBN 978-951-33-2239-7

The Ministry of Social Affairs and Health launched a national action plan for the development of nursing (2004–2007) in Finland called *Health and wellbeing through evidence-based nursing*. Its purpose was to increase the effectiveness of nursing by strengthening the expertise and harmonising the aims and practices of nursing personnel, and by embedding evidence-based practice. County Administrative Boards, hospital districts, health centres and long-term care institutions were responsible for the implementation of the programme. Also the universities, polytechnics and other health care institutions in the field of nursing were expected to be involved in the implementation. This evaluation provides information on the implementation and assesses the success of the action plan. The aims were (1) to describe development work and the support structures and practices initiated in the regions, in health care (hospital, health centres, long term care), universities and polytechnics, and (2) to evaluate the successfulness and benefits of the implementation and whether its objectives were realised. In addition, the aim was (3) to describe future foci in nursing. The data were gathered by surveying (Webropol) the regional nursing networks in 2006 (N=13) and in 2007 (N=15), and by a questionnaire to nursing and allied personnel (n=223) who participated in a launch seminar in five regions in 2004. Two relevant documents provided additional data.

County Administrative Boards nominated 15 regional nursing networks covering almost all of the country; nearly all networks will continue to function after the programme. Other support structures involved setting up regional workgroups for persons in charge in organisations, the effectuation of training and collaboration practices, as well as shared posts between hospitals, health centres, universities and polytechnics. In the regions, development focused on strategic plans and leadership, evidence-based practice, the know-how of nursing personnel and regional collaboration. Almost all regions carried out development work on practices, education and management, and half also carried out research projects. Some permanent practices and practices exploitable in other organizations were developed. Polytechnics and hospital districts in particular supported training courses.

The programme helped nursing personal in the regions to harmonise their aims. Familiarity with the aims of the national action plan was better among regional network members than among nursing personnel in the organisations. The projects that were initiated in the regions helped to support the aims of the national nursing programme. The content of the implementation—including the examples of good practices (in the appendix)—were perceived as useful and appropriate. Further, implementation of the action plan was perceived as appropriate, though the

regional networks expected more support in the implementation. The action plan was perceived as very useful also by nurses in the public and also the third and private sectors. The content – practice, management, education and research – was seen as clear and at least fairly appropriate. The action plan was perceived as topical and a corresponding programme will be needed in the future. The focus of practices in future will be on harmonising services in terms of practices, integration, effectiveness, and the quality of children's and elderly care. The management focus will be on developing the attraction, know-how and effectiveness of nursing. Education should be better tailored to the needs of nursing practice through strengthening the clinical expertise of nurses working in education, developing evidence-based education and helping to develop an evidence-based working culture within nursing practice. The focus of nursing research is to improve the utilizations of the study results in nursing practice and the evaluation of nursing effectiveness and productivity.

The national programme was reasonably successful in meeting its main objectives. The support structures of evidence-based practice and good practices that could be established and suitable in other organisations were also developed. A national nursing action plan is also necessary for the future. The programme initiated new development work and supported existing development work begun prior to the programme. The programme content and its implementation were perceived as good, though support from national actors was expected to be stronger.

Keywords: evidence-based nursing, national programme, policy evaluation

Sisällysluettelo

Esipuhe	3
Tiivistelmä.....	5
Abstract	7
1 Johdanto	11
2 Näyttöön perustuva toimintapolitiikka ja tukirakenteet	13
2.1 Kansainvälisiä ja kansallisia lähtökohtia	13
2.1.1 Kansainvälisiä esimerkkejä	13
2.1.2 Kansallisia lähtökohtia.....	14
2.2 Näyttöön perustuvan toiminnan tukirakenteet	15
2.2.1 Toimeenpanoa tukevat mallit	15
2.2.2 Näyttöön perustuvan toiminnan ja sen kehittämisen tukimekanismeja	15
2.3 Näyttöön perustuvaan toimintaan – interventioiden arviointia	18
3 Arvioinnin tavoitteet	19
4 Arviointiasetelma ja tiedonkeruu.....	20
4.1 Arviointiasetelma	20
4.2 Tiedonkeruu ja analysointi	21
5 Tulokset	23
5.1 Ohjelman tarve, tavoitteet ja voimavarat toimeenpanon ja arvioinnin lähtökohtina... ..	23
5.1.1 Tarve hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman mukaan.....	23
5.1.2 Tavoitteet hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman mukaan.....	24
5.1.3 Voimavarat ja tuki toimeenpanossa hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman mukaan	25
5.2 Kehittämistoiminta, hyödyt ja vaikutukset alueilla ja toimintayksiköissä	26
5.2.1 Miten kehittämistoiminta organisoitiin ja millaista kehittämistoimintaa käynnistyi?.....	26
5.2.2 Mitä hyötyjä alueelliset verkostot ja toimintayksiköt saivat kehittämis- toiminnasta?	31
5.2.3 Mitä ovat ohjelman aikaansaamat vaikutukset ja havaitut muutokset?	32
5.3 Ohjelman arviointia eri näkökulmista.....	33
5.3.1 Relevanssi	33
5.3.2 Toimeenpanon tarkoituksenmukaisuus	34
5.3.3 Ohjelman toimeenpanon tehokkuus	36
5.3.4 Ohjelman vaikuttavuus	37
5.3.5 Ohjelman hyödyllisyys.....	38
5.3.6 Muutoksen pysyvyys	40
5.4 Hoitotyön tulevaisuuden kehittämiskohteet ja toimeenpanon haasteet.....	40
5.4.1 Tulevaisuuden kehittämiskohteet.....	40
5.4.2 Toimeenpanon kehittämisehdotuksia	43
6 Yhteenveto ja pohdinta	45
6.1 Ohjelman toteuttaminen alueilla sekä toiminta- ja koulutusyksiköissä	45
6.2 Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman arviointi	47
6.3 Uuden ohjelman tarve ja toimeenpanon tuki.....	49
6.4 Pohdintaa arvioinnin toteutuksesta ja luotettavuudesta.....	50
7 Johtopäätökset	51
Lähteet	53
LIITE 1. Kysely hoitotyön alueellisille verkostoille	56

- KUVIO 1. Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman sisältö (mukailtu: Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18)
- KUVIO 2. Keskeiset arviointikäsitteet ja niiden väliset suhteet (mukailtu: European Commission 1999, 70–93; Pollitt 2003, 122–123; Virtanen 2007, 86)
- KUVIO 3. Vaikutusten arviointimalli (mukailtu: Virtanen & Uusikylä 2004, Virtanen 2007, 107)
- KUVIO 4. Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman tavoitteet kansallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla
- TAULUKKO 1. Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämismalleja
- TAULUKKO 2. Hoitotyön alueelliset verkostot (N = 15) ja verkostojen koordinoijat eri lääneissä sekä tekstissä käytetyt verkostojen lyhenteet (alleiviivaukset) ja tunnisteet [haka-suluissa] ja perustamisvuosi
- TAULUKKO 3. Eri tahojen edustus hoitotyön alueellisissa verkostoissa (N = 15)
- TAULUKKO 4. Näyttöön perustuvan toiminnan tukirakenteita alueilla (N = 15)
- TAULUKKO 5. Muiden tukijärjestelmien käyttö: Kansallisten ja kansainvälisten tietolähteiden hyödyntäminen verkostossa (N = 15)
- TAULUKKO 6. Ohjelman aikana käynnistynyt kehittämistyö ryhmiteltynä aiheen mukaan
- TAULUKKO 7. Verkostossa mukana olleiden toimintayksiköiden ja koulutusorganisaatioiden tavoitteiden asettaminen hoitotyön alueellisten verkostojen mukaan
- TAULUKKO 8. Kokemukset alueellisen verkoston hyödyistä
- TAULUKKO 9. Kansallisten tietolähteiden hyödyntäminen hoitotyön alueellisissa verkostoissa vuosina 2006 ja 2007 (N = 15)
- TAULUKKO 10. Alueellisten hoitotyön verkostojen mainitsevat muualla hyödynnettävät hyvät käytännöt
- TAULUKKO 11. Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman hyödyllisyys hoitotyön alueellisten verkostojen mukaan (N = 15)
- TAULUKKO 12. Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman toimeenpanon suunnitelma ja toteutunut toiminta
- TAULUKKO 13. Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman toimeenpanon tarkoituksenmukaisuus (N = 15)
- TAULUKKO 14. Hoitotyön alueellisen verkoston näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä ja juurruttamisessa kokemia vaikeuksia alueella ja toimintayksiköissä (N = 15)
- TAULUKKO 15. Alueellisten verkostojen arvio tavoitteiden saavuttamisesta (N = 15)
- TAULUKKO 16. Alueellisten verkostojen (N = 15) arvio siitä, miten verkosto ja toimintayksiköiden henkilöstö tuntee hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman tavoitteet
- TAULUKKO 17. Ohjelman merkitys hoitotyön alueellisten verkostojen mukaan
- TAULUKKO 18. Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman soveltuvuus valvonnan ja ohjauksen välineenä (n=10).
- TAULUKKO 19. Keskeisimmät hoitotyön kehittämiskohteet tulevaisuudessa
- TAULUKKO 20. Keskeisimmät näyttöön perustuvan hoitotyön painopisteet tulevaisuudessa
- TAULUKKO 21. Alueellisten verkostojen kehittämisehdotuksia hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman toimeenpanon ja hyödyntämisen kehittämiseksi
- TAULUKKO 22. Tuen tarve näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä alueellisissa verkostossa ja toimintayksiköissä (N = 15)
- LIITETAULUKKO 1. Alueellisten verkostojen tavoitteet, saavutukset sekä pysyvät (= PK) ja hyödynnettävät käytännöt
- LIITETAULUKKO 2. Toiminta- ja koulutusyksiköiden kehittämistyö eri tavoitealueilla ja kehittämiseen osallistuneiden yksiköiden lukumäärä (lkm, N = 15)

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveysministeriö välittää ohjelmilla ja suosituksilla kansallisten tavoitteiden suuntaista tietoa, joka auttaa palveluiden tuottajia kehittämään toimintaansa ja lisäämään osaamistaan. Tällä informaatiolla ohjaamisella voi olla suoria tai välittömiä vaikutuksia. Suorat vaikutukset liittyvät toiminnan muuttamiseen vastaamaan esimerkiksi konkreettisia suosituksia. Vaikutukset ovat välillisiä silloin, kun palvelujen tuottaja tunnistaa ongelmia tai kehittämiskohteita ja käynnistää kehittämistyön ongelmien ratkaisemiseksi. (Stenvall ja Syväjärvi 2006.) Informaatiolla tai tiedolla ohjaamisessa oletetaan, että sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivat hakevat uusinta toimintaansa hyödyttävää tietoa ja käyttävät sitä kehittämistyössään. Edellytyksenä on, että tiedon käyttäjillä on mahdollisuuksia sekä kykyä ja haluaa toimia annetun ohjauksen mukaan. Ohjaus informaatiolla ei kuitenkaan ole sitovaa. Jos ohjaukseen ei liity taloudellisia tai muita kannustimia ja lainsäädännöllisiä velvoitteita tai sanktioita, sitoutumisaktiivisuus vaihtelee osallistujien motivaation mukaan.

Terveydenhuollossa ja hoitotyössä tavoitellaan toiminnan perustumista näyttöön. Myös johtamisen, poliittisen päätöksenteon, laadun kehittämisen ja koulutuksen näyttöön perustumista korostetaan. Näyttöön perustuva toiminta asiakkaan hoidon tasolla tarkoittaa sitä, että hoitopäätökset perustuvat parhaaseen ajantasaiseen tietoon työntekijän asiantuntemuksen, asiakkaan toiveiden ja toimintaympäristön tarjoamien mahdollisuuksien lisäksi. Hoitotyössä tutkimustiedon käyttö päätöksenteossa on vielä vähäistä ja vaihtelee toimipaikoittain. Onnistunut näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen hoitotyössä edellyttää eri tehtävissä toimivien hoitotyön johtajien, opettajien ja tutkijoiden yhteistyötä. Kansallisesti koettiin tarpeelliseksi tehostaa tätä yhteistyötä ja aktiivista vaikuttamista sekä luoda näyttöön perustuvan toiminnan tukijärjestelmiä alueellisen toiminnan tueksi. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä (2004–2007) on ensimmäinen sosiaali- ja terveysministeriön tuottama kansallinen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003). Aikaisemman hoitotyön strategia-asiakirjan tuotti Stakesin hoitotyön työryhmä (Stakes 1997).

Sosiaali- ja terveysministeriön tavoite- ja toimintaohjelman tarkoitus oli tukea ja vahvistaa hoitotyössä toimivia yksilöiden, perheiden, yhteisöjen ja väestön terveyden edistämässä sekä terveyden- ja sairaanhoidossa. Keinona nähtiin näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen sekä hoitotyössä toimivien keskinäisen yhteistyön tehostaminen ja sitoutuminen terveystieteisiin tavoitteisiin. Ohjelma sisälsi yhteenvedon terveystieteisistä suuntaviivoista sekä yhteenvedon yhteiskunnallisista, kansanterveyden sekä hoitojärjestelmän ja hoitohenkilöstön työn muutoksista, joista nouseviin haasteisiin haluttiin ohjelmassa vastata. Tavoitteet ja toimenpiteet oli ryhmitelty neljälle osa-alueelle: väestön terveys ja hyvinvointi elämäntilanteen mukaan ryhmiteltynä, johtaminen, koulutus ja tutkimus (kuva 1). Erityisesti johtamista, koulutusta ja tutkimusta koskevilla tavoitealueilla oli kansallisen, alueellisen ja paikallisen tason tavoitteita. Ohjelma liitteenä oli noin kolmekymmentä hyvän käytännön kuvausta.

Informaatio-ohjauksen periaatteiden mukaisesti odotettiin, että alueelliset verkostot priorisoivat hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmasta tavoitteita ja käynnistävät kehittämishankkeita.



KUVIO 1. Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman sisältö (mukailtu: Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18, Helsinki.)

Ohjaus oli välillistä; ohjelma pyrki auttamaan ongelmien ja kehittämiskohteiden tunnistamisessa. Ohjelman toimeenpanon haasteellisuutta lisäsi se, että hoitotyössä toimii eripituisen koulutuksen saaneita ammatillaisia terveys- ja sosiaalihuollon monenlaisissa toimintaympäristöissä.

Tässä tutkimuksessa kuvataan hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003) arviointi. Arvioinnilla pyrittiin tuottamaan tietoa ohjelman toimeenpanon onnistumisesta sekä ohjelman vaikutuksista ja tuloksista. Lisäksi tuotetaan tietoa siitä, millaista toimintaohjelmaa hoitotyössä tarvitaan tulevaisuudessa ja miten toimeenpanoa voidaan tehostaa. Arvioinnin tuottamasta tiedosta hyötyvät ohjelman laatijat ja toimeenpanoon osallistuneet uusien hankkeiden kehittämisessä ja näyttöön perustuvan toimeenpanon tehostamisessa. Tiedosta voivat hyötyä myös muut uusia hankkeita ja ohjelmia ja niiden arviointia suunnittelevat niin kansallisella, alueellisella kuin paikallisellakin tasolla. Arvioinnilla voi olla laajempaa merkitystä esimerkiksi lisäämällä ymmärrystä monitasoisesta ja -ulotteisesta kehittämistyöstä ja sen arvioinnista (vrt. Chelimsky 1997).

2 Näyttöön perustuva toimintapolitiikka ja tukirakenteet

2.1 Kansainvälisiä ja kansallisia lähtökohtia

Ohjelman käynnistämisen aikoihin näyttöön perustuva toiminnan kehittäminen hoitotyössä oli laajasti hyväksytty periaate, mutta käytännössä kehittäminen oli lähes kaikissa maissa vasta käynnistymässä. Seuraavassa on kuvattu joitakin kansainvälisiä esimerkkejä kehittämistyön etene- misestä. Maailman terveysjärjestössä (WHO) on tuottanut linjauksia hoitotyön vaikuttavuuden lisäämiseksi, Iso-Britannia on näyttöön perustuvan toiminnan kehityksen kärkimaita Euroopassa ja Ruotsi on otettu mukaan naapurimaana. Toiseksi tässä luvussa tarkastellaan näyttöön perus- tuvan toiminnan tukijärjestelmiä ja tilannetta Suomen terveydenhuollossa ja hoitotyössä.

2.1.1 Kansainvälisiä esimerkkejä

Maailman terveysjärjestön (WHO) Euroopan alueen toisessa hoito- ja kättilötyöhön liittyvässä ministerikokouksessa Euroopan maiden terveysministerit sitoutuivat muun muassa tukemaan tutkimusta ja tiedon levittämistä sekä näyttöön perustuvan toiminnan kehittämistä (WHO 2000). Kokouksessa oli myös oma näyttöön perustuvaa toimintaa käsittelevä seminaari, jonka tueksi Suomelta pyydettiin näyttöön perustuvaa toimintaa ja kliinistä vaikuttavuutta käsittelevä työpaperi (Perälä 2000). Myös vuonna 2001 pidetyn WHO:n yleiskokouksen päätöslauselma (21.5.2001) korostaa näyttöön perustuvan terveydenhuollon edistämistä. Se muun muassa kehottaa vastaa- maan terveystarpeisiin vankan tieteellisen ja kliinisen näytön perusteella.

Iso-Britanniassa on pyritty muuttamaan terveydenhuollon toimintakulttuuri ja toiminta näyt- töön perustuvaksi. Jatkossa myös terveyspolitiikalta ja terveydenhuollon uudistuksilta odotetaan näyttöön perustuvuutta. (Mulhall ym. 2000, Thompson ym. 2001.) Kansallisella terveyspolitiikalla on pyritty lisäämään sairaanhoitajien ja muiden terveydenhuollon työntekijöiden tietoisuutta tutkimustiedon käytöstä päätöksenteossa. Poliittiset päättäjät ja muut kansalliset toimijat ovat yksimielisiä näyttöön perustuvan toiminnan tärkeydestä hoitotyössä ja että siihen siirtyminen on hoitotyön keskeinen haaste. Jo vuonna 1966 terveysministeriö teki aloitteen kansalliselle sairaan- hoitajajärjestölle (Royal College of Nursing) hoitotyön menetelmien vaikuttavuuden arvioinnin käynnistämiseksi. Kehotus johti joidenkin vaikuttavuustutkimusten käynnistymiseen. Terveys- ministeriön tutkimus- ja kehittämisstrategian myötä myös hoitotyön tutkimuksella on paremmat mahdollisuudet vastata terveydenhuollon ammattilaisten tietotarpeisiin. Jotkut kansalliset toimijat (NICE - The National Institute for Clinical Excellence; the Commission for Health Improvement; National Service Frameworks) ovat lisänneet poliittisia ja julkisia odotuksia parhaaseen saatavilla olevaan tietoon perustuvasta päätöksenteosta ja pyrkivät sääntelyn lisäämiseen. Tämän on nähty tukevan myös hoitotyön pyrkimyksiä. Myös yliopistoissa on aktiivista toimintaa. Tunnetuin on Yorkin yliopisto, joka tuottaa ja levittää tietoa ja näyttöä terveyspolitiikan ja terveydenhuollon

uudistusten tehokkuudesta ja tasa-arvosta kansallisesti ja kansainvälisesti. Tästä huolimatta Iso-Britanniassa kuten muissakin maissa siirtyminen näyttöön perustuvaan hoitotyöhön on koettu olleen hidasta. (Thompson ym. 2001.)

Ruotsin sairaanhoitajayhdistys (SSF – The Swedish Society of Nursing) on edistänyt näyttöön perustuvan hoitotyön toimeenpanoa kannustamalla tutkimukseen, koulutukseen ja kehittämiseen. Vuodesta 1988 lähtien sairaanhoitajayhdistys on yhdessä ruotsalaisen terveydenhuollon menetelmien arviointikeskuksen (SBU - Swedish Council on Technology Assessment in Health Care) kanssa tuottanut hoitotyöhön liittyvää julkaisusarjaa. Arviointikeskuksessa toimii uusien terveydenhuollon menetelmien arviointimenettely (SBU Alert), joka tekee yhteistyötä muun muassa Ruotsin sosiaali- ja terveyshallituksen ja alue- ja paikallishallintoa edustavan yhdistyksen kanssa. (26.5.2008/ <http://www.sbu.se/sv/Om-SBU/SBU-Alert/>.) Vuonna 2002 SBU-Alert käynnisti sairaanhoitajayhdistyksen aloitteesta hoitotyön joidenkin menetelmien arvioinnin. Sairaanhoitajaliiton tieteellinen neuvosto seuraa näyttöön perustuvaa toimintaa yhdessä muiden tahojen kuten SBU Alertin kanssa. Neuvosto tekee myös ehdotuksia arviointiin soveltuvista hoitotyön menetelmistä. (Willman ym. 2003.)

2.1.2 Kansallisia lähtökohtia

Suomessa on laajasti hyväksytty tavoite näyttöön perustuvaan toimintaan siirtymisestä terveydenhuollossa. Tiedon tuottamiseen ja levittämiseen on rakennettu kansallisen tason tukijärjestelmiä, joista keskeisimpiä ovat Finohta, Duodecimin Käypä Hoito sekä toimintayksiköiden ja muiden tiedon tuottajien omat tukijärjestelmät. Suomen sairaanhoitajaliitto käynnisti hoitotyön suositusten tuottamisen, jota Hoitotyön tutkimussäätiö on jatkanut. Toiminnalla ei ole Raha-automaattiyhdistyksen tukea kuten Käypä Hoidolla on. Ensimmäinen hoitotyön suositus (lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen) on valmistunut ja julkaistu, valmisteilla on lähes kymmenen suositusta.

Finohta on terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö Stakesissa. Se edistää hyvien, näyttöön perustuvien menetelmien käyttöä terveydenhuollossa. Finohtan toimintaa tukevat neuvottelukunta ja tieteellinen toimikunta. Neuvottelukunta seuraa terveydenhuollon menetelmien arviointijärjestelmän toimintaa ja tekee esityksiä sen sekä alan kotimaisen ja kansainvälisen yhteistoiminnan, arviointikoulutuksen ja tiedonvälityksen kehittämiseksi. Tieteellinen toimikunta tekee aloitteita arviointitoiminnan painoalueista, kohteista ja arviointiin liittyvästä tiedonvälityksestä sekä antaa asiantuntijalausuntoja arviointitutkimushankkeista ja niiden priorisoinnista. Finohtan neuvottelukunnassa on toimikaudella 2008–2011 palvelujärjestelmän edustajina henkilöitä, joilla on hoitotyön asiantuntemusta. Tieteellisessä toimikunnassa on yksi hoitotyötaustainen edustaja. Finohtan tunnetuin julkaisu on Impakti (<http://finohta.stakes.fi/FI/Luettu> 29.5.2008)

Hoitotyössä vaikuttavien menetelmien arvioinnin ja tutkimustiedon tarve tuli esille sairaanhoitopiireissä pidetyissä Finohtan toimintaa esittelevissä tilaisuuksissa vuonna 1995. Tämän jälkeen tuotettiin ensimmäinen hoitotyön menetelmien järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus Menetelmien arviointi hoitotyössä (Partanen ja Perälä 1997). Siihen koottiin Suomessa tehdyt hoitotyörelevantit tutkimukset sekä keskeinen kansainvälinen tutkimus. Samoihin aikoihin valmistuneessa hoitotyön strategiassa (Stakes 1997) asetettiin ensimmäiset kansalliset näyttöön perustuvan toiminnan tavoitteet; johtamisen tavoitteena oli näyttöön perustuvan toiminnan ja sen edellytysten kehittäminen. Molemmat julkaisut tuotettiin myös englanninkielisinä.

Vuonna 2005 keskussairaaloissa ja sairaaloissa näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen oli pidemmällä kuin terveyskeskuksissa ja näillä puolestaan pidemmällä kuin vanhusten hoitokotoksissa. Terveydenhuollossa lähes puolet toimintayksiköiden johtajista ilmoitti organisaation käyttävän hoitosuosituksia. Kolmasosan mukaan toimintasuunnitelmassa oli tavoitteita näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi. Yhtä suuri osuus oli järjestänyt aiheeseen liittyvää koulu-

tusta, mutta harvempi toimintayksikkö oli käyttänyt ulkopuolista asiantuntemusta tai nimennyt työryhmän tai vastuuhenkilön kehittämään näyttöön perustuvaa toimintaa. (Outinen ym. 2007.) Tulosten perusteella ei voi tehdä yksiselitteistä johtopäätöstä siitä, millaista näyttöön perustuvan toiminnan kehittämistä oli hoitotyössä. Oletettavaa on, että hoitotyössä näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen on vähäisempää kuin esimerkiksi lääketieteessä, jonka edustajia terveydenhuollon kyselyyn vastaajissa oli enemmistö. Myös hoitotyössä keskussairaalat ovat eniten ja vanhustenhoitolaitokset vähiten kehittäneet näyttöön perustuvaa toimintaa.

2.2 Näyttöön perustuvan toiminnan tukirakenteet

Seuraavassa tarkastellaan kirjallisuuteen perustuvasti näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä käytettyjä malleja, näyttöön perustuvan toiminnan tukimekanismeja ja näytön käyttöön yhteydessä olevia tekijöitä ja tukirakenteiden vaikuttavuutta.

2.2.1 Toimeenpanoa tukevat mallit

Kirjallisuudessa on kuvattu näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseen ja ylläpitoon liittyviä käytäntöjä. Joissakin näistä käytännöistä ja malleista näyttöön perustuvan toiminnan toimeenpano ja ylläpito sekä laadun kehittäminen toteutuu käytännön työntekijöiden ja tutkijoiden yhteistyönä (Rosswurm ja Larrabee 1999, Titler ym. 2001, Kavanagh ym. 2006, Thurston ja King 2005). Tarpeelliseksi on nähty myös johtajien roolin vahvistaminen näyttöön perustuvan käytännön toimeenpanossa moniulotteisessa ympäristössä (Pearson ym. 2005). Joissakin malleissa on kehitetty menetelmiä, joilla voidaan ennustaa näytön käyttöä päätöksenteossa (Walker ym. 2003) ja tunnistaa päätöksenteossa vaikuttavia tekijöitä. Tietoa voidaan hyödyntää tehokkaampien interventioiden suunnittelussa (Bonetti ym. 2005). Myös potilasryhmäkohtaisia malleja on kehitetty kuten perioperatiivisen hoitotyön malli (Sanares ja Heliker 2002) ja internet-pohjainen oppimisympäristö ikääntyneiden hoitoon (Tolson ym. 2006). Hyödyksi on käytetty myös innovaatioiden leviämisen teoriaa (Shirey 2006). (Taulukko 1.)

2.2.2 Näyttöön perustuvan toiminnan ja sen kehittämisen tukimekanismeja

Hoitotyön johtaja on näyttöön perustuvan toiminnan *edellytysten luoja* (Shirey 2006) ja näytön käytön *tukija* (Oranta ym. 2002, Fink ym. 2005). Lähiesimiehen mukanaolo, kyky ja halu luoda näyttöön perustuva käytäntö omaan sairaalaan, järjestää voimavaroja ja rahoitusta (Bradley ym. 2005, Ring ym. 2005) sekä välittää tietoa ja antaa palautetta ovat toimeenpanon onnistumisen kriittisiä menestystekijöitä (Ring ym. 2005). Johtajan toiminta korostuu organisaatio- ja toimintakulttuurin luojana sekä yhteistyön aikaansaajana koulutuksen ja tutkimuksen kanssa.

Johtajat ja käytännön työntekijät ovat käyttäneet *konsensusneuvotteluja* saadakseen yksimielisyyden organisaatiossa tunnistetuista kehittämiskohteista (Rosenfeld ym. 2000). Näyttöön perustuvaa *hoitotyön toimikuntaa* on käytetty strategisena keinona hoitotyön toimintakulttuurin muuttamisessa tutkimukselliseksi. Etenemistä tukivat organisaation sitoutuminen toimintaan, toimikunnan strateginen asema hoitotyön hallinnossa, työssä oppimisen mahdollistuminen, työntekijöiden vastuuttaminen ja vastuualueen nimeäminen, näyttöön perustuvan toiminnan mallin käsitteellistäminen ja soveltaminen muutoksessa, muutosten ”myymiseen” panostaminen ja projektiesimerkkien läpikäyminen (Mohide & Coker 2005).

TAULUKKO 1. Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämismalleja

Kirjoittaja	Malli
Bonetti ym. 2005	Intervention mallintaminen käyttäen psykologisia malleja auttoi erottamaan kliinisessä päätöksenteossa välittäviä tekijöitä. Nämä voivat olla keinoja tehokkaampien interventioiden kehittämiseen ja toimeenpanon onnistumiseen palvelujärjestelmässä.
Ellis ym. 2005	Tutkimusnäytön omaksumista käytäntöön tukeva malli (Promoting Action on Research Implementation in Health Services, PARIHS, Australia). Toimeenpanossa hyvä fasilitaattori näytti olevan ympäristöäkin vaikuttavampi tekijä voittamaan näyttöön perustuvan hoitotyön esteet.
Harvey ym. 2002	Tukijärjestelmän ominaispiirteitä, roolia ja toimintaa käsittelevä malli.
Pearson ym. 2005	JBI-viitekehyksen (Joanna Briggs Institute) tavoitteena on vahvistaa johtajien työtä näyttöön perustuvassa terveydenhuollossa. Viitekehys on ympäristöön sidottu, sisältää näytön useita muotoja sekä tuottaa ymmärrystä tiedon siirtoon ja hyödyntämiseen. Käsitteellinen malli sijoittaa näyttöön perustuvan toiminnan terveydenhuollon mutkikkaisiin käytäntöihin.
Rosswurm ja Larrabee 1999	Systemaattiseen näyttöön perustuvaan hoitotyöhön ohjaava malli on kehitetty aikaisempien tutkimusten pohjalta. Malli perustuu tutkimusten hyödyntämisen, standardoidun kielen ja muutoksen teoriaan sekä tutkimukseen. Tutkijoiden ja käytännön työntekijöiden yhteistyö auttaa näyttöön perustuvien innovaatioiden leviämistä, kun käytännön työntekijät tarvitsevat taitoja parhaan tutkimusnäytön arviointiin, yhteenvedoon ja levittämiseen. Mallin kuusi askelta: arvioi käytännön muutostarpeita, yhdistä ongelmat interventioihin ja lopputuloksiin, tee yhteenveto parhaasta näytöstä, suunnittele käytännön muutokset, toimeenpane muutokset ja arvioi muutos ja pidä yllä toimintaa. Mallia on käytetty hoito-ohjelman valmistelussa (Kavanagh ym. 2006) ja hoitosuositusryhmien toiminnassa (Thurston ja King 2005). Malli on hyvä menetelmä, kun etsitään vastauksia kliinisiin kysymyksiin. Sekä osallistujat että heidän johtajansa pitivät ohjelmaa erittäin tyydyttävänä. (Thurston ja King 2005.)
Sanares ja Heliker 2002	DCI (Disciplined Clinical Inquiry) – perioperatiiviseen hoitotyöhön kehitetyn mallin taustalla on osallistava toimintatutkimus, sairaanhoitajien voimaantumisen sekä pätevyys ongelmien ratkaisuun ja näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Mallissa sairaanhoitajat toimivat yhteistyökumppaneina, muutosagentteina ja potilaan asianajajina. Mallia kuvataan joustavaksi ja käytännölliseksi malliksi, joka yhdistää tutkijat ja käytännön työntekijät.
Shirey 2006	Myös innovaatioiden leviämisen teoriaa on käytetty näyttöön perustuvan hoitotyön edistämässä teoreettisena viitekehyksenä. Mallissa korostuu hoitotyön johtajan rooli keskeisenä toimijana.
Titler ym. 2001	IOWA-malli (Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care) on käytännönläheinen näyttöön perustuvan laadun kehittämisen menetelmä, jota kehitetään edelleen yliopiston ja käytännön edustajien saumattomassa yhteistyössä mallia käyttäneiden työntekijöiden ehdotusten mukaan.
Tolson ym. 2006	Skotlannissa käytännön työntekijät ja ikääntyneet tuottivat yhdessä internet-pohjaisen, käytäntöä kehittävän koulu/oppimisympäristön "the Caledonian Model". Koettiin, että osallistava toimintatutkimus antaa ratkaisuja näyttöön perustuvan käytännön edistämiseen ja voimaannuttaa hoitajia.
Walker ym. 2003	Teoriaan pohjautuva, näytön käyttöä arvioiva ja ennustava menettely. Tuottaa teoriaan pohjautuvia näytön käyttöä ennustavia tekijöitä. Sisältää lomakkeen toistettavine menettelyineen. Tunnistaa kliinistä käytäntöä ennustavia tekijöitä sekä erottaa näyttöön sitoutuneen ja sitoutumattoman käytännön. Lisäksi se tunnistaa tehokkaita interventiota, joilla käännetään tutkimustulokset käytäntöön.
Winch ym. 2005	Read, Think, Do! menetelmä on tutkimustiedon ja käytännön kehittämisen menetelmä, jonka avulla voidaan ohittaa tunnetuimmat esteet ja vaikuttaa käytännön päätöksentekoon ja käytännön muutokseen.

Erillisistä *hoitotyön kehittämissyksiköistä* on saatu hyviä kokemuksia. Kehittämissyksiköt ovat selkeyttäneet toimintayksiköiden tutkimukseen ja koulutukseen liittyviä prosesseja, edistäneet henkilöstön kehittymistä, tutkimusnäytön levittämistä ja hyödyntämistä julkaisujen ja esitysten avulla. Lisäksi yksiköt ovat olleet tehokkaita edistämään luovuutta ja voimavarojen käyttöä potilastulosten parantamiseksi. (Boyde ym. 2005.) *Työntekijöiden osallistuminen projektityöskentelyyn* on lisännyt luottamusta hankkeeseen, tukenut päämäärään pyrkimistä, selkiinnyttänyt

hoitotyötä, antanut asemaa mahdollistamalla jäsenyyden kansallisissa ryhmissä ja vahvistanut ammatti-identiteettiä. (Tolson ym. 2005)

Joissakin organisaatioissa perustettiin *hoitotyön tutkijoiden toimia* toimintayksiköihin edistämään tutkimusperustaista hoitotyötä. Perusteena oli tutkimustulos, jonka mukaan näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisen esteeksi havaittiin käytännön työntekijöiden heikko tutkimusosaaminen ja tietoisuus tutkimustuloksista sekä joutuminen erilleen koulutetuimmista alan asiantuntijoista, joiden kanssa voisi keskustella ja syventää asioita. (Nilsson Kajermo ym. 2000.)

Koulutus välittää tietoa uusille työntekijöille ja tuottaa muutoksen toteuttajia, hoitotyön kehittäjiä, muutosagentteja ja muutoksen tukijoita, joilla on valmiuksia uuden tiedon hankkimisen ja ymmärtämisen lisäksi muutoksen toteuttamiseen, toiminnan kehittämiseen ja potilaiden hoidon tehokkuuden lisäämiseen (Nilsson Kajermo ym. 2001, McAllister ja Osborne 2006). Käytännön työntekijöille suunnatuilla koulutuksilla on pyritty muuttamaan hoitokäytäntöjä tutkimustiedon perusteella (Happel ym. 2003) ja antamaan yhteinen etenemismalli (Hysong ym. 2005). *Koulutusohjelmilla, työpajoilla ja 'lehtiklubeilla'* on lisätty käytännön työntekijöiden tutkimustaitoja, vähennetty tutkimuksiin liittyvää pelkoa ja lisätty kriittisen arvioinnin taitoja. (Mulhall ym. 2000, Dobrzanska ja Cromack 2005.) Työvoimapulan ja työkiireiden vuoksi sairaanhoitajille suunnattuihin koulutuksiin on joskus ollut vaikea saada osallistujia (Happel ym. 2003). Pitkäkestoisiin laatukoulutuksiin osallistuneet työntekijät suhtautuivat myönteisimmin tutkimukseen, olivat muita aktiivisempia etsimään tutkimustietoa, osallistumaan eri hankkeisiin, saamaan tukea lähiesimieheltä, konsultoimaan kokeneita tutkijoita ja saamaan tilastollista apua (Wallin ym. 2003).

Sairaanhoitajien toiminta paikallisina muutoksen tukijoina ja johtajina sekä *kliinisten tai hoitotyön asiantuntijoiden* käyttö on edistänyt muutoksen aikaan saamista ja hyvien käytänteiden juurtumista (Richardson 2005, Ring ym. 2005). Muutoksen tukijan rooli oli auttaa työntekijöitä ja tiimejä kehittämistarpeiden tunnistamisessa ja muutoksen toteutuksen ohjaamisessa. Hyvä tukija oli jopa tehokkaampi näyttöön perustuvan hoitotyön esteiden voittamisessa kuin toimintaympäristöön liittyvät tekijät (Ellis ym. 2005). Myös muiden työntekijöiden myönteinen asenne sekä keskinäinen yhteistyö edistivät tutkimustulosten hyödyntämistä yksikössä. (Oranta ym. 2002, Fink ym. 2005)

Näyttöön perustuvaan toimintaa siirtymistä edistää myös *tiedon laatu ja näytön sopivuus* organisaation käytännön tarpeisiin (Rycroft-Malone ym. 2004). Suositusten käyttöön vaikuttavia tekijöitä olivat selkeä sanointu ja spesifisyys, relevanttius ja paikallinen omistajuus sekä päätöksenteon tukijärjestelmät. Interaktiivinen ja tavoitteellinen interventioihin liittyvä paikallinen koulutus sekä koulutuksen ja tutkimuksen tuki soveltamisessa lisäsivät luottamusta suosituksiin. Muita tekijöitä olivat uusien työntekijöiden tiedosta huolehtiminen, muutosjohtajien käyttö (mielipidejohtaja) ja muutoksen seuranta. (Richens ym. 2004.) Heikkoa näyttöä saatiin siitä, että näyttöön perustuvat käytännön suositukset voivat edistää potilaiden hoitotuloksia, henkilöstön hyvinvointia ja organisaatioiden kustannustehokkuutta (Bahtsevani ym. 2004). Sen sijaan yksittäisten suositusten käyttöönoton vaikutukset ovat jääneet vähäisiksi (Lee ym. 2002).

Muita näytön käyttöä *edistäviä* tekijöitä olivat työntekijöiden myönteisyys uusiin asioihin (Oranta ym. 2002, Fink ym. 2005), osaaminen ja valmiudet käyttää tietoa (Benefield 2003, Fink ym. 2005), sitoutuminen ja osallistuminen erilaisiin aktiviteetteihin kuten lehtiklubin toimintaan (Fink ym. 2005) sekä tietoisuus tutkimustuloksista (Benefield 2003). Merkityksellisiä olivat myös käytännön työntekijöiden ja hoitotyön johtajien välisten keskusteluusteiden poistaminen (Fink ym. 2005), tiiviit yhteydet tutkijoiden ja kouluttajien kanssa (Benefield 2003) sekä koulutuksiin osallistuminen (Wallin ym. 2003), moniammatillinen yhteistyö, muiden työntekijöiden tuki sekä projektin johtamisen tapa ja voimavarat (Rycroft-Malone ym. 2004). Näytön käytön *esteiksi* koettiin tutkimustulosten julkaiseminen vieraskielisenä, lääkäreiden vähäinen osallistuminen

toimeenpanoon ja vaikeus ymmärtää tilastollisia menetelmiä (Oranta ym. 2002). Voimavarojen ja koulutuksen puute, muutosvastarinta, monitieteisyys, paikallisen klinisen johtajan puute, jos näyttöön perustuvuutta ei pidetä tärkeänä yksikössä, (Ring ym. 2005) sekä erilleen joutuminen koulutetuista kollegoista vaikeuttivat myös tiedon käyttöä (Nilsson Kajermo ym. 2001).

2.3 Näyttöön perustuvaan toimintaan – interventioiden arviointia

Näyttöön perustuvalla toiminnalla on vaikutusta potilaiden hoitotuloksiin vasta sitten, kun tieto, esimerkiksi suositukset, saa aikaan muutoksen työntekijän tiedoissa, asenteissa ja käyttäytymisessä. Tutkimusnäytön siirtäminen käytäntöön on työntekijälle haasteellista siinäkin tilanteessa, että todennettu hyöty tutkimusnäytön käytöstä on suuri. Tutkimustieto siirtyy tehokkaimmin sellaisissa käytännön hankkeilla ja ohjelmilla, jotka ovat käytännönläheisiä ja ottavat huomioon toimintaympäristön moniulotteisuuden (Davies 2002, Cooke ym. 2004). Tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin koulutuksen ja laadunvarmistuksen interventioita, monet tutkituista lähestymistavoista (interventioista) olivat tehokkaita tietyissä olosuhteissa, mutta mikään ei ollut tehokas kaikissa ympäristöissä. Lupaavimpia ovat lähestymistavat, jotka sisälsivät ohjauksellista palveluntarjontaa ja muistutusmenettelyjä. Myös monipuoliset interventiot, joissa poistetaan erilaisia esteitä, olivat tehokkaampia kuin yksittäiset interventiot. Passiiviset lähestymistavat, jotka sisälsivät vain tiedon välittämistä, havaittiin tehottomiksi, eivätkä ne juuri muuttaneet käyttäytymistä. (Grimshaw ym. 2001.) Moniulotteiset interventiot ovat haasteellisia. Haasteita ovat toimintayksikön sisäisen tuen saaminen, tehokas käytännön johtaminen, muiden vastaavien hankkeiden tavoitteiden yhdistäminen, laajempien hankkeiden tavoitteiden soveltaminen toimintaympäristöön, myönteisten tulosten dokumentointi ja oikean toimeenpanohetken tunnistaminen sekä realistiset ajallisiin ja muihin voimavaroihin suhteutetut tavoitteet (Bradley ym. 2004).

Organisaatioiden infrastruktuurit, näyttöön perustuvan toiminnan välttämättömät tukirakenteet, olivat tutkijoiden mukaan tärkeitä näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisessä. Foxcroftin ja Colen (2000) Cochrane-katsauksessa etsittiin tehokkaita organisaatioiden kehittämisiä infrastruktuureja, jotka edistivät tutkimusnäyttöön perustuvien interventioiden toimeenpanoa käytäntöön. Vaikka haku tuotti lukuisia näyttöön perustuvia hoitotyötä edistäviä malleja ja kuvauksia organisaatioiden infrastruktuureista, lopulliseen tarkasteluun ei jäänyt yhtään kelvollista tutkimusta niiden heikon laadun vuoksi. (Foxcroft & Cole 2000.) Grimshaw ja kumppaneiden (2004) järjestelmällisen katsauksen mukaan suurimmalla osalla interventiota saavutettiin hoidon parantamista, mutta vaikutukset vaihtelivat intervention sisällä ja interventioiden välillä suuresti. Interventioina oli muistamisen helpottajia, ohjauksellisen ja koulutusmateriaalin levittämistä sekä audit-arviointeja ja palautejärjestelmiä. Mukana oli myös ohjaukselliseen palvelutarjontaan liittyviä monitahoisia interventioita. Suurin osa oli johtanut vaatimattomaan tai vähäiseen hoidon parantumiseen. Ongelmaksi koettiin, että monissa interventioissa voimavarat mahdollistivat vain ohjausmateriaalin jakamisen ja lyhyet ohjaustapaamiset. (Grimshaw ym. 2004.)

3 Arvioinnin tavoitteet

Tavoitteena oli arvioida sosiaali- ja terveysministeriön nimeämän työryhmän tuottaman Terveysttää ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä tavoite- ja toimintaohjelman (2003–2007) (STM 2003) toimeenpanoa. Arvioinnilla pyrittiin tuottamaan tietoa tavoite- ja toimintaohjelman toimeenpanon onnistumisesta sekä ohjelman vaikutuksista ja tuloksista. Pääpaino oli alueellisen toiminnan arvioinnissa, mutta tarkastelua tehdään myös kansallisella ja toimintayksiköiden tasolla. Lisäksi kuvataan, millaista toimintaohjelmaa hoitotyössä tarvitaan tulevaisuudessa.

Yksityiskohtaisempina tutkimustehtävinä oli

1. kuvata arvioinnin perustaksi

- hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman tarve, tavoitteet ja voimavarat (hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman mukaan)
- millaista toimintaa (tuotoksia) hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma käynnisti alueilla ja toimintayksiköissä (organisointuminen, tavoitteet, toiminta)
- mitä hyötyjä alueet saivat hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmaan osallistumisesta
- mitä olivat tavoite- ja toimintaohjelman aikaansaamat vaikutukset.

2. arvioida

- miten hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma vastasi yhteiskunnan tarpeeseen (relevanssi)
- miten tarkoituksenmukainen, tehokas ja vaikuttava oli hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman toimeenpano
- missä määrin saavutettiin tavoite- ja toimintaohjelman tavoitteet ja yhteiskunnallisia hyötyjä
- miten pysyviksi muutosten oletetaan jäävän.

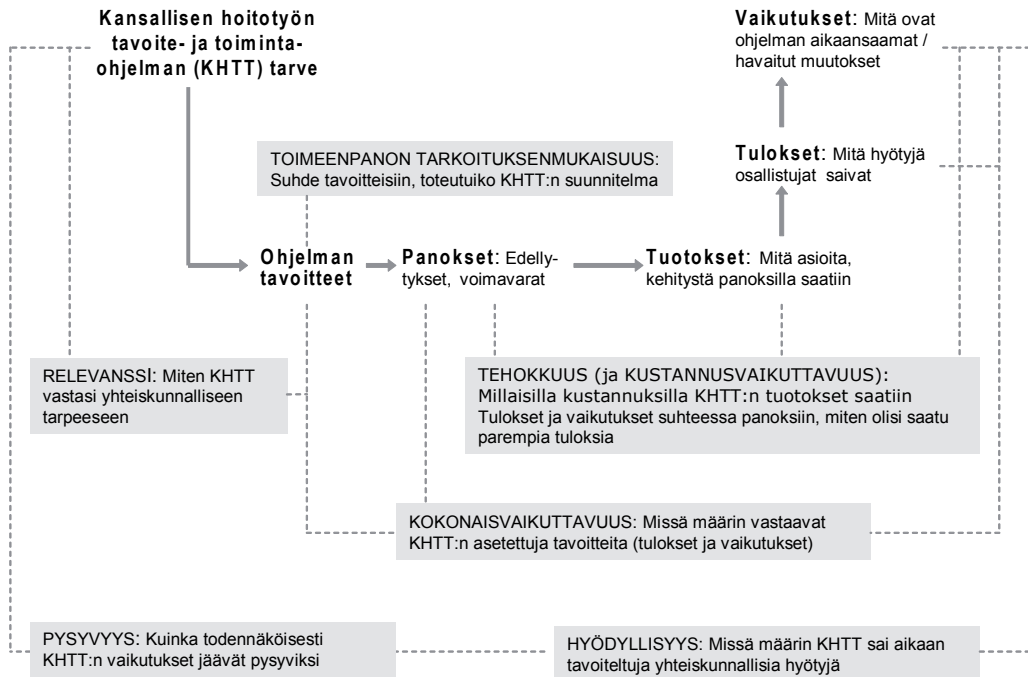
3. kuvata hoitotyön valtakunnallisen kehittämistyön painoalueet tulevaisuudessa.

4 Arviointiasetelma ja tiedonkeruu

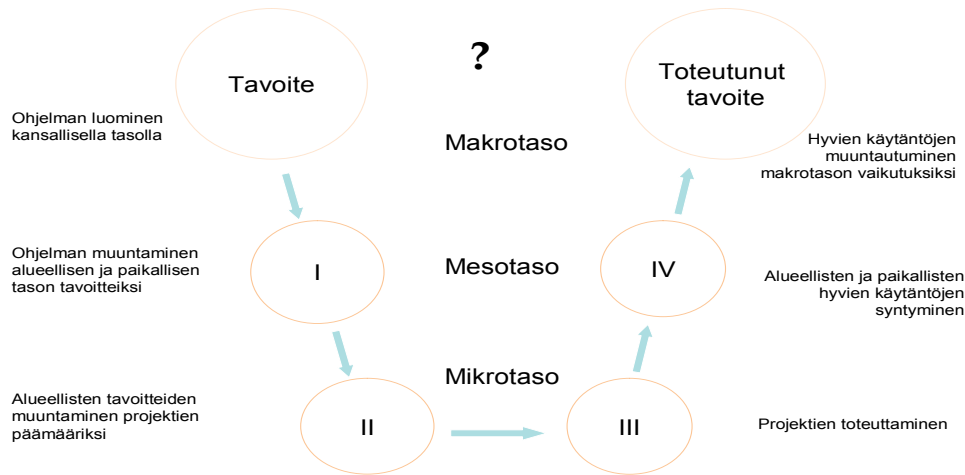
4.1 Arviointiasetelma

Arvioinnissa käytettiin soveltaen Virtasen (2007) muokkaamaa arviointiasetelmaa. Arvioinnin perustaksi kuvattiin ensiksi arvioinnin kohde ja sen ominaisuudet. Näitä kuvaavat käsitteet kansallisen tavoite- ja toimintaohjelman tarve, ohjelman tavoitteet, panokset, tuotokset, tulokset ja vaikutukset (kuvio 2). Näkökulmaa, josta arviointia tehdään ja rajataan, kuvaavat käsitteet kuten toimeenpanon tarkoituksenmukaisuus, tehokkuus ja kustannusvaikuttavuus, kokonaisvaikuttavuus, relevanssi, pysyvyys ja hyödyllisyys. (Virtanen 2007, 86–87.)

Arvioinnin kohteena on hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman sisältö ja toimeenpano. Ensimmäiseen tutkimustehtävään vastattiin tarkastelemalla ensin, mihin yhteiskunnalliseen tarpeeseen ohjelma vastasi, mitä olivat ohjelman tavoitteet, millä voimavaroilla ohjelman toimeenpano toteutettiin (kansallisella tasolla). Tarkastelu perustuu hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmaraportin sisällön analyysiin; miten ohjelmassa oli kuvattu ohjelman tarve ja tavoitteet. Toiseksi tarkasteltiin, millaista kehittämistoimintaa ohjelman toimeenpano sai aikaan (tuotokset),



KUVIO 2. Keskeiset arviointikäsitteet ja niiden väliset suhteet (mukailtu: European Commission 1999, 70–93; Pollitt 2003: 122-123; Virtanen 2007, 86)



KUVIO 3. Vaikutusten arviointimalli (Virtanen & Uusikylä 2004, Virtanen 2007, 107)

mitä hyötyä ohjelmasta oli osallistujille ja mitä muutoksia ohjelma sai aikaan (vaikutukset). Toinen tutkimustehtävä sisältää ohjelman sisällön ja toimeenpanon arviointia. Arvioinnin näkökulmina olivat toimeenpanon tarkoituksenmukaisuus ja ohjelman relevanssi. Lisäksi tarkasteltiin vaikutusten pysyvyyttä yhteiskunnallisen hyödyllisyyden näkökulmasta sekä toiminnan tehokkuutta ja kokonaisvaikuttavuutta. (Kuvio 2.)

Kansallisten ohjelmien arvioinnissa tavoitteiden ja vaikutusten välinen yhteys ei välttämättä löydy suoraviivaisesti. Vaikutuksia voidaan tarkastella monelta tasolta ja perimmäiset vaikutukset ovat usein toiminta- ja työyksikkötasolla (sekä asiakastyön tasolla). Tästä syystä kansallisen ohjelman vaikutusten arviointi on haasteellista ja edellyttää arvioitavan ohjelman tuntemista, jotta voidaan tehdä luotettavia päätelmiä siitä, miten ohjelma on saavuttanut aiotut tavoitteensa. Kansallinen ohjelma muuntautuu ensin alueelliseksi ja paikalliseksi toiminnaksi eri puolilla maata. Tämän tuloksena syntyy käytäntöjä, joilla on alueellisia ja myös kansallisen tason vaikutuksia. Kuvio 3 havainnollistaa ohjelmien toimeenpanon monivaiheisuutta ja monitasoisuutta sekä arvioinnin haasteellisuutta. (vrt. Virtanen ja Uusikylä 2004, Virtanen 2007,107, Ministry for Foreign Affairs 2000.)

Tässä arviointi oli pääasiassa jälkikäteen tapahtuvaa arviointia, myös ennen ohjelman toimeenpanoa ja ohjelma aikana kerättiin tietoa. Arvioinnissa teimme päätelmiä hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmasta (kansallinen, makrotaso) hoitotyön alueellisille verkostoille (mesotaso) tehdyn kyselyn perusteella. Arvioinnin pääpaino oli alueellisen tason toimeenpanon arvioinnissa, josta saatuja tietoja käyttäen arvioitiin myös kansallisen tason toimintaa. Alueellisen verkoston jäsenten antamien tietojen perusteella saatiin tietoa myös siitä, millaista toimintaa käynnistyi toimintayksiköissä ja millaisia hyviä käytäntöjä ja muita tuloksia saatiin aikaan (mikrotaso). Tietoa kysyttiin myös kehitettyjen käytäntöjen soveltuvuudesta muihin yksiköihin.

4.2 Tiedonkeruu ja analysointi

Kysymyksiin haettiin vastauksia kyselyllä hoitotyön alueellisilta verkostoilta vuosina 2006 (väliarviointi) ja 2007 (loppuarviointi). Arvioinnissa käytettiin myös hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman tiedotusseminaareihin osallistuneiden odotuksia vuodelta 2004 sekä kahta dokumenttia.

Väliarviointi. Vuonna 2006 keväällä tehtiin väliarviointi alueellisille verkostoille (n = 13) Webropol-kyselynä. Kyselylomake tuotettiin sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin yhteistyönä. Joidenkin kansallisten tietolähteiden käyttöä verrattiin väli- ja loppuarvioinnin välillä.

Loppuarviointi. Vuoden 2007 arvioinnin kyselylomake kehitettiin sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin yhteistyönä (liite 1) ja se perustui vuoden 2006 väliarviointiin. Lomakkeessa oli strukturoituja ja avoimia kysymyksiä; hoitotyön alueellisesta verkostosta ja sen toiminnasta (1–35), hoitotyön kansallisesta tavoite- ja toimintaohjelmasta (36–42), hoitotyön valtakunnallisen kehittämisen painopistealueista tulevaisuudessa (43–48) ja taustatietoja (49–52). Tieto kerättiin Webropol-kyselynä 18.4.–15.6.2007. Kysely kohdistettiin 15 hoitotyön alueelliselle verkostolle. Arviointia varten alueellisen verkoston vastuuhenkilöitä pyydettiin järjestämään verkoston tapaaminen, jossa arviointi pyydettiin tekemään yhdessä keskustellen. Kyselylomake pyydettiin lähettämään verkostoon kuuluville etukäteen. Avoimet kysymykset luokiteltiin sisällönanalyysillä (Metsämuuronen 2006). Tulokset esitetään frekvensseinä ja sanallisina kuvauksina. Hakasuluisissa esitetyt numerot [v01-v15] tulososassa kertovat verkoston numeron. Arviointi ei kaikkien verkostojen kohdalla toteutunut ehdotetulla tavalla. Webropol-kysely koettiin joillakin alueilla vaikeaksi ja yhden verkoston vastaukset jouduttiin pyytämään uudelleen, kun tallentaminen ei onnistunut.

Lisäksi arvioinnissa käytettiin *kahta dokumenttia*. Toinen on arvioitavana oleva ohjelman raportti Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä, hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma vuosille 2004–2007 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003). Toinen on Laatusuositusten arviointi, arviointia laatusuositusten ohjausvaikutuksista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään (Teräväinen ym. 2007). Tämä raportti sisälsi asiantuntija-arviointeja lääninhallitusten työntekijöiltä ja hoitotyön kansallisen tason asiantuntijoilta myös koskien hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmaa.

5 Tulokset

5.1 Ohjelman tarve, tavoitteet ja voimavarat toimeenpanon ja arvioinnin lähtökohtina

5.1.1 Tarve hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman mukaan

Ohjelman tarpeenmäärittely on tehty ja tavoitteet laadittu perustuen kattavaan analyysiin muutoksista yhteiskunnassa, kansanterveydessä, terveystaloudessa sekä hoito- ja palvelujärjestelmässä ja hoitohenkilöstön työssä. Johtopäätöksenä oli, että tarvittiin hoitohenkilöstön toiminnan vaikuttavuuden lisäämistä yksilöiden, perheiden, yhteisöjen ja väestön terveyden edistämiseksi sekä terveyden- ja sairaanhoidossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003.)

Toiminnan vaikuttavuuden lisäämiseksi hoitotyössä toimivat tarvitsivat ensinnäkin tukea näyttöön perustuvan toiminnan ja sen tukirakenteiden kehittämisessä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003). Terveystaloudessa tavoitteena on ollut näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen. Hoitotyössä sen kehittäminen oli käynnistymässä pääasiassa vain suurissa sairaaloissa. Tutkimustiedon systemaattinen käyttö oli vielä vähäistä. Sosiaali- ja terveysministeriö katsoi tarpeelliseksi vauhdittaa hoitotyön kehittämistä näyttöön perustuvaksi. Kansallisella ohjelmalla lisättiin tietoisuutta näyttöön perustuvasta käytännöstä koko hoitotyön kentässä.

Toiseksi, tarvittiin käytäntöjä ja rakenteita, joiden avulla hoitotyön eri tehtävissä toimivat (käytäntö, hallinto/johtaminen, koulutus, tutkimus) sopivat yhteisistä tavoitteista alueilla ja yhdistävät voimavaransa tavoitteiden saavuttamiseksi. Hoitotyöhön kuuluu useita erilaisen koulutuksen saaneita henkilöstöryhmiä, jotka työskentelevät erilaisissa ympäristöissä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Henkilöstöryhmä kattaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä suurimman osan. Ohjelma antoi hoitotyössä työskenteleville yhteisen tavoitteen ja kehittämissuunnan. Yhteisten kehittämistavoitteiden korostaminen suurelle työntekijäjoukolle ei ole vähämerkityksinen.

... ohjelmassa määritellään hoitotyötä koskevat tavoitteet ja niihin liittyvät toimenpiteet vuosille 2004–2007 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003,11).

Kolmanneksi, terveydenhuollossa oli ja on edelleen useita samanaikaisia kansallisia ja alueellisia hankkeita ja ohjelmia, joita tunnettiin huonosti. Myös hankkeiden toimeenpano ja varsinkin niiden keskinäinen integraatio oli jäänyt hyvin puutteelliseksi. Hankkeiden yhteensovittaminen vaatii käytännön työntekijöiltä ylimääräisiä ponnisteluja, johon käytännössä ei useinkaan ollut aikaa. Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma pyrki integroimaan kansallisten ohjelmien tavoitteita ja tutkimuksiin perustuvaa tietoa ja sitomaan hoitotyössä toimivat terveyspoliittisiin tavoitteisiin.

Ohjelmalla tuetaan hoitotyön kehittämistä hoitotieteellisen ja muun terveystieteellisen tutkimuksen esille nostamien tarpeiden sekä valtioneuvoston terveystieteellisten ohjelmien pohjalta. Niistä keskeisiä ovat Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001) ja Kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (jatkossa kansallinen terveyshanke, Valtioneuvoston periaatepäätös 11.4.2002). (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 11.)

Neljänneksi, tarve hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman tuottamiseen nousi kansainvälisistä velvoitteista. Suomi oli sitoutunut vahvistamaan hoitotyön ammattilaisten asemaa ja osallistumista terveystieteellisen suunnitteluun ja toimeenpanoon sekä kansallisten toimintasuunnitelmien laatimiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 11, vrt. WHO 2000)

Tavoite- ja toimintaohjelman tarve nousi siis paikallisista, alueellisista, kansallisista ja kansainvälisistä kehittämishaasteista. Hoitotyössä toimivat tarvitsivat erityisesti tukea näyttöön perustuvan käytännön tukirakenteiden kehittämisessä, alueellisten voimavarojen yhdistämisessä sekä kansallisten ohjelmien tavoitteiden integroimisessa käytäntöön. Erilaisissa ympäristöissä toimivan suuren kohdejoukon tavoitteiden yhtenäistäminen vaati erityisiä toimenpiteitä. Ohjelma suunnattiin kaikille hoitotyössä toimiville, mutta ohjelmaa voivat käyttää muutkin sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevät ja hoitotyössä toimivien yhteistyökumppanit.

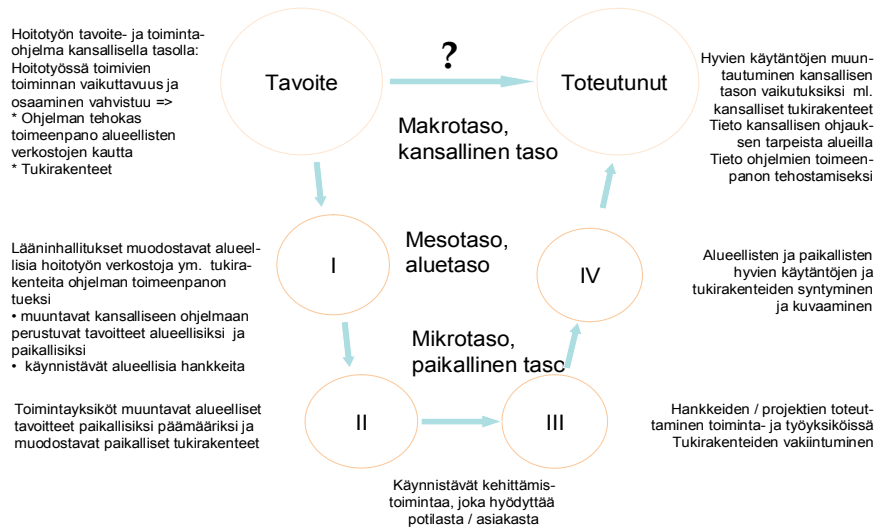
5.1.2 Tavoitteet hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman mukaan

Arvioinnissa ohjelman tavoitteita tarkasteltiin kansallisella, alueellisella ja paikallisella (toimintayksiköt) tasolta. Ohjelman tavoitteina oli hoitotyössä toimivien toiminnan vaikuttavuuden ja osaamisen vahvistaminen yksilöiden, perheiden, yhteisöjen ja väestön terveyden edistämiseksi sekä terveyden- ja sairaanhoidossa ja kansallisiin kehittämisperiaatteisiin sitoutuminen. Nämä tavoitteet ovat mikrotason, asiakkaan hoidon tasolla saatavia vaikutuksia. Kansallisen tason tavoitteena oli ohjelman tehokas toimeenpano niin, että alueilla / toimintayksiköissä käynnistyy ohjelman mukaista toimintaa ja näyttöön perustuvien tukirakenteita kehitetään kansallisena, alueellisena ja paikallisena yhteistyönä. (Kuvio 4.)

Alueiden tavoitteina oli luoda alueellisia hoitotyön verkostoja ja muuntaa ohjelman sisällölliset tavoitteet alueelliseksi sekä tukea ohjelman tavoitteiden suuntaista toimintaa alueiden toiminta- ja työyksiköissä. Lääninhallituksen tuli toteuttaa verkostoituminen yhdessä alueen toimintayksiköiden sekä yliopistojen, ammattikorkeakoulujen ja toisen asteen ammatillisten oppilaitosten kanssa. Alueelliset verkostot tukevat ja käynnistävät alueellista yhteistyötä.

Toimintayksiköiden tavoitteina puolestaan oli valita tavoite- ja toimintaohjelmasta omat painoalueensa ja liittää ne osaksi omaa toiminta- ja työyksiköiden ja hoitotyön toimintasuunnitelmaa. Päävastuussa ohjelman toimeenpanosta olivat sairaanhoitopiirit, terveyskeskukset ja vanhustenhuollon toimintayksiköt. Toimintayksiköiden tavoitteena oli, että kukin vastuutaho valitsee tavoite- ja toimintaohjelmasta painoalueet ja tavoitteet sekä liittää ne omiin strategioihinsa ja toimintasuunnitelmiinsa, tiedottaa ohjelmasta omalle henkilöstölle, käyttää ohjelmaa toimipaikka- ja muussa ammatillisessa lisäkoulutuksessa sekä käynnistää kehittämishankkeita.

Ohjelma korosti käytännön työntekijöiden ja johtajien sekä koulutuksen ja tutkimuksen edustajien keskinäistä yhteistyötä kansallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla. Myös ammatillisille järjestöille ohjelma asetti omat vastualueensa. Tässä tarkastelussa näkökulmana on edellä kuvattu alueellinen ja toimintayksiköissä käynnistynyt toiminta: millaisia tavoitteita ja hankkeita alueet ja toimintayksiköt käynnistivät ohjelman aikana.



KUVIO 4. Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman tavoitteet eri tasoilla

5.1.3 Voimavarat ja tuki toimeenpanossa hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman mukaan

Voimavarat voivat olla aineellisia ja aineettomia kuten raha ja inhimillinen pääoma (osaaminen), tai organisaatioiden edellytyksiin, kuten muutoshalukkuuteen, liittyviä. Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma toteutettiin niukoilla taloudellisilla voimavaroilla. Ohjelma tuki järjestämällä alueellisia aloitusseminaareja ja vuosittaisia seminaareja, mutta ohjelma ei tukenut toimeenpanoa alueilla.

Ohjelman toimeenpanon tueksi järjestettiin viisi alueellisista seminaaria vuonna 2004 ja kansalliset työseminaarit vuosina 2004, 2005 ja 2006 marraskuussa. Vuoden 2007 päätösseminaari siirrettiin vuoden 2008 helmikuulle hoitohenkilöstöä uhkaavan työtaistelun vuoksi. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin edustajat antoivat ohjelman käynnistysvaiheessa ja ohjelman aikana asiantuntija-apua läänikohtaisissa seminaareissa. Muuten tavoite- ja toimintaohjelma käynnistettiin ja toteutettiin lääninhallitusten ja toimintayksiköiden omilla kustannuksilla. Ohjelman toimeenpano perustui henkilöstön omaan kehittämismotivaatioon ja hajallaan olevien voimavarojen yhdistämiseen.

Sosiaali- ja terveysministeriö vastasi ohjelman valtakunnallisesta tiedottamisesta ja julkaisutoiminnasta sekä tuki alueellista tiedottamista tarpeen mukaan. Ohjelmasta tiedotettiin myös hoitotyön valtakunnallisissa ja alueellisissa tapahtumissa sekä ammattilehdissä. Julkaisun levittämisessä ja toimeenpanon seurannassa käytettiin myös sähköisiä tiedotuskanavia. Tavoitteena oli selvittää mahdollisuutta hankkia ohjelmalle oma extranet-järjestelmä ja internet-sivut, jolloin kaikki ohjelmaan liittyvät asiakirjat olisivat kaikkien ohjelman piirissä toimivien saatavilla samassa paikassa. (STM 2003.) Alkuperäinen suunnitelma oli, että ohjelman toimeenpanosta vastaavat tahot voisivat anoa ohjelman toimeenpanoa varten rahoitusta normaalin käytännön mukaisesti sosiaali- ja terveysministeriön, lääninhallitusten sekä muiden tahojen hankerahoitusten kautta (STM 2004). Edellä mainittua rahoitusmahdollisuuksia ei juurikaan käytetty.

5.2 Kehittämistoiminta, hyödyt ja vaikutukset alueilla ja toimintayksiköissä

5.2.1 Miten kehittämistoiminta organisoitiin ja millaista kehittämistoimintaa käynnistyi?

Organisoituminen ja tukijärjestelmät

Ohjelman suositusten mukaisesti lääninhallitukset perustivat alueellisia hoitotyön verkostoja ja sopivat niiden koordinaatiosta ja yhteistyökäytännöistä alueensa sosiaali- terveydenhuollon sekä koulutusyksiköiden kanssa. Ohjelman toimintakautena toimi yhteensä 15 hoitotyön alueellista verkostoa, joista lähes kaikki käynnistyivät ohjelman aikana. (Taulukko 2.) Länsi-Suomen läänissä verkostoja oli kuusi, Itä-Suomen läänissä neljä ja Etelä-Suomen läänissä kolme sekä Oulun ja Lapin läänissä kummassakin yksi. Verkostojen nimet vaihtelivat sen mukaan, kuka verkostoa koordinoi. Jos koordinoijana oli sairaanhoitopiiri yksin, se näkyi myös verkoston nimessä. Tässä raportissa näistä verkostoista käytetään nimitystä (hoitotyön) alueellinen verkosto tai joskus lyhyesti verkosto.

Verkostoissa olivat edustettuina useat alueen toimintayksiköt tai tahot, yhteensä 261 nimettyä jäsentä. Mukana olevien tahojen määrä vaihteli verkostoittain huomattavasti: yhdessä alueellisessa verkostossa oli seitsemän eri tahoa [v01] ja neljässä verkostossa kuusi tahoa [v02, v07, v12, v13]. Tavallisimmin verkostoissa oli lääninhallituksen lisäksi terveyskeskuksen, sairaanhoitopiirin ja ammattikorkeakoulun edustaja sekä monissa myös vanhustenhoitolaitoksen edustaja. Yli puolet verkostoista (n=9) piti yhteyttä niihin alueen tahoihin ja toimintayksiköihin, joilla ei ollut edustajaa verkostossa. Yksityinen ja kolmas sektori oli mukana harvoissa verkostoissa. (Taulukko 3.)

Alueellisten verkostojen keskeisin rooli hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman toimeenpanossa oli yhteistyön koordinointi (n = 11) sekä toiminta tiedonvälittäjänä (n = 8) ja aloitteen tekijänä kehittämistyön (n = 8), strategiatyön (n = 6) ja koulutuksen (n = 4) käynnistämiseksi. Verkostot eivät toteuttaneet kehittämistyötä ja harva verkosto järjesti koulutusta (n = 2) tai toimi aktiivisesti alueellisessa strategiatyössä (n = 3) tai tuki kehittämistyötä (n = 2). Alueellisten verkostojen jäsenet osallistuivat toimintaan oman työnsä ohessa. Kolme aluetta ilmoitti saaneensa ulkopuolista rahoitusta verkoston toimintaan. Yksi lääninhallitus oli palkannut projektihenkilön osa-aikaiseksi [v13]. Toisessa läänissä rahoitusta oli saatu lääninhallitukselta osana kansallista terveyshanketta ja toimintayksiköltä vuosina 2006 ja 2007 matkoihin ja koulutukseen [v01]. Kolmas lääni hankki rahoitusta koulutusten osallistumismaksuilla [v10].

Alueellisten verkostojen *työmuotoja* kokousten lisäksi olivat seminaarit (n = 12), yhteydenpito sähköpostilla (n = 12) ja toiminta yhteisissä kehittämishankkeissa (n = 8). Kolmella verkostolla oli omat extranet-sivustot [v01, v07, v10] ja kaksi verkostoa piti yhteyttä videoneuvotteluilla [v01, v13]. Lisäksi tuotettiin koosteita sellaisista kehittämishankkeista, joissa oli kehitetty hyviä käytäntöjä [v12]. Yhdellä alueella hoitotyön johtajat kokoontuivat noin kahden ja puolen kuukauden välein. Käytäntö on vakiintunut ja jatkuu ohjelman jälkeenkin. Tapaamisissa sovittiin yhteisistä alueellisista tavoitteista ja seurattiin niiden toteutumista [v06].

Suurin osa alueellisista verkostoista nimesi näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisen keskeisimmäksi tukijaksi alueellisen tai toimintayksikkökohtaisen työryhmän tai vastaavan. Jotkut verkostot olivat nimenneet erilaisia vastuuhenkilöitä toimintayksiköihin ja tulosalueille. Joidenkin verkostojen alueella oli sivu- tai yhteisiä virkoja yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen kanssa. Muuna tiedonvälittämisen tukirakenteena mainittiin myös kirjastot. (Taulukko 4.) Noin puolella alueista oli järjestetty joitakin pitempikestoisia useista koulutuspäivistä koostuvia kursseja (n = 7). Yksi alueellinen verkosto käytti myös työpajatoimintaa [v12]. Näyttöön perustuvan koulutuksen

TAULUKKO 2. Hoitotyön alueelliset verkostot (N = 15) ja verkostojen koordinoijat eri lääneissä sekä tekstissä käytetyt verkostojen lyhenteet (alleviivaukset), tunnisteet [hakasuluissa] ja perustamisvuosi

Lääni/Verkosto	Verkosta koordinoi			Verkosto perustettu vuonna
	lkm	shp ⁽¹⁾	lh tai shp + lh ⁽²⁾	
Etelä-Suomen lääni	3	2	1	
[v15] Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirin hoitotyön alueellinen verkosto				⁽³⁾
[v04] Kanta-Hämeen hoitotyön alueellinen verkosto				2006
[v02] Kymenlaakson sairaanhoitopiirin ylihoitajien verkosto				1989
Itä-Suomen lääni	4	4	–	
[v07] Etelä-Savon sairaanhoitopiirin hoitotyön alueellinen verkosto				2004
[v03] Itä-Savon sairaanhoitopiirin hoito- ja hoivatyön asiantuntijaryhmä				2004
[v12] Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin alueen hoitotyön verkostoryhmä				2004
[v06] Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin hoitotyön asiantuntija-verkosto				2005
Lapin lääni	1	–	1	
[v13] Lappi: Lapin alueellinen hoitotyön työryhmä				2004
Länsi-Suomen lääni	6	3	3	
[v11] Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitotyön alueellinen verkosto				2002
[v08] Keski-Suomi: Keski-Suomen hoitotyön alueellinen kehittämistyöryhmä				1993
[v14] Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoitotyön asiantuntija-verkosto				⁽³⁾
[v10] Satakunta: Satakunnan alueellinen hoitotyön asiantuntijaverkosto				1998
[v05] Vaasa: Vaasan sairaanhoitopiirin hoitotyön alueellinen verkosto				2005
[v09] Varsinais-Suomi: Varsinais-Suomen alueellinen hoitotyön asiantuntijaverkosto				2004
Oulun lääni	1	–	1	
[v01] Oulu ja Keskipohjanmaa: Oulun lääninhallituksen ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueellinen hoitotyön asiantuntijaryhmä				2000

(1 shp = sairaanhoitopiirillä koordinaatiovastuu

(2 lh tai lh / shp = lääninhallituksen tai lääninhallituksen ja sairaanhoitopiirin yhteinen vastuu

(3 Ei tietoa

kohderyhmänä olivat käytännön työntekijät (n = 14) ja hoitotyön johtajat (n = 11), opettajat (n = 7) ja tutkijat (n = 4), joissakin mukana olivat myös opiskelijat [v13].

Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut, sairaanhoitajien tietokanta, Käypä hoito -suositukset ja Finohntan kotisivut olivat alueverkostojen käytetyimpiä tietolähteitä. Moni oli käynyt myös Stakesin, Terveysportin, Kansanterveyslaitoksen ja yliopistojen verkkosivuilla, sekä katsomassa Cochrane-tietokantoja. (Taulukko 5.)

TAULUKKO 3. Eri tahojen edustus hoitotyön alueellisissa verkostoissa (N = 15)

Toimintayksiköt/alue	n
Toimintayksiköt	
Terveyskeskus	15
Sairaanhoidopiiri	14
Vanhusten hoitolaitos (ml. kehitysvammalaitos ja erityishuoltopiiri)	10
Ammattikorkeakoulu	14
Yliopisto	7
Ammatillinen oppilaitos	6
Yksityinen	
TH-alan yksikkö	4
Sos-alan yksikkö	2
Kolmas sektori	1
Sosiaalihuolto/avo	1
Hoitotyön alue	
Hoitotyön käytäntö	14
Johtaminen	15
Koulutus	15
Tutkimus	13

TAULUKKO 4. Näyttöön perustuvan toiminnan tukirakenteita alueilla (N = 15)

Tukirakenne	n
Alueellinen työryhmä tms.	9
Toimintayksikkökohtainen vastuhenkilö	6
Sähköiset tietokannat	5
Tulosyksikkökohtaisia yhdys- tai vastuuhenkilöitä	4
Yliopiston sivuvirka	4
Tulosaluekohtainen vastuuhenkilö	3
Ammattikorkeakoulun sivuvirka tai yhteinen vakansi	2
Alueellinen yhdyshenkilö	2
Toimintayksikkökohtainen työryhmä tms.	2
Muut tiedon välittämisen rakenteet (mm. sähköposti, kirjastopalvelut)	7

TAULUKKO 5. Muiden tukijärjestelmien käyttö: Kansallisten ja kansainvälisten tietolähteiden hyödyntäminen verkostossa (N = 15)

Tietolähde	Kyllä	Ei	Suunnitteilla
STM:n verkkosivut	13	1	0
Sairaanhoidajan tietokannat Terveysportin sivulla	12	2	0
Käypä hoito -suositukset	12	2	0
FinOHTAn kotisivu	11	3	1
Stakesin verkkosivut	9	4	0
Muu Terveysportin tietosisältö	8	4	1
Cochrane-tietokannat	8	4	2
Yliopistojen verkkosivut	8	5	1
Kansanterveyslaitoksen verkkosivut	7	5	0
Työterveyslaitoksen verkkosivut	6	6	0
Muut suomalaiset verkkosivut	7	5	1
Muut kansainväliset verkkosivut	4	5	1

Kehittämisen painopisteet

Valtaosalla hoitotyön alueellisista verkostoista oli hoitotyön käytäntöön (n = 13), johtamiseen (n = 13) ja koulutukseen (n = 14) liittyvää kehittämistoimintaa. Kahdeksalla verkostolla oli myös tutkimukseen liittyvää kehittämistyötä. Useimmat hoitotyön alueelliset ryhmät kehittivät hoitotyön strategisia lähtökohtia ja johtamista, osaamista sekä alueellisen verkoston ja käytännön toimintaa. Käytännön kehittäminen liittyi näyttöön perustuvan toimintamallin jalkauttamiseen käytäntöön, olemassa olevan tiedon hyödyntämiseen ja uusien hankkeiden käynnistämiseen. Kehittämistyötä kohdennettiin myös tiettyihin asiakokonaisuuksiin kuten terveyden edistämiseen, sähköiseen kirjaamiseen, hoito- ja palveluketjujen toimivuuteen sekä henkilöstön työnjakoon. (Taulukko 6.)

Tavoitteita ja toimintaa verkostoittain tarkasteltuna

Hoitotyön alueellisten verkostojen kehittämistä tarkasteltiin myös verkostoittain. Liitetaulukossa 7 ovat rinnakkain verkostojen ohjelman alussa asettamat tavoitteet ja ohjelman lopussa esitetyt saavutukset mukaan lukien pysyvät käytännöt ja mahdollisesti muihin toimintayksiköihin hyödynnettäviksi soveltuvat käytännöt.

Seitsemällä verkostolla oli erillinen suunnitelma näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi alueella. Jotkut verkostot olivat rakentaneet toimintansa kokonaan tukemaan näyttöön perustuvan toiminnan etenemistä [v08, v13] tai ryhmä konkretisoi verkoston tavoitteita käytännöksi [01], asetti painopisteitä, tavoitteita ja keinoja [v10]. Jotkut olivat laatineet alueellisen hoitotyön ohjelman, jonka tarkoitus on ohjata toimintaa koko alueen terveydenhuollon ja koulutuksen yksiköissä [v04, v11]. Yhdellä alueella oli suunniteltu näyttöön perustuvan hoitotyön alueellisen koulutuksen aikaansaamista [v11]. Kaikissa verkostoissa oli järjestetty näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi koulutusta (n = 14). Koulutusta järjestivät ammattikorkeakoulut (n = 11), sairaanhoitopiirit (n = 9), alueelliset verkostot (n = 7) ja terveyskeskukset (n = 5). Yhdellä alueella myös sairaanhoitajaliitto ja kesäyliopisto järjestivät koulutusta yhdessä [v15]. Useimmat koulutukset olivat lyhytkestoisia, noin päivän kestäviä (n = 11). Toimintamallien tai hyvien käytäntöjen juurruttamissuunnitelmat oli tehty neljässä verkostossa, kuudessa nämä olivat suunnitteilla ja viidessä ei ollut tehty juurruttamissuunnitelmaa. Juurrutettavat käytännöt mainittiin kahdessa verkostossa (sosteri [v03] tai PALKO-malli [v02]).

Tavoitteet ja toiminta toiminta- ja koulutusyksiköittäin tarkasteltuna

Lähes kaikissa verkostoissa sairaanhoitopiiri (n = 13), useimmilla terveyskeskukset (n = 11) ja ammattikorkeakoulut (n = 11) olivat asettaneet tavoitteita. Kolmella alueella myös yliopistolla oli tavoitteita. (Taulukko 7.) Kahdessa verkostossa hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmaan liittyviä tavoitteita olivat asettaneet kaikki keskeiset toimijat – sairaanhoitopiiri, terveyskeskus, ammattikorkeakoulu ja yliopisto [v09, v11] – ja kahdeksalla alueella sairaanhoitopiiri, terveyskeskus ja ammattikorkeakoulu. Kahdessa verkostossa oli mukana sairaanhoitopiiri ja ammattikorkeakoulu [v04, v15] ja yhdessä sairaanhoitopiiri ja yliopisto [v01] ja samoin yhdessä vain terveyskeskus [v08]. Yksi verkosto ei ilmoittanut alueen organisaatioiden tavoitteita [v03].

Sairanhoitopiirien kehittämistavoitteet liittyivät useimmissa verkostoissa koulutuksen ja osaamisen kehittämiseen (n = 9) ja joissakin verkostoissa strategiatyöhön ja johtamiseen (n = 5), tutkimus- ja kehittämishankkeisiin (n = 4) sekä alueellisen verkoston toiminnan kehittämiseen (n = 3). Viidessä verkostossa terveyskeskuksilla oli käytännön tutkimus- ja kehittämistoimintaa ja muutamassa (n = 3) koulutuksen ja osaamisen kehittämistä. Ammattikorkeakouluilla oli koulutusta ja osaamisen kehittämistä (n = 10) sekä tutkimus- ja kehittämistoimintaa (n = 4). Joissakin verkostoissa myös yliopistojen hoitotieteen laitokset olivat käynnistäneet kehittämistä. Ne liittyivät kolmessa verkostossa koulutuksen ja osaamisen kehittämiseen, kahdessa tutkimus- ja kehittämishankkeisiin ja yhdessä strategiatyöhön ja johtamiseen. (Liitetaulukko 2.)

TAULUKKO 6. Ohjelman aikana käynnistynyt kehittämis- ja toimenpideohjelman 2007–2010 laatiminen [v04]

Aihe	Sisältö
Strategiatyö, johtaminen	Alueellisen hoitotyön kehittämis- ja toimenpideohjelman 2007–2010 laatiminen [v04] Tulevan strategian painopisteistä sopiminen ja päivitykseen valmistautuminen [v10] Perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä ammatillisen koulutuksen ja yliopiston yhteisistä strategisista tavoitteista sopiminen [v06] Hoitotyön strategioiden rakentaminen [v01] Käytännön hoitotyön tukeminen johtamisella [v13] Käytännön hoitotyön ja johtamisen tukeminen tutkimuksella [v13]
Koulutus ja osaaminen	Alueellisten hoitotyön koulutusten [v07], seminaarien järjestäminen [v09, v14] Koulutus [v05, v10], käytännön hoitotyön tukeminen koulutuksella [v13] Täydennyskoulutus [v02, v03], osaamisen varmistaminen, urakehitys [v02] Alueellisen koulutuksen järjestäminen kärkihankkeista [v06] Koulutus tutkimustiedon käytöstä ja soveltamisesta [v11] Tutkimukseen ja näyttöön perustuva perhekeskeinen koulutus [v11] Näyttöön perustuvan osaamisen lisääminen [v12] Hoitotyön osaaminen ja johtaminen [v01]
Alueellisen verkoston toiminnan kehittäminen	Hoitotyön kehittämisverkoston organisointi [v04], luominen [v01, v12] Alueellisen asiantuntijaverkoston jäsenten kokoontuminen [v09], säännölliset tapaamiset [v01] Kansallisen verkoston toimintaan osallistuminen [v06], yhteistoiminnasta sopiminen [v04], alatyöryhmien toiminnan käynnistäminen [v09]
Käytännön kehittäminen	Näyttöön ja tutkimukseen perustuvan hoitotyön /hoidon edistäminen /kehittäminen alueella [v07, v11, v12], yhteistyönä [v14] ja saaminen osaksi organisaatioiden toimintaa [v01]
Käytännön kehittäminen näyttöön perustuvaksi	Tutkittuun tietoon ja näyttöön perustuvien hyväksi havaittujen käytäntöjen saaminen hoitotyöntekijöiden arjen toimintaan [v09] Näyttöön perustuvan toiminnan jalkauttaminen toimintayksiköihin [v04] Hoitosuositusten laatiminen [v13], hyvän hoidon malli [v07] Tutkimusten hakua ja käyttöä vahvistava koulutus ja osahankkeet, joissa kehitetään toimintaa tietyissä yksiköissä [v11] Tutkimusyhteistyö (potilasohjaus), koulutusyhteistyö; hoitotiedepäivä kahden vuoden välein [v01], verkoston perustaminen [v01] Potilasohjaus, osallistuminen hoitotyön johtajien valtakunnalliseen raportointimallihankkeeseen, näyttöön perustuva hoitotyö ja vaikuttavuus [v10]
Hankkeita koskevan tiedon kokoaminen ja uuden luominen	Tutkimus- ja/tai kehittämishankkeiden kokoaminen [v12, v14] ja alueellisten hankkeiden kokoaminen [v06] Hankkeet [v10], uusien hankkeiden suunnittelun tukeminen [v14], hoitotyön yhteisten hankkeiden luominen [v01] Uusien toimintatapojen luominen [v05] Konkreettinen kehittämissyhteistyö, tutkimus- ja hanketoiminnan aloittaminen [v04]
Terveyden edistämien	Väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen [v11, v15] hoitotyön keinoin [v05] Terveyden edistämisen alueellinen kehittäminen ja yhteistyö (hanke menossa) [v07] Väestön terveys ja hyvinvointi elämänsä eri vaiheissa [v13] Väestön terveyden edistäminen hoitotyön keinoin [v05] Näyttöön perustuvat käytännöt väestön terveyden ja hyvinvoinnin alueella, johtamisessa, koulutuksessa ja tutkimuksessa [v01] Terveyden edistämisen hankkeita, neuvolahanke (Siikalatva) [v01]
Sähköinen kirjaaminen ja www-sivut	Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen [v08, v15], EFFICAN käytön ja hoitotyön kirjaamisen kehittäminen [v02], kirjaaminen [v03, v10], www-sivujen tuottaminen [v10]
Hoito-/palveluketjujen sujuvuus ja rajapinnat	Potilasohjeiden laatiminen ja hoitamisen rajapintojen varmistaminen hoitoketjuissa [v02] Palveluketjut [v03] Kotiuttamisen ja Palko-projektin juurruttamisen jatkaminen [v02] Vuosille 2006–2007 tavoitteena palveluketjun sujuvuuden edistäminen [v08] Hoitoketjuja tautiryhmittäin mm. raskaudenkeskeytyspotilaan hoito Etelä-Savon alueella [v07]
Työnjako	Työnjako [v03] Työnjakomallien kehittäminen (Ylivieska) [v01]

TAULUKKO 7. Verkostossa mukana olleiden toimintayksiköiden ja koulutusorganisaatioiden tavoitteiden asettaminen hoitotyön alueellisten verkostojen mukaan

Alue	Sairaanhoitopiiri/ sairaala	Terveys- keskus	Ammattikorkea- koulu	Yliopisto
Etelä-Karjala [v15]	x	–	x	–
Etelä-Pohjanmaa [v11]	x	x	x	x
Etelä-Savo [v07]	x	x	x	–
Itä-Savo [v03]	–	–	–	–
Kanta-Häme [v04]	x	–	x	–
Keski-Suomi [v08]	–	x		–
Kymenlaakso [v02]	x	x	x	–
Lappi [v13]	x	x	x	–
Oulun lääni ja Keski- Pohjanmaa [v01]	x	–	–	x
Pirkanmaa [v14]	x	x	x	–
Pohjois-Karjala [v12]	x	x	x	–
Pohjois-Savo [v06]	x	x	x	–
Satakunta [v10]	x	x	x	–
Vaasa [v05]	x	x	x	–
Varsinais-Suomi [v09]	x	x	x	x

Sairaanhoitopiirin ja sairaalan rooli kehittämistyössä oli merkittävä työntekijöidensä näyttöön perustuvan toiminnan kehittäjänä, kouluttajana, tutkimus- ja kehittämishankkeiden toteuttajana ja alueellisena verkostoijana. Kouluttajina profiloituvat erityisesti ammattikorkeakoulut ja sairaanhoitopiirit / sairaalat.

5.2.2 Mitä hyötyjä alueelliset verkostot ja toimintayksiköt saivat kehittämistoiminnasta?

Alueellisilta verkostoilta kysyttiin ohjelmaan liittyvän kehittämistoiminnan hyötyä. Hyödyt liittyivät kiinteästi alueellisen verkoston toimintaan. Alueellinen verkosto on lisännyt alueen toimijoiden keskinäistä yhteistyötä; hoitotyön johtajien sekä eri kuntien ja laitosten yhdyshenkilöiden kokoontumiset ovat mahdollistaneet yhteisten tavoitteiden luomisen. Alueilla käynnistynyt oppilaitosten ja käytännön kentän yhteistyö on tullut systemaattiseksi. Alueellisissa työfoorumeissa on käsitelty hoitotyön osaamisen kehittämistä, muodostettu yhteinen tahtotila koulutustarpeista, suunniteltu näyttöön perustuvan toiminnan viitekehyksessä koulutuksen sisältöä ja rakennetta eri ryhmille. Myös opinnäytetöitä on pyritty suuntaamaan näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseen. Koulutusta on järjestetty tiedonhankinnasta ja tiedon hakemisesta sekä harjoiteltu näytön hyödyntämistä. Alueellinen verkosto on myös tukenut muun muassa tiedottamalla hankkeista ja tutkimuksista hoitotyön iltapäivissään ja toiminnastaan esimerkiksi erillisissä tiedotuslehdissä. Hyviä käytänteitä on pyritty levittämään tekemällä kooste hankkeista ja antamalla henkistä tukea muutosprosessissa. Joissakin verkostoissa toiminta oli keskittynyt substanssikysymyksiin kuten terveyden edistämiseen ja potilasohjaukseen. (Taulukko 8.)

TAULUKKO 8. Kokemukset alueellisen verkoston hyödyistä

Mahdollistanut...	Maininnat
Yhteiset tavoitteet	Yhteistyö hoitotyön johtajien kesken käynnistynyt [v14] Asiantuntijaryhmästä on muodostunut pysyvä kahden ja puolen kuukauden välein tapahtuva hoitotyön johtajiston tapaaminen, jossa sovitaan yhteisistä alueellisista strategisista tavoitteista ja seurataan niiden toteutumista [v06]. Koonnut yhdyshenkilöverkoston, jossa on edustajia eri kunnista ja laitoksista, järjestänyt yhdyshenkilökokoukset [v07] Yhteisten tavoitteiden luominen [v08] Terveyden edistämisen Pohjois-Suomen strategia (Ppshp) [v01]
Käytännön ja koulutuksen systemaattinen yhteistyö	Oppilaitosten ja käytännön kentän yhteistyö systemaattiseksi (opettajien tet-jaksot) [v01] Alueelliset työfoorumit Lapin hoitotyön osaamisen, osaamisen kehittämisen ja koulutustarpeiden tahtotilan muodostamiseksi [v13] Alueen hoitotyön perus-, täydennys- sekä erikoisryhmille suunnatun koulutuksen sisällöllinen, toiminnallinen ja rakenteellinen suunnittelu ja toteuttaminen NPT -viitekehyksessä [v04] Kehitetty näyttöön perustuvaa opiskelijaohjausta [v11] Opinnäytetöitä integroitu systemaattisesti hoitotyön kehittämistyöhön [v01] Yritetty aktivoida opiskelijoita tekemään opinnäytetöitään tästä alueesta [v02] Lääkehoitokoulutus (valmistuvien päättökoe) [v01] Tiedonhaun koulutusta hoitohenkilökunnalle [v01] Tiedon hakeminen tutkimuksista ja näyttöön perustuvan hoitotyön arvioinnin mittareista [v01] TaTo-työpajat - harjoittelu näytön hyödyntämisestä hankkeen eri vaiheissa [v12]
Hankkeiden toteuttamisen tuki ja tiedon välittäminen	Tukenut yksiköiden kehittämishankkeita eteenpäin [v07] Alueelliset hoitotyön iltapäivät, joissa on käyty läpi kehittämishankkeita ja tutkimuksia [v07] Tutkimustulosten raportointi, tieteelliset julkaisut, arvioinnit, tiedottaminen toiminnasta [v11] Tiedotuslehti [v08] Hyvien käytänteiden levittäminen – kooste alueen hankkeista [v12] Antanut henkistä tukea muutosprosesseissa [v14] Kehitetty näyttöön perustuvaa asiakas/potilasohjausta [v01]

5.2.3 Mitä ovat ohjelman aikaansaamat vaikutukset ja havaitut muutokset?

Keskeiset hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman vaikutukset liittyivät näyttöön perustuvan toiminnan tukirakenteiden muodostamiseen alueilla ja toimintayksiköissä, näytön käytön lisääntymiseen ja hoito- ja toimintakäytäntöjen kehittymiseen. Tukirakenteista keskeisin on alueellisten hoitotyön verkostojen perustaminen sekä erilaiset näyttöön perustuvan toiminnan yhdyshenkilöt alueella ja toimintayksiköissä. Myös toimintayksiköiden ja koulutusorganisaatioiden yhteistyö tehostui ja pysyviä yhteistyökäytäntöjä muodostui. Valtaosa hoitotyön alueellisista verkostoista perustettiin hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman toimeenpanon jälkeen ja useita aiemmin perustettuja verkostoja uudistettiin. Kahden verkoston perustamisajankohdasta ei ole tietoa, näistä toinen on perustettu ohjelman aikana. Vuonna 2007 hieman useammat alueelliset verkostot käyttivät Käypä hoito -suosituksia, sairaanhoitajien tietokantaa ja Finohtan kotisivuja kuin vuonna 2006. (Taulukko 9.)

TAULUKKO 9. Kansallisten tietolähteiden hyödyntäminen hoitotyön alueellisissa verkostoissa vuosina 2006 ja 2007 (N = 15)

Tietolähde	Kyllä		Ei		Suunnitteilla	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Käypä hoito -suositukset	10	12	4	2	1	0
Sairaanhoitajan tietokannat Terveysportin sivulla	9	12	4	2	2	0
Finohtan kotisivu	7	11	6	3	2	1

TAULUKKO 10. Alueellisten hoitotyön verkostojen mainitsemat muualla hyödynnettävät hyvät käytännöt

Teema	Hyvä käytäntö
Koulutus	Tutkimustiedon käytön koulutus [v11] Kehittämistoimintaa tukeva täydennyskoulutus [v11] Alueellinen päättökoe valmistuville ja opettajien työelämäjaksot [v01]
Alueellinen yhteistyö	Alueille muodostui säännöllisiä alueellisia koulutuksia [v07] Verkostokokouksia [v07] Alueellinen hoitotyön tekijöiden yhteinen strategian laadinta prosessi [v06]
Potilasryhmien hoito	Masentuneen potilaan näyttöön perustuva hoitotyö [v12] Palliativiseen hoitoon liittyviä toimintamalleja [v12] Terveystapaamiset [v12] Perhekeskeisen hoidon toteutumista arvioiva mittari [v11] Yhteistyö potilasohjauksessa [v01]
Hoitoketjut ja hoitomallit	Yhteisesti sovitut käytännöt hoitoketjujen toiminnassa [v07] ja kotiutus-käytännöt [02] Hoitomalleja [03]
Sähköiset välineet	Kirjaamiskäytännöt [02] Internet-sivut paikallisista hankkeista [v08]

Seitsemän alueellista verkostoa ilmoitti pysyvistä käytännöistään (ks. taulukko 7). Nämä liittyivät päiväkirurgisen perhekeskeisen hoidon arviointiin ja mallintamiseen [v11], yhdys-henkilötapaamisiin ja raskaudenkeskeytyspotilaan hyvään hoitoon [v07], näyttöön perustuvaa toimintaa tukevien erikoistumis- ja ylempään ammattikorkeakouluopintojen kehittämiseen [v04], kirjaamiskäytäntöihin [02, v10], yhteisiin koulutuspäiviin ja näyttöön perustuvaan koulutukseen [v01] sekä potilasohjaukseen [v06]. Alueellisista verkostoista 12 ilmoitti kehittäneensä muualla hyödynnettäviä toimintamalleja, työtapoja ja hyviä käytäntöjä. Muualla hyödynnettäväksi soveltuvat käytännöt liittyivät koulutukseen, alueelliseen yhteistyöhön, joidenkin potilasryhmien hoitoon, hoitoketjuihin ja hoitomalleihin sekä sähköisiin työvälineisiin. (Taulukko 10.)

5.3 Ohjelman arviointia eri näkökulmista

5.3.1 Relevanssi

Alueellisten verkostojen mukaan tavoite- ja toimintaohjelman osa-alueet käytäntö, johtaminen, koulutus ja tutkimus arvioitiin vähintään melko hyödylliseksi. Yksi alue arvioi koulutuksen ja yksi tutkimuksen vähän hyödylliseksi. (Taulukko 11.) Ohjelman aikana käynnistynyt kehittämistoiminta painottui hoitotyön käytäntöön (n = 13), johtamiseen (n = 13) ja koulutukseen (n = 14) liittyvään kehittämistoimintaan. Kahdeksalla verkostolla oli myös tutkimukseen liittyvää kehittämistyötä.

TAULUKKO 11. Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman hyödyllisyys alueellisten verkostojen mukaan (N = 15)

	Hyödyllisyys		
	Erittäin	Melko	Vähän/Ei lainkaan
	n	n	n
Käytäntö	7	7	–
Johtamien	8	7	–
Koulutus	9	5	1
Tutkimus	8	6	1

Ohjelman sisältö ja rakenne

Tavoite ja toimintaohjelman sisältö – käytäntö, johtaminen, koulutus ja tutkimus – koettiin joko erittäin tai melko hyödylliseksi (ks. kuvio 1). Yksi verkosto arvioi koulutuksen ja yksi tutkimuksen osuuden vähän tarkoituksenmukaiseksi. Perusteluiksi mainittiin, että ohjelma antaa hyvän perustan yksittäisillekin hoitotyön toimijoille, kolmannelle ja yksityiselle sektorille [v02]. Sisältö on oleellista hoitotyön toiminnassa [v15]. Kaikki sisällön osa-alueet ovat toimineet organisaatioiden kehittämistoiminnan tukena. Sisällöt ovat ohjanneet toiminnan tavoitteita, kehittämistä, koulutusta ja johtamista [v04]. Erinomaista oli tavoitteiden konkretisointi erimerkkien avulla [v14]. Ohjelma on ohjannut alueellisen hoitotyön kehittämisen suuntaa ja ollut väline luoda verkostoja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille [v01]. Lisäksi katsottiin, että ohjelman sisältöalueet ovat edelleen hyvin ajankohtaisia myös tulevaisuudessa [v09].

Neljän hoitotyön alueellisen verkoston mukaan hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman rakenne oli erittäin tarkoituksenmukainen ja 11:n mukaan melko tarkoituksenmukainen. Perusteluissa sanottiin, että hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma -raportin rakenne on hyvä ja selkeä [v14], se sisältää kattavasti hoitotyön osa-alueet [v02] ja siinä on keskeiset asiat esillä [v15]. Rakenne jäsentää hoitotyön toimintatodellisuutta ja systematisoi kehittämistoiminnan suunnittelua [v09].

5.3.2 Toimeenpanon tarkoituksenmukaisuus

Ensin tarkasteltiin, miten tavoite- ja toimintaohjelmassa mainittu ohjelman toimeenpanon vastuutus toteutui alueellisten verkostojen ja toimintayksiköiden toiminnassa. Toiseksi tarkasteltiin, miten alueelliset verkostot arvioivat kansallisen toimeenpanon.

Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmassa oli asetettu tavoitteet ja vastuut eri tahojen toimeenpanolle (taulukko 12). Kansalliset toimijat tukivat toimeenpanoa lähes suunnitellusti. Hankerekisteriä ei tuotettu, eivätkä alueet saaneet tai hakeneet hankerahoitusta sosiaali- ja terveysministeriön muista ohjelmista. Kehittämisen tueksi tuotettiin erilaista tukimateriaalia kuten oppaita ja suosituksia. Myös lääninhallituksilla, toimintayksiköillä sekä koulutus- ja tutkimusorganisaatioilla oli toimeenpanon tavoitteiden suuntaista toimintaa. Tässä on kuitenkin huomioitava, että toimintaan osallistui osa niistä toimintayksiköistä sekä tutkimus ja koulutusorganisaatioista, joita tavoite- ja toimintaohjelmassa esitetty tavoite tarkoitti.

Valtaosa alueellisista verkostoista koki hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman valtakunnallisen toimeenpanon erittäin tai melko tarkoituksenmukaiseksi (taulukko 13). Koettiin, että eteneminen koko rintamalla hoitotyössä on ollut tuloksekasta [v02] ja valtakunnallinen toimeenpano kokoaa asian hyvin yhteen [v07]. Myös valtakunnalliset seminaarit ja verkoston tiedonvälitys ovat mahdollistaneet benchmarking-toiminnan ja hyväksi havaittujen toimintakäytäntöjen jalkauttamisen [v09].

TAULUKKO 12. Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman toimeenpanon suunnitelma ja toteutunut toiminta

Taho	Suunnitelma	Toteutunut toiminta
Kansalliset toimijat	Ministeriö tukee ohjelman toimeenpanoa Stakesin, lääninhallitusten ja Suomen Kuntaliiton kanssa <ul style="list-style-type: none"> • Alueellisten seminaarien järjestäminen ohjelman tunnetuksi tekemiseksi ja toimeenpanon tukemiseksi • Työseminaarien järjestäminen • Mahdollisesti ohjelman toimeenpanoa tukevan hankerekisterin kokoaminen 	Järjestivät tukea toimeenpanolle: tiedottamisseminaarit ja vuosittaiset seminaarit <ul style="list-style-type: none"> • Tuottivat tukimateriaalina suosituksia ja oppaita • TE-laatusuositus, Turvallinen lääkehoito, Lastenneuvo-laapas, Opiskelijan terveydenhuolto, Seksuaaliterveys, Selvitys työnjakokysymyksistä • Käynnistivät hankkeen / tekivät suunnitelman: <ul style="list-style-type: none"> • Sähköinen potilaskertomus, Hoitotyön johtamisen perustiedot, Hoitotyön benchmarking
Lääninhallitukset	<ul style="list-style-type: none"> • Tiedottavat ohjelmasta • Kokoavat hoitotyön alueellisen ja seudullisen verkoston ja asiantuntijaryhmän • Toteuttavat hankkeita seudullisena ja alueellisena sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisenä yhteistyönä • Tekevät yhteistyötä terveysalan koulutusyksiköiden ja yliopistojen kanssa sekä käyttävät Stakesin asiantuntija-apua 	<ul style="list-style-type: none"> • Järjestivät alueellisia tiedotustilaisuuksia / seminaareja • Toimivat keskeisessä roolissa hoitotyön alueellisen verkoston perustamisessa • Tukivat alueellisen verkoston toimintaa: vastasivat verkoston toiminnan koordinoinnista, toimivat verkoston jäsenenä tai yhdyshenkilönä
Sairaanhoidopiirit, terveyskeskukset	<ul style="list-style-type: none"> • Valitsevat painoalueet ja tavoitteet • Käynnistävät kehittämishankkeita • Tiedottavat ohjelmasta henkilöstölle ja sidosryhmille • Tuovat tavoitteet osaksi hoitotyössä toimivien ammatillista osaamista • Hyödyntävät ohjelmaa rekrytoinnissa, perehdytyksessä ja koulutuksissa • Osallistuvat alueelliseen yhteistyöhön lääninhallitusten, yliopistojen, ammattikorkeakoulujen ja toisen asteen ammatillisten oppilaitosten kanssa 	Sairaanhoidopiiri <ul style="list-style-type: none"> • Koordinoi verkoston toimintaa • Järjesti koulutusta laajasti • Toteutti tutkimus- ja kehittämishankkeita mm. näyttöön perustuva strategiatyö ja johtaminen, suositukset • Otti vastuun alueellisen verkostotoiminnan vetämisestä ja kehittämisestä • Terveyskeskus • Järjesti koulutusta • Osallistui tutkimus- ja kehittämishankkeisiin • Osallistui alueellisen verkoston toimintaan
Terveysalan toinen aste, ammattikorkeakoulu, terveystieteellinen yliopistokoulutus	<ul style="list-style-type: none"> • Käyttävät ohjelmaa oppimateriaalina • Suuntaavat tutkimus- ja kehittämistyötä hoitotyön käytännön kehittämisen tukemiseksi 	Yliopisto <ul style="list-style-type: none"> • Järjesti NPT-koulutusta ja kehittämistoimintaa sekä tarjosi asiantuntija-apua koulutuksessa • Teki ja vastasi tutkimustoiminnasta, tieteellisistä julkaisuista, tutkimus- ja kehittämishankkeita • Oli mukana strategian laadinnassa • Ammattikorkeakoulu • Edisti tutkimukseen perustuvaa koulutusta • Järjesti koulutusta ja teki tutkimus- ja kehittämishankkeita • Osallistui, teki ja tuki tutkimusta
Ammatti-/ ammatilliset järjestöt	<ul style="list-style-type: none"> • Tiedottavat ohjelmasta • Ottavat ohjelman osaksi toimintaa • Käsittelevät ohjelmaa koulutustilaisuuksissa 	<ul style="list-style-type: none"> • Ei mukana arvioinnissa

TAULUKKO 13. Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman toimeenpanon tarkoituksenmukaisuus (N = 15)

	Erittäin	Melko	Vähän
Läänikohtainen tiedotus	9	4	2
Valtakunnalliset seminaarit	8	5	2
Välisarvioinnin palaute	6	5	3

Kuitenkin verkostot olisivat tarvinneet vahvempaa keskushallinnon ohjausta ja tukea kehittämistyössä ja osallistumista alueellisille kehittämispäiville [v10, v14] ja parempaa tiedottamista [v12]. Joidenkin alueiden mukaan tukea toimeenpanoon saatiin niukasti. Sairaanhoidopiiri tuki yhdyshenkilökokouksien järjestämisessä ja ammattikorkeakoulut olivat aktiivisia koulutusten

järjestämisessä [v07]. Yhdellä alueella saatiin kehittämisrahoitusta hankkeisiin [v01]. Verkostoon kuuluvat ovat tukeneet toisiaan [v01, v02] ja useiden organisaatioiden mukanaolo verkostossa on koettu hyvänä. Oman työn ohessa ja osin omin resurssein ohjelman toimeenpano on ollut rajallista, kun sitoutuneita työntekijöitä on ollut vähän [v14]. Joillekin verkostoille lääninhallitus on ollut monenlaisen tuen mm. rahoituksen ja tilojen antaja [v04, v02, v13]. Tukea saatiin myös sosiaali- ja terveysministeriön järjestämässä seminaareissa [v02, v13] ja Stakesin edustajilta [v02].

5.3.3 Ohjelman toimeenpanon tehokkuus

Arvioinnissa ei tarkasteltu, millaisilla kokonaiskustannuksilla hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma saavutti tuotoksensa. Kustannukset muodostuivat neljästä asiakokonaisuudesta. (1) Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman kehittämisestä aiheutuneet kustannukset liittyvät hoitotyön asiantuntijatyöryhmän työskentelyyn käytetystä ajasta ja matkakuluista sekä sihteereille maksetuista palkkioista. Matkakulut ja palkkiot saatiin sosiaali- ja terveysministeriöstä. (2) Ohjelman toimeenpanoon liittyvät kustannukset muodostuivat alueellisiin seminaareihin osallistumismatkoista, osallistuneiden työaikakustannuksista ja vuosittaisten seminaarien kokousjärjestelyistä. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalta saatiin rahoitusta matkoihin ja kokousjärjestelyihin. (3) Alueellisten verkostojen kokousjärjestelyissä tuki lääninhallitus. Työaika- ja matkakustannukset alueryhmien kokouksiin ja valtakunnallisiin seminaareihin saatiin osallistuvilta toimintayksiköiltä. Kolme alueellista verkostoa oli saanut toimintaansa ulkopuolista rahaa. (4) Suurimmat kustannukset muodostuivat verkostojen ja toimintayksiköiden omiin hankkeisiin käyttämästä ajasta ja muista kustannuksista. Tämän kehittämisen katsottiin kuuluvan osaksi omaa työtä. Edellisen perusteella hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmaan liittyen on käytetty hyvin vähän muuta kuin ohjelman toimeenpanoon osallistuneiden omaa työaika. Arvioinnissa ei kysytty sitä, kuinka paljon aikaa käytettiin ohjelman toimeenpanoon alueellisissa verkostoissa ja toimintayksiköissä.

Alueellisten hoitotyön verkostojen sisäinen yhteistyö on toiminut hyvin. Keskeisimpiä vaikeuksia alueen verkostolla näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä oli ajan ja rahoituksen puute, jäsenten vaihtuminen sekä osaamisen ja tukirakenteiden puute. Muutamalla alueella koettiin, ettei ollut riittävästi koulutusta ja toimintavaltuuksia viedä asiaa eteenpäin. Organisaation johto ei tukenut tai tehtävä koettiin epäselväksi. Parilla verkostolla ei ollut minkäänlaisia vaikeuksia. (Taulukko 14.) Harvan verkoston mukaan alueen toimintayksiköissä oli vähän vaikeuksia näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä. Alueelliset verkostot raportoivat vähän toimintayksiköiden kokemia vaikeuksia. Kolmen verkoston mukaan toimintayksiköissä oli puutteita osaamisessa ja kahden mukaan ajan puute vaikeutti näyttöön perustuvan toiminnan kehittämistä.

TAULUKKO 14. Hoitotyön alueellisen verkoston näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä ja juurruttamisessa kokemia vaikeuksia alueella ja terveydenhuollon organisaatioissa (N = 15)

	Alue	Toimintayksikkö
Ai riittävästi aikaa	11	2
Ei riittävästi rahoitusta	11	1
Jäsenten vaihtuminen	8	1
Ei riittävästi osaamista	5	3
Ei mahdollistavia tukirakenteita	4	1
Ei riittävästi koulutusta	3	1
Ei riittäväsi toimintavaltuuksia	3	1
Tehtävä epäselvä	3	1
Organisaation johto ei tukenut	3	0
Ei vaikeuksia	2	1
Organisaatioiden henkilöstö ei tukenut	–	1
Muu vaikeus	2	–

Toisaalta riittämättömien voimavarojen takia työtä tehdään kun ja jos on aikaa. Toiminnasta tulee tehotonta. Tähän viittaavat maininnat ajan ja asiaan sitoutuneiden henkilöiden puutteesta. Suurin osa verkostoista piti taloudellisia voimavaroja riittämättömänä. Tällä tutkimuksella ei saada yhtenäistä kuvaa siitä, millaisia toimeenpanorakenteita oli toimintayksiköissä ja paikallisella tasolla.

5.3.4 Ohjelman vaikuttavuus

Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman kokonaisvaikuttavuutta tarkasteltiin: missä määrin alueelliset verkostot saavuttivat toimintansa tavoitteet ja missä määrin tulokset vastaavat ohjelmalle asetettuja tavoitteita. Toimeenpanon keskeinen tavoite oli, että lääninhallitukset kehittävät toimintayksiköiden kanssa näyttöön perustuvan toiminnan tukijärjestelmiä. Keskeistä oli alueellisten hoitotyön verkostojen kehittäminen, jotka koordinoivat ja tukevat kehittämistyötä alueilla. Hankkeen aikana toimi 15 verkostoa, joista suurin osa käynnistyi hankkeen vaikutuksesta ja aiemminkin perustetut uudistivat toimintaansa ohjelman vaikutuksesta. Verkosto kattoi lähes koko maan lukuun ottamatta Uusimaata ja Päijät-Hämettä. Verkostotoiminnassa saavutettiin myös toinen hankkeessa ollut tavoite, toimintayksiköiden keskinäinen sekä näiden ja koulutuksen ja tutkimuksen edustajien välisen yhteistyön tehostuminen. Kaikilla alueilla tässä tavoitteessa edistytään. Useimmilla alueilla käynnistyi yhteistyö sairaaloiden, terveyskeskusten ja ammattikorkeakoulujen kanssa.

Kolmetoista alueellista verkostoa ilmoitti saavuttaneensa asettamansa tavoitteet, joko kaikki tai osittain. Kaksi verkostoa ilmoitti, ettei ollut saavuttanut asettamiaan tavoitteita. Syinä olivat verkoston toiminnan keskeytyminen muun hankkeen vuoksi [v03] tai se, että verkosto oli käynnistänyt toimintansa arviointivuonna ja asettanut tavoitteensa vasta keväällä 2007 [v09]. (Taulukko 15.) Tavoitteena oli myös, että toimintayksiköt valitsevat painoalueensa ja käynnistävät kehittämishankkeita. Toimintayksiköt käynnistivät ohjelmaan liittyviä kehittämishankkeita runsaasti. Tosin tässä arvioinnissa ei selvitetty, olisiko hankkeita käynnistetty muutenkin.

TAULUKKO 15. Alueellisten verkostojen arvio tavoitteiden saavuttamisesta (N = 15)

Saavutus	Kyllä, kaikki n	Kyllä, osittain n	Ei n
Toimintamallit, työtavat tai hyvät käytänteet hyödynnettäväksi muualla	12	–	3
Pysyvien käytäntöjen muodostuminen	11	–	3
Toimintamallit, työtavat tai hyvät käytänteet joilla juurruttamissuunnitelma	4	6	5
Tavoitteiden saavuttaminen	1	12	2

TAULUKKO 16. Alueellisten verkostojen (N = 15) arvio siitä, miten verkosto ja toimintayksiköiden henkilöstö tuntee hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman tavoitteet

Tavoitteiden tuntemus	Alueellinen verkosto n	Henkilöstö toimintayksiköissä n
Erittäin hyvin	5	–
Melko hyvin	10	8
Melko huonosti	–	6
Erittäin huonosti	–	–
Ei osaa sanoa	–	1

Ohjelman päämääränä oli, että asiakkaiden hoito perustuu näyttöön ja hoitotyössä toimivien toiminnan vaikuttavuus ja osaaminen vahvistuu. Tämä edellyttää, että työntekijät ensin omaksuvat tavoitteet ja uuden toiminnan. Tavoitteen suuntaisesti edettiin, vaikka käytännön työntekijöiden tavoite- ja toimintaohjelman tuntemus jäi vielä vähäiseksi. Kaikki alueelliset verkostot arvioivat tuntevansa hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman tavoitteet erittäin tai melko hyvin. (Taulukko 16.)

5.3.5 Ohjelman hyödyllisyys

Alueellisten verkostojen arvio

Tarkastelu kohdistuu siihen, missä määrin arvioinnin kohteena oleva hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma sai aikaan yhteiskunnallista hyötyä alueellisten verkostojen ja kansallisten toimijoiden näkökulmasta. Viisi alueellista ryhmää arvioi kansallisen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman hyödyn näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä alueella erittäin suureksi, kahdeksan melko suureksi, kaksi keskinkertaiseksi ja yksi melko pieneksi. Ohjelmalla oli merkitystä ensisikkin toiminnan ohjaamisessa, toiseksi kokoamalla meneillään olevat hoitotyöhön kohdistuvan keittämishaasteet yhteen sekä kolmanneksi tuomalla uutta tietoa ja haasteita käytäntöön. Ohjelma ohjasi toiminnan strategista suunnittelua alueella, antoi suuntaviivat, auttoi asioiden viemisessä eteenpäin. Sosiaali- ja terveysministeriön tuottamana tavoite- ja toimintaohjelma koettiin velvoittavaksi, mistä syystä saatiin helpommin voimavaroja. Toisaalta ohjelma on ollut kokoava asiakirja, jossa hoitotyöhön liittyvät asiakirjojen tavoitteet on koottu yhteen. Tavoite- ja toimintaohjelma tiedotti uusista haasteista ja sen ympärille on myös muodostunut yhteistä toimintaa. Toisaalta koettiin, ettei ollut aikaa paneutua uusiin ajatuksiin, kun voimavarat ovat niukkoja. Toisaalta oli hyvä, että hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma nosti esiin uusia ajatuksia. Puutteena koettiin, ettei ohjelma antanut välineitä toiminnan kehittämiseen. (Taulukko 17.)

TAULUKKO 17. Ohjelman merkitys hoitotyön alueellisten verkostojen mukaan

Merkitys	Maininnat
Ohjasi toimintaa	Ohjaa käytännön toimintaa [v04] Valtakunnan taholta tuleva tuki ja koordinointi auttavat asian eteenpäin viemistä [v02] Oli toiminnan suunnittelun lähtökohta, puitteet, suunta [v13] Ei varmaan muuten olisi saatu toimintaa käynnistymään näin pontevasti [v07] Hoitotyön kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma on antanut suunnan ja tukenut hoitotyön strategista suunnittelua ja kehittämistä yhteistyössä yliopiston ja ammattikorkeakoulun kanssa [v09] Antanut suuntaviivat oman alueellisen kehittämis- ja toimenpideohjelman luomiseen [v04] Alueellinen suunnitelma perustuu siihen [v10] STM:n suositus koetaan velvoittavana, johon on helpompi saada resurssejakin [v01]
Kokosi hoitotyön kehittämisen	Ohjelma on toiminut kokoavana asiakirjana [v15] Eri organisaatioiden yhteinen asiantuntijaryhmä koolla [v01]
Tiedotti uusista kehittämishaasteista	Vie aikaa niukkenevissä resursseissa toteuttaa ja ottaa vastaan uusia ajatuksia työn kehittämiseen [v14] Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma on ollut hyvä nostamaan asioita esille, mutta ei ole antanut välineitä näytön kehittämiseksi ja hyödyntämiseksi [v12]

Kansallisten toimijoiden arvio

Stakesin laatusuosituksen arvioinnin (Teräväinen ym. 2007) yhteydessä tehdyn kansallisten asiantuntijoiden arvioinnin mukaan hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman tavoitteet ovat osaltaan tukeneet muita kansallisia tavoitteita ja ohjelmia. Ohjelma välitti tietoa kaikista julkaisujankohdista mennessä ilmestyneistä ja voimassa olevista sosiaali- ja terveydenhuollon laatusuosituksista ja oppaista, joista raportissa oli erillinen taulukko. Ohjelma nosti esille hoitotyön henkilöstön tehtäväkuvan laajentamisen tarpeen terveydenhuollossa. Se uudisti toimintaa ja loi paineita lainsäädännön kehittämiseksi (rajoitettu lääkkeenmääräämisoikeus).

Ohjelmaan on viitattu lukuisissa muissa sosiaali- ja terveysministeriön kansallisissa tavoiteasiakirjoissa ja se on osaltaan vaikuttanut valtakunnallisten hankkeiden ja ohjelmien käynnistymiseen. Näitä ovat muun muassa valtakunnallinen STM:n rahoittama ja Varsinais-Suomen shp:n koordinoima hoitotyön sähköinen potilaskertomus (Hoidok) -hanke. Sen alahankkeena toimi johtamisen työryhmä, joka sopi valtakunnallisesti hoitotyön johtamisesta ja systemaattisessa seurannassa tarvittavista tietoalueista ja indikaattoreista. Se myös tuotti niitä. (Kansallisesti yhtenäiset... 2007). Ohjelman seurauksena käynnistyi myös Stakesin koordinoima hoitotyön benchmarking -hanke (2006–2007), joka laati etenemissuunnitelman kansallisen benchmarking-toiminnan käynnistämiseksi hoitotyössä (Perälä ym. 2007). Ohjelma on vaikuttanut myös vuonna 2006 perustetun Hoitotyön tutkimussäätiön toiminnan suuntaamiseen ja Näyttöön perustuvan toiminnan omaksuminen hoitotyössä -hankkeen käynnistymiseen. Ohjelma on ohjannut myös STM:n ja sen alaisten laitosten (Stakes, KTL, TTL, TEO) hoitotyön verkoston toimintaa (tiedotuksen seminaarien suunnittelu mm. eduskunnassa, kansalliset seminaarit) ja siitä oli maininta sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksessa (STM 2006).

Soveltuvuus ohjauksen välineeksi

Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman soveltuvuutta palvelujen ohjauksen välineeksi kysyttiin lääninhallitusten edustajilta. Kysely tehtiin Laatusuosituksen arvioinnin yhteydessä (Teräväinen ym. 2007). Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma oli mukana kyselyssä, vaikka se ei ole varsinaisen laatusuosituksen eikä sen tavoitteena ole suositusluonteinen ohjaus. Tavoite- ja toimintaohjelman tavoitteena on pikemminkin välillinen ohjaus, jossa palvelujen tuottajat tunnistavat ongelmia

TAULUKKO 18. Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman soveltuvuus ohjauksen välineeksi (n = 10)

Lääni \ soveltuvuus	Neuvonta Ka (n, vaihteluväli)
Etelä-Suomi	3,6 (5, 1–5)
Itä-Suomi	3 (1)
Länsi-Suomi	2 (3, 1–3)
Oulu	–
Lappi	4 (1)
Ka	2,9

1) Asteikko: 5 = hyvin – 1 = huonosti, ei käytä tai ei tietoa

ja kehittämiskohteita ja käynnistävät kehittämisen. Tämä tulee huomioida, kun tarkastellaan seuraavia tuloksia. Hoitotyön ohjelman soveltuvuutta ohjaukseen koskevaan kysymykseen vastasi lääneistä 10 henkilöä. Läänien edustajien mukaan hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma sopii keskimukaisesti ohjauksen välineeksi. Läänien välillä oli kuitenkin huomattavia eroja. Länsi-Suomen läänissä soveltuvuus arvioitiin huonoimmaksi ja Lapin läänissä parhaimmaksi. (Taulukko 18.)

5.3.6 Muutoksen pysyvyys

Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman aikana saavutettujen käytäntöjen pysyvyyttä tiedusteltiin kysymällä alueellisten verkostojen toiminnan jatkamisesta sekä sitä, oliko käynnistynyt pysyviä käytäntöjä, ja voisiko kehitettyjä käytäntöjä hyödyntää muualla. Nämä kysymykset eivät kuitenkaan anna kokonaiskuvaa siitä, miten pysyväksi toiminta muodostuu ja onko todennäköistä, että vaikutukset alkavat hävitä ohjelman toiminnan päättyttyä.

Hoitotyön alueellisen verkoston toiminta jatkuu useilla alueilla. Kahdeksan verkostoa oli tehnyt päätöksen verkoston jatkamisesta kyselyajankohtaan mennessä. Näistä viisi aluetta ilmoitti jatkavansa alueellisen verkoston toimintaa sellaisenaan [v02, v04, v05, v07, v11] ja kolme uudelta pohjalta [v06, v09, v12]. Seitsemän verkostoa ei ollut vielä tehnyt päätöstä. Näistä neljän alueellisen verkoston mukaan verkoston toimintaa jatketaan todennäköisesti [01, v03, v10, v14] ja kolme arvioi lopettavansa verkoston toiminnan [v08, v13, v15]. Alueellisten verkostojen toiminnan jatkumista hankkeen päättymisen jälkeen tukee verkostotoiminnasta saadut hyödyt. Erityisesti koulutuksen ja alueen toimintayksiköiden yhteistyön tehostumisesta saaduilla hyödyillä voi olla kauaskantoisia vaikutuksia koulutuksen ja tutkimuksen suuntaamiselle. Pysyvyyttä voivat ennustaa myös ohjelman aikana muodostuneet pysyvät käytännöt.

5.4 Hoitotyön tulevaisuuden kehittämiskohteet ja toimeenpanon haasteet

5.4.1 Tulevaisuuden kehittämiskohteet

Alueellisilta verkostoilta (N = 15) kysyttiin, tarvitaanko kansallista hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmaa myös tukevaisuudessa. Seitsemän verkoston mukaan tarvitaan oma erillinen ohjelma. Kuuden verkoston mukaan tarvitaan sekä oma erillinen että muihin ohjelmiin integroitu hoi-

totyön osuus. Kolmelle verkostolle riittäisi, kun hoitotyö on sisällytetty osaksi muita sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisia ohjelmia.

Hoitotyön käytännön teema-alueita olivat käytäntöjen yhtenäistäminen ja palvelujen integraation parantaminen, asiakaslähtöisyys ja vaikuttavuus, lasten ja vanhusten hoidon kehittäminen ja näyttöön perustuvan toiminnan tuen kehittäminen. Hoitotyön johtamisen tulevaisuuden painoalueita ovat hoitotyön vetovoimaisuus, johtamisosaaminen sekä hoitotyön vaikuttavuus ja toimivuus. Koulutuksen haasteina ovat työelämän tarpeisiin vastaaminen, näyttöön perustuvan opetuksen ja toimintakulttuurin kehittäminen, kliinisen osaamisen vahvistaminen ja turvaaminen sekä yhteistyön vahvistaminen alueella. Hoitotyön tutkimuksen haasteena on tutkimuksen kohdentaminen käytäntöä hyödyttäväksi, tuen ja kannustuksen antaminen käytännön työntekijöille, hoitotyön hankkeiden näkyväksi saaminen sekä vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden arvioinnin kehittäminen. (Taulukko 19.)

Lisäksi tarkennettiin erityisesti näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisen tulevaisuuden painopisteitä. Toiminnan edellytysten kehittämisessä esiin tuli erilaisten näyttöön perustuvien toimintamallien ja hyvien käytäntöjen kehittäminen ja toimeenpano, toiminnan vaikuttavuuden arviointi, vaikuttavuustutkimuksen hyödyntäminen käytännössä sekä yhteistyö Käypä hoidon kanssa suositusten laatimisessa. Verkostot mainitsivat myös terveyden edistämisen, vanhukset ja kliinisen hoitotyön painopistealueiksi, joilla näyttöön perustuvaa toimintaa tulisi erityisesti kehittää. (Taulukko 20.)

Vastaajien oli vaikea nostaa yhtä yksittäistä teemaa valtakunnallisesti painopistealueeksi. Kaikkien ohjelmassa nyt olevien sekä edellä esitettyjen osa-alueiden sisällyttämistä ohjelmaan korostettiin edelleen. Lisäksi korostettiin, että teemojen tulisi nousta alueellisista tarpeista, ja että kehittämistä pitäisi resursoida riittävästi. Kaikki teemat liittyivät jollain tavalla johtamiseen ja johtamisosaamiseen sekä sitä kautta käytännön toiminnan kehittämiseen.

Teemoiksi mainittiin

- Hoitotyön johtaminen ja päätöksenteko, myös luottamushenkilöiden sitouttaminen [v07]
- Hoitotyön johtaminen – hoitotyön johtajien johtamisosaamisen hyödyntäminen terveydenhuollon erilaisissa johtamistehtävissä – hoitotyön johtaminen tutkimuksen ja näytön avulla - hoitotyön vaikuttavuustutkimuksen edistäminen [v09]
- Vaikuttava hoitotyö, hoitotyön arviointi ja mittarit sekä vaikuttavuuden mittaaminen [v01]
- Hoitotyön vaikuttavuus näyttöön perustuvalla kirjaamisella [v02]
- Potilasturvallisuus, uuden terveysteknologian hyödyntäminen [v04]
- Käytännön kehittäminen [v06]

TAULUKKO 19. Keskeisimmät hoitotyön kehittämiskohteet tulevaisuudessa

Luokat	Maininnat
Hoitotyön käytäntö	
Käytäntöjen yhtenäistäminen	Yhtenäiset hoitomallit, myös terveyden edistämisessä
Palvelujen integraation parantaminen	Hoidon saumattomuuden turvaaminen alueella Avo-laitos -raja-aidat matalaksi ja yhteistyötä Palveluketjun kokonaisuuden huomioiminen Hoitotyö osaksi terveydenhuoltoa, yhteistyö EBM ja sosiaalialan kanssa, Käypä hoito -ohjeiden integrointi hoitotyön ohjeisiin
Asiakaslähtöisyys ja vaikuttavuus	Todellinen asiakaslähtöisyys ja asiakaslähtöiset prosessit Hoitotyön vaikuttavuus Asiakaslähtöisen hoitotyön kehittäminen (Substanssi)osaamisen ja osajien vahvistaminen Asiantuntijasairaanhoidajat, kelpoisuudet, tehtäväkuva, työnjako Ammattitaitoinen henkilöstö – lääkehoidon osaaminen
Eri ryhmien hoitotyön kehittäminen	Lasten ja nuorten hyvinvoinnin tukeminen Vanhusten hoidon ja tukitoimien kehittäminen
Uudet keinot ja näyttöön perustuva toiminta	Väestön omahoidon tukimuotojen kehittäminen teknologiaa hyödyntäen (ohjaus, neuvonta, sähköinen asiointi) Tutkimustiedon käyttö osaksi hoitotyö kulttuuria Näyttöön perustuva tieto käytännöksi Terveyden edistämisen näyttöön perustuvat toimintakäytännöt
Hoitotyön johtaminen	
Hoitotyön vetovoimaisuus	Henkilöstön riittävyys, jaksaminen, työn mielekkäisyys
Johtamisosaaminen, johtajien asema ja rooli	Oikea osaaminen oikeassa paikassa, oikeudenmukainen ja vaikuttava johtaminen, motivointi PARAS-hankkeessa, tehtävän uudistuminen
Hoitotyön vaikuttavuus, toimivuus	Sähköisen dokumentointitiedon hyödyntäminen, moniammatillinen yhteistyö, kansallisen bm-toiminnan käynnistäminen, NTP-toiminta
Hoitotyön koulutus	
Koulutusta työelämän tarpeisiin	Käytännön taitojen hallinta; opettajien työelämäosaamisen vahvistaminen; työkierto Työelämän ja kouluttajien kumppanuus ja yhteistyö koulutuksen suunnittelussa, kehittämisessä, toteutuksessa Hoitotyön sähköisen dokumentoinnin koulutus eri tasoille; moniammatillisen tiimityön valmiuksien luominen. Kirjaamisen kehittäminen
Näyttöön perustuva opetus ja toimintakulttuurin muutokset	Näyttöön perustuvan hoito-otteen vahvistaminen koulutuksessa Opetus perustumaan hoitotieteelliseen tutkittuun tietoon Opiskelijoiden motivointi lukemaan tutkimuksia ja innostaminen tutkimustiedon käytöstä jo opiskelun aikana
Eritasoisen osaamisen vahvistaminen ja turvaaminen	Kliinisen osaamisen tason nostaminen opiskelijat ja opettajat Erikoistuminen, asiantuntijuus; täsmäkoulutukset Hoitotyön lähiesimiesten koulutus (osastonhoitajat ym.)
Yhteistyön vahvistamiseen tähtäävät toimet alueella	Ammattikorkeakoulun ja ammattiopistojen yhteistyön kehittäminen Hoitotyön alueellisten täydennyskoulutusohjelmien laatiminen osana 1) väestön terveyden edistämisen ohjelmia, 2) alueellisten hoitoketjujen ja niitä tukevan tiedonkulun ohjelmia Hoitotyön koulutuksen alueellinen ennakointi ja sisällön kehittäminen yhteistyössä koulutusorganisaatioiden kanssa osana koulutuksen suunnitteluprosessia
Hoitotyön tutkimus	
Käytäntöä palvelevat tutkimuskohteet	Hyvien käytäntöjen kehittämistä palveleva tutkimus toimintamallien vaikuttavuudesta Tutkimuksen raportoinnin parantaminen
Kannustus ja tuki käytäntöön	Tutkimusten hyödyntäminen ja tutkimukseen kannustaminen Näyttöön / tutkittuun tietoon perustuva toiminta / hoitotyö
Hoitotyön hankkeet näkyvämmäksi	Tutkimuksen ja käytännön yhdistäviä laajoja tutkimushankkeita kunnan rahoituksella
Hoitotyön vaikuttavuus ja tuloksellisuus	Hoitotyön interventioiden kehittäminen ja niiden kustannus–vaikuttavuuden arviointi Hoitotyön työnmenetelmien vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden tutkimus Mittareiden kehittäminen hoitotyön vaikuttavuuden, laadun ja kustannusten seurantaan Testattuja ja luotettavia mittareita käyttöön Valtakunnallinen hoitotyön mittareiden pankki Hoitotyön keskeisten suositusten laatiminen

TAULUKKO 20. Keskeisimmät näyttöön perustuvan hoitotyön painopisteet tulevaisuudessa

Edellytysten luominen	
Toimintamallit ja hyvät käytännöt ja niiden toimeenpano	Erialaisten näyttöön perustuvien toimintamallien kehittäminen [v06, v07] Hyvien käytäntöjen ja tutkimustulosten implementointi käytäntöön [v10] NPT toimintastrategian konkreettinen toimeenpano ja toteuttaminen [v04]
Toiminnan vaikuttavuus ja tuloksellisuus	Arvioinnin kehittäminen/ vaikuttavuuden mittaaminen [v07] Vaikuttavuustutkimusten hyödyntäminen [v01] Toiminnan tulosten mittaaminen, toimintaympäristön merkityksen mittaaminen toiminnan tuloksiin [v06] Palvelujen riittävyys [v14]
Yhteistyö suositusten laatimisessa	Hoitotyön suositusten laatiminen ja yhteistyö Käypä Hoito -hankkeen kanssa [v09]
Substanssialueita	
Terveyden edistäminen	Terveyden edistäminen, ennalta ehkäisy edistäminen [v013] Terveyden edistäminen kaikilla yhteiskunnan alueilla [v05] Terveyden edistämisen mallit [v09]
Ikääntyvien palvelut	Ikääntyvän väestön palvelujen alueella on laajasti kehittämistarvetta, ja siihen kohdistuvat suurimmat paineet muutoinkin [v15]
Kliiniset alat	Suunnitelmallisuuden parempi läpinäkyvyys kliiniset alat ja kliininen työ [v02]
Muita menetelmiä	Miten priorisoidaan [v14] Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen [v02]

5.4.2 Toimeenpanon kehittämisehdotuksia

Alueelliset verkostot esittivät kehittämisehdotuksia hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman kansallisen toimeenpanon kehittämiseksi. Hankkeille tulisi nimetä kokopäivätoimiset koordinaattorit. Saatavilla tulisi olla valtakunnallista konkreettista tukea, voimavaroja toimeenpanoon ja seminaareja myös paikallisella ja alueellisella tasolla eri puolilla maata. Tarvitaan myös enemmän alueellista ja lähialueiden yhteistyötä. Koulutusmateriaalin saaminen ja riittävä tiedottaminen sekä sosiaali- ja terveysministeriön perustamat verkkosivut edistäisivät myös toimeenpanoa ja hyvien käytäntöjen välittämistä. Lisäksi toivottiin, että ohjelmien valmistelu olisi laaja-alaista. (Taulukko 21.)

Hoitotyön alueellisten verkostojen mukaan näyttöön perustuvan toiminnan kehittämistä alueella tukee valtakunnallinen asiantuntijaverkoston perustaminen ja yhteistyö Käypä hoidon kanssa. Kehittämistä tukisivat myös hoitotyön suositukset ja tiivistetyn tiedon saaminen, valtakunnalliset ohjeet, koulutusohjelmat sekä mallit näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi. Toimintayksiköt tarvitsivat eniten hoitotyön suosituksia, arvioituja menetelmiä ja tiivistetyn tiedon saamista yhdestä paikasta. (Taulukko 22.)

TAULUKKO 21. Alueellisten verkostojen kehittämisehdotuksia hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman toimeenpanon ja hyödyntämisen kehittämiseksi

Luokat	Maininnat
Kehittämiprojekteissa kokopäiväiset koordinaattorit /työntekijät	Kehittämiprojekteihin nimetyt työntekijät, jotka toimivat koko alueella tukena ja opastajana ja motivoijana [v14] Olisi saatava kokopäiväiset ohjelman koordinaattorit ainakin sairaanhoidopiireihin [v02]
Valtakunnallista konkreettista tukea ja seminaareja paikalliselle tasolle / eri puolilla maata	Kaipaamme myös paikalliselle tasolle ulottuvia asiantuntijakonsultaatioita valtakunnan tasolta ja STM:stä [v04] Valtakunnallista, konkreettista tukea tarvitaan enemmän [v04] Seminaarit eri puolelle Suomea [v13] Valtakunnalliset väliarviointiseminaarit voisivat olla useammalla paikallakunnalla [v01]
Enemmän alueellista ja lähialueiden yhteistyötä	Enemmän yhteistyötä maantieteellisten lähialueiden esim. ERVA puitteissa (esim. puheenjohtajien ja sihteereiden välisiä kokouksia) [v04]
Koulutusmateriaalia ja tiedottamista sekä STM:n verkkosivut	Koulutusmateriaalia lisää [v04] Toivomme STM:n nettisivujen täydennystä, päivitystä ja ajankohtaista tietoa sieltä [v04] Tiedottamista enemmän [v01]
Ohjelmien valmistelu laaja-alaista	Tulevien ohjelmien valmistelu laajassa yhteistyössä kentän kanssa, jotta niihin sitouduttaisiin (riittävän konkreettisia ja realistisia) [v12]
Hyvien käytäntöjen välittäminen	Hyvien tapausten ja toimintamallien esilletuominen yhteisissä koulutus/seminaaritilaisuuksissa hyödyttää kaikkia [v07] Hoitotyön johtajien valtakunnallisen verkoston kautta hyvät toimintamallit käyttöön [v09]
Voimavarat	Resursseja tulisi saada ohjelman toimeenpanoon [v08]

TAULUKKO 22. Tuen tarve näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä alueellisessa verkostossa ja toimintayksiköissä (N = 15)

Tuen muoto	Alueellinen verkosto	Toimintayksiköt
Valtakunnallinen asiantuntijaverkosto	11	1
Yhteistyö Käypä hoito -hankkeen kanssa	10	4
Kansalliset ohjeet näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi	9	3
Hoitotyön suositukset	9	6
Yhdestä paikasta tiivistetyn tiedon saaminen	9	5
Hoitotyön menetelmien arviointi (Finohta)	8	6
Valtakunnallisesti yhtenäinen koulutusohjelma	8	3
Hoitotyön tutkimussäätiön mallit ja tuki	8	1

6 Yhteenveto ja pohdinta

Tässä hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman arvioinnissa tarkasteltiin, mitä toimintaa (hankkeita ja tukirakenteiden kehittämistä) alueilla ja toimintayksiköissä käynnistyi hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman vaikutuksesta sekä arviointiin ohjelman toimeenpanoa, ohjelman relevanssia, vaikuttavuutta ja hyödyllisyyttä sekä saavutusten pysyvyyttä. Lisäksi tarkasteltiin, mitä ovat hoitotyön kehittämisen tulevaisuuden painopisteet. Arviointia varten tietoa saatiin pääasiassa alueellisilta verkostoilta ja dokumenteista.

6.1 Ohjelman toteuttaminen alueilla sekä toiminta- ja koulutusyksiköissä

Ohjelman tarve, tavoitteet ja voimavarat

Tavoite- ja toimintaohjelmaa tarvittiin tukemaan hoitotyössä toimivia johtajia ja työntekijöitä näyttöön perustuvan toiminnan tukirakenteiden ja käytännön kehittämisessä sekä henkilöstön sitouttamisessa useisiin samanaikaisiin kansallisiin ja alueellisiin hankkeisiin ja ohjelmiin. Ohjelmaa tarvittiin myös hoitotyön henkilöstön tavoitteiden yhtenäistämiseen ja alueellisen yhteistyön vahvistamiseen. Tavoitteena oli hoitotyön vaikuttavuuden ja osaamisen vahvistaminen sekä toiminnan perustaminen parhaaseen ajantasaiseen näyttöön.

Tavoite- ja toimintaohjelma antoi vastuuta toimeenpanosta lääninhallituksille, sairaanhoitopiireille, terveyskeskuksille, vanhusten hoitolaitoksille, alan koulutuksen ja tutkimuksen edustajille sekä ammatti- ja ammatillisille järjestöille. Kukin taho valitsi ohjelmasta itseään koskevat kehittämishaasteet. Lääninhallitusten vastuulla oli hoitotyön alueellisten verkostojen kokoaminen niin, että siinä olivat kaikki alueen edellä mainitut toimijat. Ohjelman toimeenpano toteutettiin pääasiassa lääninhallitusten ja toimintayksiköiden omalla rahoituksella. Toimeenpanon tueksi järjestettiin vuosittain kansallinen seminaari ja alueellisia seminaareja.

Kehittämistoiminta alueilla ja toimintayksiköissä

Organisoituminen. Keskeisen toimeenpanon tukirakenteen muodostivat 15 hoitotyön alueellista verkostoa. Näistä suurin osa käynnistyi ja osaa uudistettiin ohjelman vaikutuksesta. Yhdeksää verkostoa koordinoi sairaanhoitopiiri yksin, muita lääninhallituksen sosiaali- ja terveysosasto sairaanhoitopiirin kanssa tai lääninhallitus yksin. Verkostotyöhön osallistui enimmillään kuudesta seitsemään alueen tahoja. Useimmissa verkostoissa oli toimijoita lääninhallituksen lisäksi terveyskeskuksesta, sairaanhoitopiiristä, ammattikorkeakoulusta ja vanhustenhoitolaitoksesta. Yksityinen ja kolmas sektori oli mukana muutamissa verkostoissa. Useimmat verkostot pitivät yhteyttä niihin alueen tahoihin ja toimintayksiköihin, joilla ei ollut edustajaa verkostossa. Jäsenet toimivat verkostossa oman työnsä ohessa. Kolme aluetta sai rahoitusta lääninhallitukselta alkaen koulutus- ja osallistumismaksuista osa-aikaisen projektihenkilön palkkaukseen sekä matkoihin ja koulutukseen. Tiedonvälittämisessä muutamat verkostot käyttivät videoneuvotteluja ja extranet-

sivustoja. Alueellisen verkoston lisäksi muita näyttöön perustuvan toiminnan tukirakenteita olivat alueelliset ja toimintayksiköiden näyttöön perustuvan toiminnan työryhmät, toimintayksiköiden ja tulosalueiden vastuuhenkilöt, sairaaloiden ja terveyskeskusten sivu- tai yhteiset virat yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen kanssa, eripituiset koulutukset ja seminaarit sekä sähköisten tietolähteiden käyttö.

Kehittämistoiminta. Lähes kaikilla alueellisilla hoitotyön verkostoilla oli koulutukseen, käytäntöön ja johtamiseen liittyvää ja kahdeksalla verkostolla myös tutkimukseen liittyvää kehittämistyötä. Useimmat verkostot kehittivät hoitotyön strategisia linjauksia ja johtamista, käytäntöä näyttöön perustuvaksi, osaamista ja alueellisen verkoston toimintaa. Jotkut alueet kokosivat olemassa olevien hankkeiden tuottamaa tietoa ja käynnistivät uusia hankkeita. Kehittämistyötä kohdennettiin myös tiettyihin asiakokonaisuuksiin kuten terveyden edistämiseen, sähköiseen kirjaamiseen, hoito- ja palveluketjujen toimivuuteen sekä ammattiryhmien väliseen työnjakoon. Puolet verkostoista oli laatinut erillisen suunnitelman näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi ja kaikissa verkostossa oli järjestetty aiheeseen liittyvää koulutusta. Ammattikorkeakoulut tai sairaanhoitopiirit järjestivät koulutusta useammin kuin alueelliset verkostot ja terveyskeskukset. Koulutukset olivat tavallisesti lyhyitä (noin päivä), joukossa oli joitakin pidempikestoisiakin koulutuksia ja koulutusohjelmia.

Alueiden välillä oli tavoitteiden asettamisen aktiivisuudessa huomattavia eroja; joissakin verkostoissa kaikilla neljällä keskeisellä toimijalla oli tavoitteita, joissakin vain yhdellä. Yli puolella alueista kehittämistyötä oli sairaanhoitopiirillä, terveyskeskuksella, ammattikorkeakoululla ja kahdella näiden lisäksi myös yliopistoilla. Sairaanhoitopiirin ja sairaalan rooli kehittämistyössä oli merkittävä työntekijöidensä näyttöön perustuvan toiminnan kehittäjänä, kouluttajana, tutkimus- ja kehittämishankkeiden toteuttajana ja alueellisena verkostoijana. Kouluttajina profiloituvat erityisesti ammattikorkeakoulut sekä sairaanhoitopiirit ja sairaalat.

Kehittämistoiminnan hyödyt ja vaikutukset

Hyödyt. Tavoite- ja toimintaohjelmaan liittyvä kehittäminen koettiin hyödylliseksi. Verkostot arvioivat ohjelman merkityksen näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä vähintään melko suureksi. Ohjelma ohjasi toiminnan kehittämistä ja strategista suunnittelua alueella, kokosi hoitotyöhön kohdistuvat kehittämishaasteet ja kansallisten strategisten asiakirjojen ja ohjelmien tavoitteet yhteen sekä antoi tietoa ja haasteita ja auttoi asioiden viemisessä eteenpäin. Sosiaali- ja terveysministeriön tavoite- ja toimintaohjelma koettiin velvoittavaksi ja siksi siihen saattoi olla helpompi kohdentaa voimavaroja. Toisaalta ohjelman uusiin haasteisiin ei ollut aikaa paneutua niukkojen voimavarojen vuoksi. Puutteena koettiin, ettei ohjelma antanut välineitä toiminnan kehittämiseen.

Alueellinen verkosto mahdollisti yhteisten tavoitteiden luomisen ja lisäsi toimijoiden keskinäistä yhteistyötä. Erityisesti alueiden oppilaitosten ja käytännön kentän yhteistyö tehostui. Alueellisissa työfoorumeissa käsiteltiin hoitotyön osaamisen kehittämistä, muodostettiin yhteinen tahtotila koulutustarpeista ja eri ryhmien koulutusten sisällöistä sekä suunniteltiin näyttöön perustuvan toiminnan toimeenpanoa. Myös opinnäytetöitä suunnattiin näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseen. Jotkut verkostot järjestivät koulutusta tiedonhankinnasta, tiedon hakemisesta ja harjoittelivat näytön hyödyntämistä. Joissakin verkostoissa toiminta oli keskittynyt substanssikysymyksiin kuten terveyden edistämiseen ja potilasohjaukseen.

Vaikutukset. Keskeiset hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman vaikutukset liittyivät hoitotyön sisällön kehittämiseen ja näyttöön perustuvan toiminnan tukirakenteiden muodostumiseen. Pysyviä käytäntöjä muodostui 10 verkoston alueella ja muualla hyödynnettäviä toimintamalleja, työtapoja ja hyviä käytäntöjä 12 verkoston alueella. Muualla hyödynnettäväksi soveltuvat hyvät käytännöt liittyivät muun muassa masentuneen potilaan näyttöön perustuvaan hoitotyöhön, palliatiiviseen hoitoon, terveystapaamisiin, yhteisesti sovittuihin käytäntöihin hoitoketjuissa,

alueellisiin koulutuksiin, verkostokokouksiin, yhteistyöhön potilasohjauksessa, alueelliseen päättökokeeseen, opettajien työelämään tutustumisjaksoihin, alueelliseen hoitotyön strategian laadintaan, internet-sivuihin, työnjakomalleihin ja kehittämistoimintaa tukevaan täydennyskoulutukseen.

Ohjelman tarkoituksena oli myös tukea jo meneillään olevaa kehittämistä ja levittää tuotoksia. Siksi toimintayksiköt ovat voineet mainita hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman tuotoksiksi jo aiemmin käynnistettyjä hankkeita. Arviointi kuvaa verkostotyössä mukana olleiden toiminta- ja koulutusyksiköiden tilannetta eikä siten anna tietoa verkostojen ulkopuolella olevien tavoitteiden suuntaisesta toiminnasta. Tosin suurin osa verkostoja piti yhteyttä myös verkoston ulkopuolisiin tahoihin alueella. Oletettavaa on, että aktiivisimmat ja kehityshalukkaimmat työyksiköt hakeutuivat alueellisten verkostojen toimintaan. Myönteistä oli koulutuksen aktiivinen osallistuminen alueellisten verkostojen toimintaan.

6.2 Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman arviointi

Ohjelman relevanssi

Hoitotyön alueellisten verkostojen mukaan tavoite- ja toimintaohjelman sisältö paria verkostoa lukuun ottamatta arvioitiin vähintään melko tarkoituksenmukaiseksi. Ohjelma ohjasi hoitotyön kehittämisen suuntaa alueilla ja toimi välineenä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon keskinäisten verkostojen luomisessa. Tavoite- ja toimintaohjelman sisältö – käytäntö, johtaminen, koulutus ja tutkimus – arvioitiin joko erittäin tai melko hyödylliseksi. Aivan kaikissa verkostoissa ei ollut koulutuksen edustajia, mikä osaltaan saattoi vaikuttaa siihen, että yksi verkosto arvioi koulutuksen ja yksi tutkimuksen merkityksen vähäisemmäksi omalla kohdallaan. Ohjelman koettiin antaneen hyvän perustan myös yksittäisille hoitotyön toimijoille, kolmannelle ja yksityiselle sektorille. Sisällöt ohjasivat toiminnan tavoitteiden asettelua ja kehittämistä, koulutusta ja johtamista. Erinomaista oli tavoitteiden konkretisointi ohjelman liitteenä olleiden esimerkkien avulla. Ohjelman sisältöä pidettiin edelleen ajankohtaisena ja sen arvioitiin olevan sitä myös tulevaisuudessa. Keskeiset hoitotyön osa-alueet olivat esillä. Ohjelman rakennetta pidettiin selkeänä ja hoitotyön toimintatodellisuutta jäsentävänä.

Toimeenpanon tarkoituksenmukaisuus ja tehokkuus

Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmassa määriteltiin kansalliset, alueelliset ja paikalliset vastuut toimeenpanolle. Kansalliset toimijat tukivat lähes suunnitellusti toimeenpanoa, vaikka kaikkia tavoitteita ei saavutettu. Myös lääninhallitusten sekä verkostossa mukana olleiden toiminta- ja koulutusyksiköiden toiminta oli tavoitteiden suuntaista. Keskeisiä toimeenpanon tukijoita olivat sairaanhoitopiirit, lääninhallitukset ja verkoston muut organisaatiot, joiden kanssa voi jakaa kokemuksia. Joillakin alueilla saatiin pientä ulkopuolista rahoitusta toimeenpanoon. Valtakunnalliset seminaarit ja tiedonvälitys loivat verkoston, joka mahdollisti toimintojen vertailun ja hyväksi havaittujen toimintakäytäntöjen jalkauttamisen. Lähes kaikkien verkostojen mukaan hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman valtakunnallinen toimeenpano oli erittäin tai melko tarkoituksenmukainen. Eteneminen koko hoitotyön rintamalla koettiin tuloksekkaaksi ja valtakunnallinen toimeenpano kokosi asiat hyvin yhteen. Vaikka toimeenpanon tavoite toteutui lähes suunnitelman mukaan, verkostot kokivat saaneensa tukea toimeenpanoon niukasti: olisi tarvittu huomattavasti vahvempaa keskushallinnon ohjausta ja tukea kehittämistyössä ja osallistumista alueellisille kehittämispäiville sekä parempaa tiedottamista. Keskeisimpiä vaikeuksia aiheutti verkoston jäsenten vaihtuminen, ajan, rahoituksen, osaamisen, tukirakenteiden ja koulutuksen puute, sekä toimintavaltuuksien rajallisuus viedä asiaa eteenpäin. Toimintayksiköt tarvitsivat eniten hoitotyön suosituksia, arvioitua menetelmiä ja tiivistettyä tietoa, jota saisi yhdestä paikasta.

Hoitotyön alueelliset verkostot olivat toimivia ohjelman toimeenpanorakenteita. Toimeenpanossa keskeistä oli asiantuntemuksen kokoaminen alueilla. Lisäksi kohderyhmä oli hyvin motivoitunutta ja halukas käyttämään uutta tietoa. Toimeenpanoon käytettiinkin hyvin vähän muita voimavaroja kuin ohjelmaan osallistuneiden omaa työaika. Kehittämisellä osana päivittäistä toimintaa oli hyötynsä ja haittansa. Kun toimintaa kehitetään työn ohessa, opitaan samalla uusi käytäntö. Toisaalta osana toimintaa kehittäminen etenee hitaammin, kun asiaan paneutuminen vie aikaa ja vaatii enemmän järjestelyjä erityisesti hoitotyön johtajien työssä. Työkiireiden vuoksi läheskään aina ei voi edetä suunnitellussa aikataulussa, siksi kehittämistyöstä puuttuu usein myös järkevyys. Tehokkainta olisi yhdistää projektimainen työskentely ja osana omaa työtä tapahtuva kehittäminen ja oppiminen siten, että projekti rakennetaan niiden toimijoiden varaan, jotka ovat sitoutuneita ja vastuussa kehitettävästä tehtävästä.

Tällä tutkimuksella ei saatu yhtenäistä kuvaa siitä, millaisia toimeenpanorakenteita oli toimintayksiköissä ja paikallisella tasolla. Ohjelman toimeenpanossa pienellä ajan ja rahallisen tuen lisäyksellä olisi saatu vaikuttavampaa toimintaa. Voimavarojen suuntaaminen erityisesti alueellisen verkoston toimintaan olisi tehostanut kehittämistyötä huomattavasti.

Ohjelman vaikuttavuus ja pysyvyys

Ohjelmalla oli monen tasoisia tavoitteita. Tutkimuksessa arvioitiin, miten alueelliset verkostot saavuttivat tavoitteensa ja miten alueiden tavoitteet edistivät tavoite- ja toimintaohjelman tavoitteiden saavuttamista. Kahta verkostoa lukuun ottamatta verkostot saavuttivat tavoitteensa kokonaan tai osittain. Toisen verkoston toiminta käynnistyi vasta arviointivuonna, toisella toiminta keskeytyi muun hankkeen vuoksi. Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman tavoitteiden tuntemus oli alueellisissa verkostoissa erittäin tai melko hyvä mutta hoitotyön toimijoiden joukossa se oli heikompaa; osalla melko hyvää ja osalla melko huonoa. Näyttöön perustuvan toiminnan periaatteet tunnettiin heikosti erityisesti toimintayksiköissä. Näyttöön perustuvan toiminnan asiakastason vaikutuksia saadaan vasta sitten, kun muutos saadaan aikaan hoitohenkilöstön tuntemuksen lisäksi itse toiminnassa (Rycroft-Malone ym. 2004).

Alueellisten verkostojen merkitys hoitotyön tavoitteiden saavuttamisessa oli keskeinen. Vaikuttavuutta lisäsi se, että verkostot kattoivat lähes koko maan ja useimmat jatkavat toimintaansa ohjelman päättymisen jälkeen. Keväällä 2008 halukkuuden verkoston perustamiseen ilmaisivat myös alueet, jotka eivät käynnistäneet verkostoa ohjelman aikana (Uusimaa ja Päijät-Häme). Merkittävä saavutus oli sairaaloiden, terveyskeskusten, ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen keskinäisen yhteistyön tehostuminen alueilla. Tällä yhteistyöllä on vaikuttavuutta ohjelman jälkeenkkin: tiedon välittämisessä tuleville työntekijöille ja kehittämistavoitteiden yhtenäistämässä, koulutusohjelmien muodostamisessa käytäntöä palveleviksi, asiantuntija-avun saamisessa kehittämistyöhön sekä tutkimustiedon tuottamisessa ja välittämisessä erilaisten opinnäytteiden avulla.

Ohjelma ja sen toimeenpanon lähestymistapa tukee vaikutusten pysyvyyttä. Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman ohjaus oli ongelmien ja kehittämiskohteiden tunnistamista tukevaa ja kehittämiseen motivoivaa (vrt. Stenvall & Syväjärvi 2006), ei suositustyyppistä, jota julkilausutusti tai ainakin piiloisesti veloitetaan noudattamaan. Toimeenpano perustui hoitotyön henkilöstön vastuullisuuteen ja motivaatioon toimeenpanna alueellinen ohjelma ja antoi kehittämistoiminnan omistajuuden jo lähtökohtaisesti alueellisille ja paikallisille toimijoille (vrt. Viisainen ym. 2002). Toimintayksiköiden ulkopuolelta ei osoitettu alueellisia kehittämisen painoalueita tai tavoitteita, vaan jokainen voi valita omat kehittämiskohteensa. Ainoa ohje oli, että lääninhallitukset kokoaivat alueellisia verkostoja ja jokainen taho tunnistaa ohjelmassa itselleen kohdistuvat tavoitteet ja käynnistää kehittämistä. Alueet loivat omia tukirakenteita, joista hyvin monet, kuten alueellinen verkosto, sivuvirat, erilaiset työryhmät ja käytännöt voivat jäädä pysyviksi ja siirtyä muille alueille.

Lisäksi monissa verkostoissa oli kehitetty pysyviä käytäntöjä. Vaikutusten pysyvyyttä tukee myös tietoisuus näyttöön perustuvaan toimintaan siirtymisestä koko terveydenhuollossa.

Toiminnan pysyvyys ei kuitenkaan ole itsestään selvää. Jos innovaation omaksumisen kehityskaarta tarkastellaan, näyttöön perustuva toiminta hoitotyössä on vielä uutta, ja vasta uudistusmyönteisimmät työntekijät ovat tietoisia siitä (vrt. Rogers 2004). Kehityksen etulinjassa olevat johtajat ja muut esimiehet sekä valveutuneet työntekijät ovat kiinnostuneita muutoksesta. Vaikka hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma sai aikaan tavoitteiden suuntaista kehittämistä, on näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen hoitotyössä vasta alussa. Tavoite- ja toimintaohjelman tarkoituksena oli lisätä tietoisuutta, ja osittain se onnistuikin siinä.

Ohjelman yhteiskunnallinen hyöty

Tavoite- ja toimintaohjelma käynnistettiin tukemaan näyttöön perustuvan käytännön toimeenpanoa ja tukirakenteiden kehittämisessä. Ohjelma tuotti erityisesti alueellisia ja myös paikallisia tukirakenteita, joita voidaan käyttää myös muissa kehittämishankkeissa. Lisäksi ohjelmalla pyrittiin yhtenäistämään hoitotyössä toimivien tavoitteita. Tässä tavoitteessa se onnistui melko hyvin erityisesti strategisella tasolla. Alueelliset verkostot kokosivat alueiden kaikki hoitotyön toimijat, sairaalat/sairaanhoitopiirit, ammattikorkeakoulut, ammatilliset oppilaitokset, yliopistot, lääninhallitukset sekä yksityiset ja kolmannen sektorin toimijat keskinäiseen yhteistyöhön. Tosin tässä laajuudessa yhteistyö käynnistyi vain joillakin alueilla. Yhteistyön vakiintuminen hyödyttää jatkossa kaikkia osapuolia. Keskinäistä verkottumista tukevat myös koulutus- ja tutkimusyksiköiden (ammattikorkeakoulu /yliopisto) ja toimintayksiköiden yhteiset virat.

Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman tavoitteet tukivat muita kansallisia tavoitteita ja ohjelmia. Ohjelma nosti esille terveydenhuollon henkilöstön tehtäväkuvien laajentamisen tarpeen. Ohjelmaan on viitattu lukuisissa muissa sosiaali- ja terveysministeriön kansallisissa tavoiteasiakirjoissa ja se on osaltaan vaikuttanut valtakunnallisten hankkeiden ja ohjelmien käynnistymiseen. Näitä ovat sosiaali- ja terveystietomus (STM 2006), valtakunnallisen hoitotyön dokumentoinnin kehittämishanke (Kansallisesti yhtenäiset ... 2007), yhtenäiset hoitotyön tiedot-hanke (Kansallisesti yhtenäiset ... 2007), hoitotyön benchmarking-hanke (2006–2007) (Perälä ym. 2007). Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma on vaikuttanut myös vuonna 2006 perustetun Hoitotyön tutkimussäätiön tavoitteisiin. Ohjauksen välineeksi sen katsottiin sopivan keskinkertaisesti lääninhallitusten näkökulmasta.

6.3 Uuden ohjelman tarve ja toimeenpanon tuki

Lähes kaikkien alueellisten verkostojen mukaan jatkossakin tarvitaan erillinen ohjelma, jossa hoitotyötä koskevat tavoitteet on koottu yhteen. Kuusi alueellista verkostoa piti myös tärkeänä, että oman ohjelman lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten ohjelmien osana on myös hoitotyötä koskevia tavoitteita. Kolmelle verkostolle olisi riittänyt hoitotyön sisällyttäminen osaksi muita valtakunnallisia ohjelmia.

Hoitotyön *käytännön* kehittämisteemoja tulevaisuudessa olivat käytäntöjen yhtenäistäminen, palvelujen integraation parantaminen ja vaikuttavuus sekä lasten ja vanhusten hoidon kehittäminen. *Johtamisen* tulevaisuuden painoalueita ovat hoitotyön vetovoimaisuus, johtamisosaaminen ja hoitotyön vaikuttavuus. *Koulutuksen* haasteina ovat työelämän tarpeisiin vastaaminen, näyttöön perustuva opetuksen ja toimintakulttuurin kehittäminen sekä kliinisen osaamisen vahvistaminen. *Tutkimuksen* haasteina ovat hoitotyön tutkimuksen saaminen käytäntöä hyödyttäväksi sekä vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden arvioinnin kehittäminen. Näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisen painopisteitä ovat toimintamallien ja hyvien käytäntöjen kehittäminen ja toimeenpano, vaikuttavuuden arviointi, vaikuttavuustutkimusten hyödyntäminen, suositusten

laatiminen Käypä hoidon kanssa ja kehittämiskohteina kliininen hoitotyö, terveyden edistäminen ja vanhusten hoito.

Alueellisten verkostojen mukaan näyttöön perustuvan toiminnan ja muiden ohjelmien toimeenpanoa voidaan tehostaa nimeämällä hankkeille kokopäivätoiminen koordinaattori, sekä valtakunnallisen konkreettisen tuen saamisella, millä tarkoitetaan rahoitusta ja seminaarien järjestämistä myös alueilla. Tarvitaan myös lähialueiden yhteistyön ja tiedottamisen tehostamista sekä koulutusmateriaalia. Sosiaali- ja terveystieteiden sivuille perustetut ohjelman verkkosivut edistäisivät toimeenpanoa ja hyvien käytäntöjen välittymistä. Lisäksi tulisi perustaa valtakunnallinen asiantuntijaverkosto, käynnistää yhteistyö Käypä hoidon kanssa sekä laatia kansalliset ohjeet näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi, hoitotyön suosituksia, menettely tiivistetyn tiedon saamiseksi, valtakunnallisia koulutusohjelmia ja malleja näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi.

6.4 Pohdintaa arvioinnin toteutuksesta ja luotettavuudesta

Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman arviointi toteutettiin väliarviontina ja ohjelman päättyessä. Arviointi rajattiin alueellisiin verkostoihin (N=15), joiden kautta tarkasteltiin toimeenpanoa toimintayksiköissä ja kansallista ohjelman toimeenpanoa. Verkostokohtaisen arvioinnin oli tarkoitus olla konsensus verkostojen jäsenten mielipiteistä. Samalla arviointitilanne olisi voinut toimia verkoston itsearviointitilanteena. Tätä varten vastuuhenkilöitä pyydettiin kutsumaan verkosto koolle ja lähettämään arviointilomake etukäteen. Tämä ei kuitenkaan toteutunut kaikilla alueilla. Osalla arviointi oli alueellisen verkoston yhdyshenkilön tekemä, osalla yhdyshenkilö teki arvion keskusteltuaan joidenkin verkoston jäsenten kanssa. Tästä syystä arviointi ei välttämättä anna kattavaa kuvaa mukana olevien organisaatioiden toimintayksiköiden kehittämistyöstä.

Arvioinnin tuloksia arvioitaessa on otettava huomioon, että arviointi kuvaa niiden toimintayksiköiden toimintaa, jotka olivat mukana verkoston työssä. Sen sijaan ei ole tietoa siitä, millaista kehittämistä oli verkoston ulkopuolisissa organisaatioissa. Oletettavaa on, että verkostoon ilmoittautuvat kaikkein aktiivisimmat yksiköt. Tämän perusteella arviointi voi antaa todellisuutta myönteisemmän kuvan ohjelman vaikuttavuudesta. Toisaalta näyttöön perustuva toiminta hoitotyössä on vielä monille uusi asia. Se leviää käytäntöön innovaation leviämisen periaatteiden mukaisesti, eli aikaiset omaksujat ovat aktiivisia asian levittäjiä ja vievät tietoa jatkossa alueellisten verkostojen tapaamisissa myös niille toimintayksiköille, jotka eivät vielä olleet sitoutuneet tavoitteisiin.

Tuloksiin voi vaikuttaa myös se, että arviointien toteuttajat olivat mukana ohjelman kehittämisessä ja osallistuivat toimeenpanoon. Arviointi ei siis ole täysin riippumaton arviointi, koska tutkijat olivat sitoutuneita sekä ohjelman kehittämiseen että arviointiin. Arvioinnilla pyritään sekä ohjelman laatijoiden, ohjelmassa mukana olijoiden että tutkijoiden oppimiseen ja tulosten hyödyntämiseen jatkossa (vrt. Virtanen 2007, s. 133–148). Aktiivinen osallistuminen ohjelman toimeenpanoon voi syventää tulosten tulkintaa, toisaalta heikentää tulosten luotettavuutta.

7 Johtopäätökset

Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman sisältö ja toimeenpano koettiin hyväksi, mutta toimeenpanon tukea olisi tarvittu enemmän.

- Ohjelman sisältö arvioitiin hyödylliseksi mukaan lukien liitteen konkreettiset esimerkit. Ohjelmasta oli hyötyä myös yksittäisille hoitotyön toimijoille sekä kolmannelle ja yksityiselle sektorille. Rakenne – käytäntö, johtaminen, koulutus ja tutkimus – arvioitiin selkeäksi ja vähintään melko tarkoituksenmukaiseksi.
- Ohjelma ohjasi toiminnan strategista suunnittelua, suuntasi kehittämistä alueella ja toimintayksiköissä. Sosiaali- ja terveystieteiden tuottamana tavoite- ja toimintaohjelma koettiin velvoittavaksi, jolloin kehittämiseen oli mahdollista kohdentaa työaika.
- Ohjelman toimeenpano koettiin tarkoituksenmukaiseksi ja eteneminen koko hoitotyön rintamalla tuloksetta. Toimeenpanon tuki ja muut voimavarat olivat kuitenkin liian niukat, erityisesti keskushallinnon tukea olisi tarvittu enemmän. Ongelmia aiheutti verkoston jäsenten vaihtuminen, ajan, rahoituksen, osaamisen, tukirakenteiden ja koulutuksen puute sekä toimintavaltuuksien rajallisuus viedä asiaa eteenpäin.

Ohjelman aikana muodostui toimivia näyttöön perustuvan toiminnan tukirakenteita.

- Hoitotyön alueelliset verkostot kattoivat koko maan kahta aluetta lukuun ottamatta. Muita tukirakenteita olivat alueelliset, toimintayksiköiden ja tulosalueiden työryhmät, vastuuhenkilöt, sairaaloiden ja terveyskeskusten sivu- tai yhteiset virat yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen kanssa, eripituiset koulutukset ja seminaarit sekä sähköisten tietolähteiden käyttö.
- Hoitotyön alueellisten verkostojen merkitys oli tavoite- ja toimintaohjelman tavoitteiden saavuttamisessa keskeinen. Verkostojen vaikuttavuutta lisää se, että lähes kaikkien alueiden verkostot jatkavat toimintaa ohjelman päätyttyä.
- Alueellinen yhteistyö tehostui, erityisesti ammattikorkeakoulujen toimintayksiköiden keskinäinen yhteistyö. Hoitotyön alueellisissa verkostoissa oli enimmillään seitsemän tahon edustus: lääninhallituksen lisäksi oli sairaaloiden, terveyskeskusten, vanhustenhoitolaitoksen, ammattikorkeakoulun, yliopiston sekä muiden tahojen edustus.

Ohjelma saavutti keskeisimmät tavoitteensa melko hyvin ja sen aikana muodostui pysyviä ja hyödynnettäviä käytäntöjä.

- Ohjelman aikana käynnistyneet hankkeet tukivat hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman tavoitteiden saavuttamista. Verkostot kehittivät hoitotyön strategisia lähtökohtia ja johtamista, käytäntöä näyttöön perustavaksi, osaamista ja alueellisen verkoston toimintaa. Lähes kaikilla verkostoilla oli koulutukseen, käytäntöön ja johtamiseen liittyvää, ja yli puolella tutkimukseen liittyvää kehittämistä. Näyttöön perustuvaa toimintaa edistävää koulutusta järjestivät erityisesti ammattikorkeakoulu ja sairaanhoitopiirit. Useimmat koulutukset olivat noin päivän kestäviä, joukossa oli myös pidempikestoista koulutusta.

- Ohjelma tehosti näyttöön perustuvan toiminnan tuntemusta ja kehittämistä enemmän alueellisissa verkostoissa kuin toimintayksiköissä. Näyttöön perustuvan toiminnan saavuttaminen edellyttää tuntemuksen lisäksi yksilöiden koko ryhmän toiminnan muutosta.
- Ohjelman aikana syntyi pysyviä ja muissa toimintayksiköissä hyödynnettäviä käytäntöjä. Kaikki kehittämistyö ei kuitenkaan ole tavoite- ja toimintaohjelman vaikutusta. Ohjelman aikana käynnistyi uutta, mutta myös jatkettiin jo alkanutta kehittämistoimintaa.
- Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma yhtenäisti hoitotyön henkilöstön tavoitteita ja edisti valtakunnallisten ohjelmien tavoitteiden tuntemusta alueilla ja toimintayksiköissä; ohjelma kokosi hoitotyöhön liittyvien kansallisten strategia-asiakirjojen tavoitteet yhteen.

Hoitotyön tavoite ja toimintaohjelmaa tarvitaan tulevaisuudessakin.

- Erillistä hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmaa tarvitaan jatkossakin, vaikka valtakunnallisiin ohjelmiin tulee sisällyttää myös hoitotyötä koskeva osuus. Painopisteitä ovat käytäntöjen yhtenäistäminen, palvelujen integraation parantaminen ja vaikuttavuus sekä lasten ja vanhusten hoidon kehittäminen. Johtamisen painoalueita ovat hoitotyön vetovoimaisuus, johtamisosaaminen ja hoitotyön vaikuttavuus. Koulutuksen haasteina ovat työelämän tarpeisiin vastaaminen, näyttöön perustuva opetuksen ja toimintakulttuurin kehittäminen ja kliinisen osaamisen vahvistaminen. Tutkimuksen haasteena on hoitotyön vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden arvioinnin kehittäminen.
- Näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisen painopisteitä ovat toimintamallien ja hyvien käytäntöjen kehittäminen ja toimeenpano, vaikuttavuuden arviointi ja vaikuttavuustutkimusten hyödyntäminen sekä toiminta- ja koulutusyksiköiden yhteistyö. Näyttöön perustuvan toiminnan kehittymistä tukee valtakunnallinen asiantuntijaverkosto ja koulutusohjelma, yhtenäiset ohjeet ja mallit näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi, yhteistyö Käypä hoidon kanssa, hoitotyön suositukset ja menettely tiivistetyn tiedon saamiseksi yhdestä paikasta.
- Ohjelman toimeenpanoa tehostaa kokopäivätoiminen koordinaattori, valtakunnallinen tuki, alueelliset seminaarit ja lähialueiden yhteistyö. Sosiaali- ja terveysministeriön sivuille perustetut ohjelman verkkosivut ja koulutusmateriaali edistävivät toimeenpanoa ja hyvien käytäntöjen välittymistä. Näiden tukimuotojen varmistaminen on välttämätöntä, jos halutaan saada aikaan pysyviä muutoksia. Muutoksia tarvitaan, jotta hoidon laatu ja henkilöstön saatavuus voidaan turvata.

Lähteet

- Bahtsevani, C., Udén, G. & Willman, A. (2004) Outcomes of evidence-based clinical practice guidelines: a systematic review. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 20(4): 427–433.
- Benefield, L.E. (2003) Implementing evidence-based practice in home care. *Home Healthcare Nurse* 21(12): 804–809; quiz 810–811.
- Bonetti, D., Eccles, M., Johnston, M., Steen, N., Grimshaw, J., Baker, R., Walker, A. & Pitts, N. 2005. Guiding the design and selection of interventions to influence the implementation of evidence-based practice: an experimental simulation of a complex intervention trial. *Social Science & Medicine* 60(9): 2135–2147.
- Boyde, M., Jen, C., Henderson, A. & Winch, S. (2005) A clinical development unit in cardiology: the way forward. *International Journal of Nursing Practice* 11(3): 134–139.
- Bradley, E.H., Schlesinger, M., Webster, T.R., Baker, D. & Inouye, S.K. (2004) Translating research into clinical practice: making change happen. *Journal of American Geriatric Society* 52(11): 1875–1882.
- Bradley, E.H., Webster, T.R., Baker, D., Schlesinger, M. & Inouye, S.K. (2005) After adoption: sustaining the innovation. A case study of disseminating the hospital elder life program. *Journal of American Geriatric Society* 53(9): 1455–1461.
- Chelimsky, E. (1997) The coming transformations in Evaluation. Teoksessa Chelimsky, E. & Shadish, W. R. /toim.) *Evaluation for 21st century. A handbook.* Sage Oblications, Newbury Park, London, ss. 1–26.
- Cooke, L., Smith-Idell, C., Dean, G., Gemmill, R., Steingass, S., Sun, V., Grant, M. & Borneman, T. (2004) "Research to practice": a practical program to enhance the use of evidence-based practice at the unit level. *Oncology Nursing Forum* 31(4): 825–832.
- Davies, B.L. (2002) Sources and models for moving research evidence into clinical practice. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 31(5): 558–562.
- Dobrzanska, L. & Cromack, D. (2005) Developing a journal club in the community setting. *British Journal of Community Nursing* 10(8): 374, 376–377.
- Ellis, I., Howard, P., Larson, A. & Robertson, J. (2005) From workshop to work practice: An exploration of context and facilitation in the development of evidence-based practice. *Worldviews on Evidence Based Nursing* 2(2): 84–93.
- European Commission 1999 (1999) Evaluation design and management. MEANS Collection, Volume 1. Luxemburg: European Commission.
- Fink, R., Thompson, C.J. & Bonnes, D. (2005) Overcoming barriers and promoting the use of research in practice. *Journal of Nursing Administration* 35(3): 121–129.
- Foxcroft, DR. & Cole, N. (2000). Organisational infrastructures to promote evidence based nursing practice. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 3. Art. No.: CD002212. DOI: 10.1002/14651858.CD002212. Issue protocol first published 2000/3. Review 2003/4. Date of most recent amendment 16 November 2005
- Grimshaw, J.M., Shirran, L., Thomas, R., Mowatt, G., Fraser, C., Bero, L., Grilli, R., Harvey, E., Oxman, A. & O'Brien, M.A. (2001) Changing provider behaviour: an overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care* 39 (8 Suppl. 2): 112–145.
- Grimshaw, J.M., Thomas, R.E., MacLenna, G., Fraser, C., Ramsay, C.R., Vale, L., Whitty, P., Eccles, M.P., Matowe, L., Shirran, L., Wensing, M., Dijkstra, R. & Donaldson, C. (2004) Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment* 8(6): iii-iv, 1–72. Executive Summary. Saatavilla <<http://www.hta.ac.uk/execsumm/summ806htm>>.
- Happel, B., Johnston, L. & Hill, C. (2003) Implementing research findings into mental health practice: exploring the clinical research fellowship approach. *International Journal of Mental Health Nursing* 12(4): 251–258.
- Harvey, G., Loftus-Hills, A., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., Kitson, A., McCormack, B. & Seers, K. (2002) Getting evidence into practice: the role and function of facilitation. *Journal of Advanced Nursing* 37(6): 577–88.
- Hysong, S.J., Best, R.G., Pugh, J.A. & Moore, F.I. (2005) Not of one mind: mental models of clinical practice guidelines in the Veterans Health Administration. *Health Service Research* 40(3): 829–47.
- Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hanke 2007–2009 (2007). Hankesuunnitelma versio 0.3. Toim. Tanttu K.
- Kavanagh, D., Connolly, P. & Cohen, J. (2006) Promoting evidence-based practice: implementing the American Stroke Association's acute stroke

- program. *Journal of Nursing Care Quality* 21(2): 135–142.
- Lee, F.K., Chang, A.M. & Mackenzie, A.E. (2002) A pilot project to evaluate implementation of clinical guidelines. *Journal of Nursing Care Quality* 16(2): 50–59.
- McAllister, M. & Osborne, S.R. (2006) Teaching and learning practice development for change. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 37(4): 154–9; quiz 160–161, 190.
- Metsämuuronen J. (2006) Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. International Methelp Ky, Gummerus Kirjapaino OY, Jyväskylä.
- Ministry for Foreign Affairs (2000) Guidelines for programme design, monitoring and evaluation. Department for International Development Cooperation, Helsinki, Finland.
- Mohide, E.A. & Coker, E. (2005) Toward clinical scholarship: promoting evidence-based practice in the clinical setting. *Journal of Professional Nursing* 21(6): 372–9.
- Mulhall, A., May, A.L. & Alexander, C. (2000) Research based nursing practice – an evaluation of an educational programme. *Nurse Education Today* 20(6): 435–42.
- Nilsson Kajermo, K., Nordström, G., Krusebrant, A. & Björvell, H. (2000) Perceptions of research utilization: comparisons between health care professionals, nursing students and a reference group of nurse clinicians. *Journal of Advanced Nursing* 31(1): 99–109.
- Nilsson Kajermo, K., Nordström, G., Krusebrant, Å. & Lutzen, K. (2001) Nurses' experiences of research utilization within the framework of an educational programme. *Journal of Clinical Nursing* 10: 671–681.
- Oranta, O., Routasalo, P. & Hupli, M. (2002) Barriers to and facilitators of research utilization among Finnish registered nurses. *Journal of Clinical Nursing* 11(2): 205–13.
- Outinen, M., Räikkönen, O., Holma T., Voipio-Pulkki, L.-M. (2007) Laadunhallinta sosiaali- ja terveyspalveluorganisaatioissa vuonna 2004 ja vertailu vuoteen 1999. Raportteja 10/2007, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Suomen Kuntaliitto, Helsinki 2007.
- Partanen, P. & Perälä, M-L. (1997) Menetelmien arviointi hoitotyössä – Kansallisen ja kansainvälisen tutkimuksen systemoitu kirjallisuuskatsaus. *FinOhta Raportti 7*, Stakes.
- Pearson, A., Wiechula, R., Court, A. & Lockwood, C. (2005) The JBI model of evidence-based health-care. *International journal of Evidence Based Health Care* 3: 207–215.
- Perälä, M-L. (2000) Evidence-based practice and clinical effectiveness. World Health Organization Regional Office for Europe, Second Ministerial Conference on Nursing and Midwifery, Munich, Germany, 15–17 June 2000.
- Perälä, M-L., Junttila, K. & Toljamo, M. (2007) Benchmarking-toimintaan hoitotyössä. Työpapereita 19/2007, Stakes, Helsinki.
- Pollit, C. (2003) *The essential Public manager*. Maidenhead Philadelphia: Open University Press.
- Richardson, S. (2005) Incorporation of research into clinical practice: the development of a clinical nurse researcher position. *Nursing Praxis in New Zealand* 21(1): 33–42.
- Richens, Y. (2004) Getting guidelines into practice: a literature review. *Nursing Standard* 18 (50): 33–40.
- Ring, N., Malcolm, C., Coull, A., Murphy-Black, T. & Watterson, A. (2005) Nursing best practice statements: an exploration of their implementation in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing* 14(9): 1048–1058.
- Rogers, E.M. (2004) *Diffusion of innovations*. Free Press The fifth edition. New York.
- Rosenfeld, P., Duthie, E., Bier, J., Bowar-Ferres, S., Fulmer, T., Iervolino, L., McClure, M.L., McGivern, D.O. & Roncoli, M. (2000) Engaging staff nurses in evidence-based research to identify nursing practice problems and solutions. *Applied Nursing Research* 13(4): 197–203.
- Rosswurm, M.A. & Larrabee, J.H. (1999) A model for change to evidence-based practice. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 31(4): 317–322.
- Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Seers, K., Kitson, A., McCormack, B. & Titchen, A. (2004) An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *Journal of Clinical Nursing* 13(8): 913–924.
- Sanares, D. & Heliker, D. (2002) Implementation of an evidence-based nursing practice model: disciplined clinical inquiry. *Journal for Nurses in Staff Development* 18(5):233–238.
- SBU Alert, SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering, Stockholm, <http://www.sbu.se/sv/Om-SBU/SBU-Alert> [viitattu 26.5.2008].
- Shirey, M.R. (2006) Evidence-based practice: how nurse leaders can facilitate innovation. *Nursing Administration Quarterly* 30(3): 252–65.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2003). Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Helsinki 2003. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2006). Sosiaali- ja terveyskertomus 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:4. Helsinki.
- Stakes (1997) *Hoitotyön suunta, strategia laatuun ja tuoksellisuuteen. Hoitotyön projektiryhmä. Toim. M-L Perälä. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Jyväskylä 1997.*
- Stakes, FinOhta, <http://finohta.stakes.fi/FI> [viitattu 29.5.2008].
- Stenvall, J. & Syväjärvi, A. (2006). Onks tietoo? Valtion informaatio-ohjaus kuntien hyvinvointitehtävissä. Valtiovarainministeriö, hallinnon kehittämissosasto, Tutkimukset ja selvitykset 3/2006.
- Teräväinen, R., Räikkönen O. & Heikkilä M. (2007) Laatusuosituksen arviointi, Arviointia laatusuosituksen ohjausvaikutuksista ja vaikutuksista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään. Työpapereita 27/2007. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki 2007.
- Thompson, C., McCaughan, D., Cullum, N., Sheldon, T.A., Thompson, D.R. & Mulhall, A. (2001) *Nurses' Use of Research Information in Clinical*

- Decision Making: a Descriptive and Analytical Study. Final Report. NCC SDO, London.
- Thurston, N.E. & King, K.M. (2005) Implementing evidence-based practice: walking the talk. *Journal of Vascular Nursing* 23(2): 54–60.
- Titler, M.G., Kleiber, C., Steelman, V.J., Rakel, B.A., Budreau, G., Everett, L.Q., Buckwalter, K.C., Tripp-Reimer, T. & Goode, C.J. (2001) The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 3(4): 497–509.
- Tolson, D., McAloon, M., Hotchkiss, R. & Schofield I. (2005) Progressing evidence-based practice: an effective nursing model? *Journal of Advanced Nursing* 50(2): 124–33.
- Tolson, D., Irene, S., Booth, J., Kelly, T.B. & James, L. (2006) Constructing a new approach to developing evidence-based practice with nurses and older people. *Worldviews on Evidence Based Nursing* 3(2): 62–72.
- Virtanen, P. (2007) Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Edita, Helsinki.
- Virtanen, P. & Uusikylä, P. (2004) Exploring and missing links between cause and effect. A conceptual framework for understanding micro-macro conversion in programme. *Evaluation* (10), 77–91, 2004.
- Viisainen, K., Saalasti-Koskinen, U., Perälä, M-L., Kinnunen, J. & Teperi, J (2002) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusohjelma 2000-luvulle -hankkeen alueellisen toimeenpanon arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2002:8.
- Walker, A., Grimshaw, J., Pitts, N., Steen, N. & Eccles, M. (2003) PRIME – Process modelling in Implementation research: selecting a theoretical basis for interventions to change clinical practice. *BMC Health Services Research* 3:22.
- Wallin, L., Boström, AM., Wikblad, K. & Ewald, U. (2003) Sustainability in changing clinical practice promotes evidence-based nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 41(5): 509–18.
- WHO (2000). Münchenin julistus sairaanhoitajat ja kättilöt: vaikuttajia terveyden edistämiseksi. 17.6.2000 World Health Organization Regional Office for Europe, Second Ministerial Conference on Nursing and Midwifery, Munich, Germany, 15–17 June 2000.
- WHO (2001). Hoitotyön ja kättilötyön vahvistamista koskeva 21.5.2001 WHO:n yleiskokouksen päätöslauselma, World Health Organization.
- Willman, A., Forsberg, A. & Stömberg, A. (2003) Inventory as a basis for SBU Alert evaluation. *Methods in nursing. The Swedish Society of Nursing* 2003.
- Winch, S., Henderson, A. & Creedy, D. (2005) Read, Think, Do!: a method for fitting research evidence into practice. *Journal of Advanced Nursing* 50(1): 20–6.



LIITE 1

SAATE KYSELYLLE
19.4.2007

Asia: Kysely hoitotyön alueellisille verkostoille

Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä -ohjelman loppuarviointi
Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007

Hyvä hoitotyön alueellisen verkoston yhteyshenkilö,

Ohessa kaikille hoitotyön alueellisille verkostoille kohdistettu kysely, jolla keräämme tietoa Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä -ohjelman loppuarviointia varten. Kysely toteutetaan Webropol -kyselynä internetissä ja siihen tulee vastata 15.6.2007 mennessä.

Kukin alueellinen verkosto antaa vain yhden vastauksen. Tämän vuoksi pyysimme Teitä 13.4.2007 lähetetyssä sähköpostitiedotteessa sopimaan verkoston tapaamisen.

Liitteenä lähetämme kyselylomakkeen kopion myös Word- tiedostona, jonka pyydämme yhteyshenkilöä lähettämään osallistujille etukäteen kyselyyn perehtymistä ja alustavaa vastauksien kirjaamista varten.

Vastausohje:

Webropol -kyselyyn pääsette alla olevasta linkistä. Valitkaa rastilla sopivat vastausvaihtoehdot tai kirjoittakaa vastauksenne sille varattuun tilaan.

Jotta voimme varmistua siitä, että kysely saavuttaa kaikki alueelliset verkostot, pyydämme Teitä vahvistamaan, että olette vastaanottaneet tämän sähköpostiviestin liitetiedostoineen.

Ystävällisin terveisin,

Marja-Leena Perälä
Tutkimusprofessori
Stakes

linkki

4.5.2007

KYSELY HOITOTYÖN ALUEELLISILLE VERKOSTOILLE

Kyselyn rakenne:

1. Hoitotyön alueellisen verkoston toiminta
 - organisoituminen/ kysymykset 1–10
 - tavoitteet/ kysymykset 11–12
 - toiminta/ kysymykset 13–24
 - saavutukset/ kysymykset 25–31
 - arviointi/ kysymykset 32–35
2. Hoitotyön kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma
 - kysymykset 36–42
3. Hoitotyön valtakunnallisen kehittämisen painopistealueet tulevaisuudessa
 - kysymykset 43–48
4. Muut kysymykset
 - kysymykset 49–52

1 HOITOTYÖN ALUEELLINEN VERKOSTO

ORGANISAATIO

1. Mitä hoitotyön alueellista verkostoa edustatte?

- Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirin hoitotyön alueellinen verkosto
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitotyön alueellinen verkosto
- Etelä-Savon sairaanhoitopiirin hoitotyön alueellinen verkosto
- Itä-Savon sairaanhoitopiirin hoito- ja hoivatyön asiantuntijaryhmä
- Kanta-Hämeen hoitotyön alueellinen verkosto
- Keski-Suomen hoitotyön alueellinen kehittämistyöryhmä
- Kymenlaakson sairaanhoitopiirin ylihoitajien verkosto
- Lapin alueellinen hoitotyön työryhmä
- Oulun läänin ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueellinen hoitotyön asiantuntijatyöryhmä
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoitotyön asiantuntijaverkosto
- Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin alueen hoitotyön verkostoryhmä
- Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin hoitotyön asiantuntijaverkosto
- Satakunnan alueellinen hoitotyön asiantuntijaverkosto
- Vaasan sairaanhoitopiirin hoitotyön alueellinen verkosto
- Varsinais-Suomen alueellinen hoitotyön asiantuntijaverkosto

2. Minkä läänin alueelle verkosto kuuluu?

- Etelä-Suomen lääni
- Länsi-Suomen lääni
- Itä-Suomen lääni
- Oulun lääni
- Lapin lääni

3. Mikä taho alueella vastaa verkoston toiminnasta?

- Lääninhallitus
- Sairaanhoitopiiri
- Lääninhallitus ja sairaanhoitopiiri yhdessä
- Jokin muu taho, mikä?

4. Mikäli lääninhallitus ei vastaa verkoston toiminnasta, mikä on sen rooli?

- Verkoston yhdyshenkilö/koordinaattori
 Verkoston kokoonkutsuja
 Verkoston jäsen
 Verkoston sihteeri
 Muu, mikä?

5. Mitkä seuraavista tahoista ovat mukana alueellisen verkoston toiminnassa?

Kuinka monta toimintayksikköä on toiminnassa mukana?

Taho	Kyllä	Ei	Lukumäärä
Terveyskeskus			
Sairaanhoitopiiri			
Vanhusten hoitolaitos			
Yksityinen terveydenhuollon yksikkö			
Yksityinen sosiaalihuollon yksikkö			
Kolmannen sektorin toimija, mikä?			
Yliopisto			
Ammattikorkeakoulu			
Ammatillinen oppilaitos			
Ammattijärjestö, mikä?			
Muu, mikä?			

6. Onko verkosto pitänyt yhteyttä niihin sosiaali- ja terveydenhuoltoa edustaviin keskeisiin tahoihin, jotka eivät ole edustettuina alueen verkostossa? (Esimerkiksi sellaisiin terveyskeskuksiin, jotka eivät ole mukana alueellisessa verkostossa.)

- Ei
 Kyllä. Mihin?

7. Ovatko alueellisessa verkostossa edustettuina seuraavat hoitotyön osa-alueet?

	Kyllä	Ei
Hoitotyön käytäntö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoitotyön johtaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoitotyön koulutus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoitotyön tutkimus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Kuinka monta kokousta verkostolla...

on ollut vuonna 2006?
 tulee olemaan vuonna 2007? (arvio)

9. Onko alueellisen verkoston toimintaan saatu määrärahaa vuosina 2004–2007

Vuonna
 2004 2005 2006 2007

Ei erillistä rahoitusta. Hanke on toteutettu oman työn ohessa.

Hankkeella on kohdennettua budjettirahaa.

Hankkeella on ollut ulkopuolista rahaa. Mistä saatu?

10. Mihin tarkoitukseen määräraha on käytetty?

- Matka- ja kokousjärjestelyihin
 Koulutukseen
 Kehittämishankkeisiin
 Projektihenkilöstön palkkaamiseen
 Muuhun, mihin?

TAVOITTEET

11. Mitkä ovat olleet keskeiset alueellisen verkoston toiminnan tavoitteet?

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

12. Onko verkostolla erillinen suunnitelma näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi alueella?

- Kyllä. Mitä suunnitelma sisältää (tavoitteet, keinot)?
- Ei

TOIMINTA

13. Mitkä ovat olleet alueellisen verkoston keskeiset työmuodot?

- Yhteiset kokoontumiset
- Videoneuvottelut
- Koulutukset tai seminaarit
- Yhteiset kehittämishankkeet
- Yhteydenpito sähköpostitse
- Yhteydenpito extranet -sivustojen kautta
- Muu, mikä?

14. Mitkä ovat olleet alueellisen verkoston kolme keskeisintä roolia Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman toimeenpanossa?

- Tiedonvälittäjä
- Yhteistyön koordinoija
- Aloitteentekijä alueellisen strategiatyön käynnistämässä
- Aktiivinen toimija alueellisessa strategiatyössä
- Aloitteentekijä koulutuksen järjestämiseksi
- Koulutuksen järjestäjä
- Aloitteentekijä kehittämistyön käynnistämiseksi
- Kehittämistyön tukija
- Kehittämistyön toteuttaja
- Muu

15. Onko verkostolla ollut kehittämistoimintaa tms. seuraavilla Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman alueilla?

	Kyllä	Ei
Hoitotyön käytäntö (Terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitäminen ja edistäminen elämänkulun eri vaiheissa: Lasta suunnitteleva, odottava ja synnyttävä perhe, Lasta hoitava ja kasvattava perhe, Kouluikäiset ja nuoret, Työikäiset, Ikääntyneet)		
Hoitotyön johtaminen käytännön tukena (Asiakaslähtöisten palvelujen johtaminen, Henkilöstön hyvinvoinnin ja osaamisen johtaminen sekä rekrytointistrategioiden kehittäminen, Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen, Hoitotyön laadun, vaikuttavuuden ja kustannusten seurannan kehittäminen, Terveyspoliittiseen päätöksentekoon vaikuttaminen alueellisella ja paikallisella tasolla)		
Koulutus hoitotyön käytännön tukena (Hoitotyön käytännössä tarvittavan osaavan ja riittävän henkilöstön turvaaminen, Koulutuksen sisällön kehittäminen yhteistyössä työelämän kanssa, Hoitotyössä tarvittavan osaamisen ylläpitäminen ja vahvistaminen)		
Tutkimus hoitotyön käytännön ja johtamisen tukena (Tiedon tuottaminen asiakkaiden terveystarpeista, Terveystarpeisiin vastaamisen menetelmien kehittäminen ja vaikuttavuuden arviointi, Tiedon tuottaminen henkilöstöstä, palvelurakenteesta sekä toiminta- ja johtamiskäytännöistä, Toiminta- ja johtamiskäytäntöjen kehittäminen ja vaikuttavuuden arviointi, Mittareiden kehittäminen vaikuttavuuden, laadun ja kustannusten seurantaan, Parhaan ajantasaisen näytön saaminen käyttöön yhteistyöllä)		

16. Onko verkosto asettanut erillisen työryhmän tai muun vastaavan näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi?

- Kyllä
 Ei

17. Onko alueella järjestetty koulutusta näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi?

- Kyllä
 Suunnitteilla
 Ei (siirry kysymykseen 21.)

18. Mitkä tahot ovat järjestäneet näyttöön perustuvan toiminnan koulutusta?

- Alueellinen verkosto
 Ammattikorkeakoulu
 Yliopisto
 Sairaanhoidopiiri
 Terveyskeskukset
 Jokin muu taho, mikä?

19. Minkälaista toteutettu näyttöön perustuvan toiminnan koulutus on pääsääntöisesti ollut?

- Lyhytkestoista (esim. yhden päivän koulutus)
 Pitkäkestoista (esim. useista koulutuspäivistä koostuva kurssi)
 Jotain muuta, mitä?

20. Mitkä ovat olleet näyttöön perustuvan toiminnan koulutuksen pääasialliset kohderyhmät?

- Hoitotyön johtajat
 Käytännön työssä toimivat
 Opettajat
 Tutkijat
 Jokin muu ryhmä, mikä?

21. Onko alueellinen verkosto käynnistänyt kehittämishankkeita näyttöön perustuvaan toimintaan siirtymiseksi?

- Ei
 Kyllä. Mitä?

22. Mitä muuta verkosto on tehnyt alueella näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi?**23. Mitä seuraavia kansallisia ja kansainvälisiä tietolähteitä alueellinen verkosto on hyödyntänyt?**

Tiedon lähde	Kyllä	Ei	Suunnitteilla
FinOHTAn kotisivut			
Sairaanhoidajan tietokannat Terveysportin sivuilla			
Käypä hoito –suositukset			
Muu Terveysportin tietosisältö			
Stakesin verkkosivut			
Sosiaali- ja terveystieteiden verkkosivut			
Kansanterveyslaitoksen verkkosivut			
Työterveyslaitoksen verkkosivut			
Yliopistojen verkkosivut			
Cochrane-tietokannat			
Muut kansainväliset verkkosivut			
Muu, mikä?			

24. Millaisia näyttöön perustuvan toiminnan tukirakenteita on verkoston alueella?

- Yliopiston sivuvirka
 Ammattikorkeakoulun sivuvirka tai yhteinen vakanssi
 Näyttöön perustuvan hoitotyön alueellinen yhdyshenkilö
 Alueellinen työryhmä tai elin näyttöön perustuvan hoitotyön edistämiseksi
 Toimintayksikkökohtainen työryhmä tai elin näyttöön perustuvan hoitotyön edistämiseksi
 Toimintayksikkökohtainen vastuhenkilö, joka koordinoi näyttöön perustuvaa hoitotyötä
 Tulosaluekohtainen vastuhenkilö/tulosaluekohtaisia vastuuhenkilöitä
 Työyksikkökohtaisia yhdys- tai vastuuhenkilöitä
 Sähköiset tietokannat
 Muut tiedon välittämisen rakenteet (sähköposti, kirjastopalvelut)
 Muuta, mitä?

SAAVUTUKSET**25. Miten hyvin alueellinen verkosto ja alueen hoitotyön toimijat tuntevat hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman tavoitteet?**

	Erittäin hyvin	Melko hyvin	Melko huonosti	Erittäin huonosti	Ei osaa sanoa
Alueellinen verkosto					
Hoitotyön toimijat					

26. Onko alueellinen verkosto saavuttanut tai tulee saavuttamaan keskeiset tavoitteensa?

- Kyllä, kaikki.
 Kyllä, osittain.
 Ei. Perustelut.

27. Mitkä ovat alueellisen verkoston keskeiset saavutukset tai tulokset näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä?

28. Onko alueellisen verkoston aikaansaamista tuloksista ja muutoksista muodostunut pysyviä käytäntöjä?

- Ei
 Kyllä. Millaisia käytäntöjä?

29. Onko alueella muodostunut tai muodostumassa toimintamalleja, työtapoja tai hyviä käytäntöjä, joita voidaan soveltaa muualla?

- Ei
 Kyllä. Mitä?

30. Onko alueella kehitettyjä/kehittyviä toimintamalleja, työtapoja tai hyviä käytäntöjä varten tehty juurruttamissuunnitelma?

- Kyllä. Mitä se sisältää?
 Kyllä, suunnitteilla
 Ei

31. Mitä alueen organisaatiot ovat tehneet näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi?

Organisaatio	Toimenpiteet näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi
Sairaanhoitopiiri	
Sairaala	
Terveyskeskus	
Yliopisto	
Ammattikorkeakoulu	
Ammattijärjestö	
Joku muu, mikä?	

ARVIOINTI

32. Minkälaisia vaikeuksia alueellisella verkostolla ja toimintayksiköillä on ollut näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä?

	Alueellinen verkosto	Toimintayksikkö
Ei ole ollut vaikeuksia		
Ei riittävästi rahoitusta		
Ei riittävästi aikaa		
Organisaatioiden johto ei tukenut/sitoutunut		
Organisaatioiden henkilöstö ei tukenut/sitoutunut		
Ei riittävästi koulutusta		
Ei riittävästi osaamista		
Ei mahdollistavia tukirakenteita		
Jäsenten/vetäjän vaihtuminen		
Yhteistyö ei toimi verkoston jäsenten kesken		
Ei riittäviä toimintavaltuuksia		
Tehtävä ollut epäselvä		
Muita vaikeuksia. Mitä?		

33. Millaista tukea verkosto on saanut näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi? Keneltä?

34. Miten samaa tai eri mieltä olette siitä, että verkoston sisäinen yhteistyö on toiminut hyvin?

- Täysin samaa mieltä
- Melkein samaa mieltä
- Ei voida/osata sanoa
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

35. Mikä kuvaa parhaiten sitä, mitä on päätetty verkoston toiminnan jatkamisesta?

- Verkoston toimintaa on päätetty jatkaa entiseen tapaan
- Verkoston toiminta on päätetty käynnistää uudelta pohjalta
- Verkoston toiminta on päätetty lopettaa
- Verkoston toimintaa todennäköisesti jatketaan, mutta siitä ei ole vielä tehty päätöstä
- Verkoston toiminta todennäköisesti lopetetaan, mutta siitä ei ole vielä tehty päätöstä

2. HOITOTYÖN KANSALLINEN TAVOITE- JA TOIMINTAOHJELMA

Seuraavat kysymykset liittyvät Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä Kansalliseen tavoite- ja toimintaohjelmaan 2004–2007.

36. Mikä merkitys Hoitotyön kansallisen tavoite- ja toimintaohjelmalla on ollut näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä alueella?

- Erittäin suuri merkitys
- Melko suuri merkitys
- Ei suuri eikä pieni merkitys
- Melko pieni merkitys
- Erittäin pieni merkitys
- Emme osaa sanoa

Perustelut.

37. Miten tarkoituksenmukaiseksi verkosto arvioi Hoitotyön kansallisen tavoite- ja toimintaohjelma -raportin (ks. raportin sisällysluettelo) rakenteen?

- Erittäin tarkoituksenmukainen
- Melko tarkoituksenmukainen
- Vain vähän tarkoituksenmukainen
- Ei lainkaan tarkoituksenmukainen
- Emme osaa sanoa

Perustelut.

38. Miten hyödylliseksi verkostonne arvioi seuraavat Hoitotyön kansallisen tavoite- ja toimintaohjelman sisällön osa-alueet toimintayksiköiden kehittämisen näkökulmasta?

	Erittäin hyödylliseksi	Melko hyödylliseksi	Vain vähän hyödylliseksi	Ei lainkaan hyödylliseksi	Emme osaa sanoa
Hoitotyön käytäntö (Terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitäminen ja edistäminen elämänsä eri vaiheissa: Lasta suunnitteleva, odottava ja synnyttävä perhe, Lasta hoitava ja kasvattava perhe, Kouluikäiset ja nuoret, Työikäiset, Ikääntyneet)					
Hoitotyön johtaminen käytännön tukena (Asiakaslähtöisten palvelujen johtaminen, Henkilöstön hyvinvoinnin ja osaamisen johtaminen sekä rekrytointistrategioiden kehittäminen, Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen, Hoitotyön laadun, vaikuttavuuden ja kustannusten seurannan kehittäminen, Terveyspoliittiseen päätöksentekoon vaikuttaminen alueellisella ja paikallisella tasolla)					
Koulutus hoitotyön käytännön tukena (Hoitotyön käytännössä tarvittavan osaavan ja riittävän henkilöstön turvaaminen, Koulutuksen sisällön kehittäminen yhteistyössä työelämän kanssa, Hoitotyössä tarvittavan osaamisen ylläpitäminen ja vahvistaminen)					
Tutkimus hoitotyön käytännön ja johtamisen tukena (Tiedon tuottaminen asiakkaiden terveystarpeista, Terveystarpeisiin vastaamisen menetelmien kehittäminen ja vaikuttavuuden arviointi, Tiedon tuottamien henkilöstöstä, palvelurakenteesta sekä toiminta- ja johtamiskäytännöistä, Toiminta- ja johtamis-käytäntöjen kehittäminen ja vaikuttavuuden arviointi, Mittareiden kehittäminen vaikuttavuuden, laadun ja kustannusten seurantaan, Parhaan ajantasaisen näytön saaminen käyttöön yhteistyöllä)					
Hoitotyön käytäntöä, johtamista ja koulutusta koskevat esimerkit(Raportin liite 5, esimerkit 1–33 (s. 128–166))					

Perustelut.

39. Miten tarkoituksenmukaiseksi verkosto arvioi Hoitotyön kansallisen tavoite- ja toimintaohjelman valtakunnallisen toimeenpanon?

	Erittäin tarkoituksenmukainen	Melko tarkoituksenmukainen	Vain vähän tarkoituksenmukainen	Ei lainkaan tarkoituksenmukainen	
Läänikohtaiset tiedotusseminaarit ohjelman käynnistyessä					
Valtakunnalliset vuosittaiset seminaarit					
Väliarvioinnin palaute					

Perustelut.

40. Millaisia kehittämishdotuksia alueellisella verkostolla on Hoitotyön kansallisen tavoite- ja toimintaohjelman toimeenpanon ja hyödyntämisen kehittämiseksi?

41. Arvioikaa millaista kansallista tukea alueelliset verkostot ja toimintayksiköt tarvitsevat näyttöön perustuvan toiminnan edelleen kehittämisessä?

Tuen muoto	Alueelliset verkostot	Terveystieteiden tutkimuskeskukset
Valtakunnallisesti yhtenäinen koulutusohjelma		
Yhdestä paikasta saatavissa oleva tiivistetty ja arvioitu tieto		
Hoitotyön suositukset		
Hoitotyön menetelmien arviointi (FinOHTA)		
Kansalliset ohjeet näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi		
Valtakunnallinen asiantuntijaverkosto		
Kansainvälinen tuki		
Hoitotyön tutkimussäätiön mallit ja tuki		
Yhteistyö Käypä hoito -hankkeen kanssa		
Muu, mikä?		

42. Tarvitaanko hoitotyölle kansallinen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmaa myös jatkossa?

- Kyllä, tarvitaan erillinen ohjelma
 Riittää kun hoitotyö on sisällytetty osaksi muita sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisia ohjelmia
 Tarvitaan molemmat edellä mainituista
 Ei tarvita.

3. HOITOTYÖN VALTAKUNNALLISEN KEHITTÄMISEN PAINOPISTE-ALUEET TULEVAISUUDESSA

43. Mitkä ovat keskeisimmät hoitotyön käytännön kehittämiskohteet tulevaisuudessa?
44. Mitkä ovat keskeisimmät hoitotyön johtamisen kehittämiskohteet tulevaisuudessa?
45. Mitkä ovat keskeisimmät hoitotyön koulutuksen kehittämiskohteet tulevaisuudessa?
46. Mitkä ovat keskeisimmät hoitotyön tutkimuksen kehittämiskohteet tulevaisuudessa?
47. Mitkä ovat keskeisimmät hoitotyön näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiskohteet tulevaisuudessa?
48. Jos jatkossa laaditaan vastaava kansallinen hoitotyön ohjelma, mikä sen painopisteenä erityisesti tulisi olla?

4. MUUTA

49. Mistä erityisesti haluaisitte kuulla syksyllä 2007 pidettävässä tavoite- ja toimintaohjelman päätösseminaarissa?
50. Mitä muuta verkostonne haluaa viestiä?
51. Mikä kuvaa parhaiten sitä tapaa, jolla tähän kyselyyn on vastattu?

- Hoitotyön alueellinen verkosto sopi tapaamisessaan kysymyksiin annettavista vastauksista.
- Hoitotyön alueverkostosta vastaava vastasi oman käsityksensä perusteella konsultoituaan joitakin alueellisen verkoston jäseniä
- Hoitotyön alueverkostosta vastaava vastasi oman käsityksensä perusteella
- Muuten. Miten?

52. Vastaajan tiedot

Nimi
Tehtävänimike
Työpaikka
Sähköpostiosoite
Puhelinnumero
Lääni

Monet kiitokset vastaamisestanne!

LIITETAULUKKO 1. Alueellisten verkostojen tavoitteet, saavutukset sekä pysyvät (= PK) ja hyödynnettävät käytännöt

	Tavoitteet	Saavutukset /Pysyvät käytännöt (=PK)	Hyödynnettävät käytännöt
Etelä-Karjala [v15]	Terveystiedon edistäminen Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen	Terveystiedon edistämisen kuntakierros → tuloksena projektisuunnitelma IVA -menetelmän koulutuksesta kunnissa; kuntien oma kiinnostus Kirjaamisessa ollaan vasta alussa, HoiDok-hanke osoittautui huomattavasti merkittävämmäksi	-
Etelä-Pohjanmaa [v11]	Perhekeskeisen näyttöön perustuvan hoidon toteutumisen edistäminen alueella Tutkimukseen perustuvan perhekeskeisen hoitotyön koulutuksen edistäminen Väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen Tutkimustiedon käytön koulutuksen ja tutkimustiedon soveltamisen edistäminen	Kehitetty yhteistyötä, jossa kaikki alueen keskeiset toimijat ovat mukana. Tutkimus- ja kehittämishankkeiden toteutus Kerätty tutkimustietoa toiminnan vaikutuksista, arvioitu prosesseja ja osahankkeiden toteutumista Tutkimusten hakua ja käyttöä vahvistava koulutus ja osahankkeet (kehittämistyö tietyissä yksiköissä) Tuotettu malli tutkimustiedon käytön koulutukseen, josta tulossa jatkuva täydennyskoulutuskäytäntö Kerätty myös seurantatietoa tutkimusta varten Kehitetty yhteinen perhekeskeisen hoidon toteutumista arvioiva mittari PK -esimerkkejä: Päiväkirurgisen perhekeskeisen hoidon arviointi ja mallittaminen, päivystyspoliklinikan perhekeskeisen ohjauksen mallittaminen ja seuranta → vaikutuksia aikaan potilastyytyväisyydessä.	Tutkimustiedon käytön koulutus Perhekeskeisen hoidon toteutumista arvioiva mittari
Etelä-Savo [v07]	Alueellinen yhteistyö, verkostoituminen Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen alueella Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen alueella Alueelliset hoitotyön koulutukset	Alueelliset toimintamallit Tiedonhankintaa ja analysointia tukeva koulutus Yhteiset kehittämishankkeet PK : Yhdyshenkilötapaamiset, alueelliset koulutukset, joissa tutkimuksen kehittämistöiden esittelyä Hyvän hoidon malli, hoitoketjuja tautiryhmittäin, esimerkiksi raskaudenkeskeytyspotilaan hoito	Sovitut käytännöt hoitoketjuissa, säännölliset alueelliset koulutukset, verkostokokoukset
Itä-Savo [v03]	Palveluketjut Täydennyskoulutus Kirjaaminen Työnjako		Hoitomalleja

Kanta-Häme [v04]	Verkostoitumisen organisointi Yhteistoiminnasta sopiminen Kanta-Hämeen alueellisen hoitotyön kehittämis- ja toimenpideohjelman 2007–2010 laatiminen Konkreettinen kehittämisyh-teistyö, tutkimus- ja hanke-toiminnan aloittaminen sekä näyttöön perustuvan toiminnan jalkauttaminen toimintayksiköihin	Alueellinen hoitotyön verkosto, jossa mukana kaikki alueen keskeiset terveydenhuollon toimijat erikoissairaanhoidosta, perusterveydenhuollosta ja ammatillisesta koulutuksesta NPT-erikoistumisopinnot: Diabetes hoitajille 2007–2008 Potilasohjauskoulutus alkaa syksyllä 2007 Ylempään AMK -tutkintoon johtavat opinnot ammattikorkeakoulussa PK: Ohjelman laatiminen ja yksityiskohtien suunnittelu on parhaillaan valmisteilla	Tulossa yhteenveto ja toimintasuunnitelma jo käytössä olevista hyvistä käytännöistä ym.
Keski-Suomi [v08]	Vuosille 2006–2007 tavoitteena on kirjaamisen kehittämisen ja täten palveluketjun sujuvuuden edistäminen	Yhteinen tavoite on linjattu Terveyskeskukset ja sosiaalitoimen vanhustenhuolto rakentavat toimintamalleja paikallisesti Hoitotyön johtavien viranhaltijoiden tietoisuuden nostaminen ohjelmasta Yhteistyö ammattikorkeakoulun kanssa rakentavaa ja he ovat tuottaneet toivottuista teemoista koulutuksia Hyvien käytänteiden tunnistaminen: kirjaaminen, hoitoketjut, lääkehuolto, työnjakomallit, terveyden edistäminen, käytännön opiskelijaohjaus	Paikallisissa hankkeissa, joista on osasta hyvät internet-sivut (työnjakomallit ym.)
Kymenlaakso [v02]	Kaapo-alueen kanssa EFFICAN ja hoitotyön kirjaamisen kehittäminen Potilasohjeiden laatiminen, Hoitamisen rajapintojen varmistaminen hoitoketjuissa Kotiuttamista ja Palko-projektin juurruttamisen jatkaminen Täydennyskoulutus, osaamisen varmistaminen, urakehitys	Sähköinen alueellinen sairauskertomus PK: Kirjaamiskäytännöt	Kirjaamiskäytännöt ja kotiutuskäytännöt
Lappi [v13]	Käytännön hoitotyön tukeminen johtamisella Käytännön hoitotyön ja johtamisen tukeminen tutkimuksella Käytännön hoitotyön tukeminen koulutuksella Väestön terveys ja hyvinvointi elämänkulun eri vaiheissa	Hoitosuosittelujen kehittäminen meneillään (RR, psyk) Hoitotyötä ihmiseltä ihmiselle - hoitotyön ohjelma osaksi Lapin hyvinvointisuunnitelmaa AMK: Envi-hanke	

Oulun lääni ja Keski-Pohjanmaa [v01]	Verkoston luominen, säännölliset tapaamiset Hoitotyön yhteisten hankkeiden luominen, näyttöön perustuvan hoitotyön saaminen osaksi organisaatioiden toimintaa Näyttöön perustuvat käytännöt väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen alueella, hyvät käytännöt johtamisessa, koulutuksessa ja tutkimuksessa Hoitotyön strategioiden rakentaminen	Työnjakomallien kehittäminen, Terveyden edistämisen hankkeita, neuvolahanke (Siikalatva) Hoitotyön osaaminen ja johtaminen sekä johtajien verkostoituminen Potilasohjaushanke tutkimusyhteistyö Oppilaitoksen ja käytännön yhteistyö Tieto- ja osaaminen ovat vahvistuneet näyttöön perustuvasta toiminnasta - näyttöön perustuvan hoitotyön verkostotyöskentelyn käynnistyminen Tiedonhaun osaamisen vahvistuminen osalle PK: yhteistyöhankkeita, Pohjolan hoitotiedepäivä, näyttöön perustuvan koulutuksen tarjonta	Yhteistyö potilasohjauksessa, alueellinen päättökoe valmistuville, tajakso opettajille
Pirkanmaa [v14]	Hoitotyön kehittämishankkeita koskevan tiedon kerääminen Uusien hankkeiden suunnittelun tukeminen Näyttöön perustuvan hoitotyön edistäminen alueella yhteistyönä Työseminaarien järjestäminen	Tiedon jakaminen näyttöön perustuvasta hoitotyöstä Yhteistyö eri toimijatahojen kanssa: käytäntö - tutkimus - johtaminen - koulutus	
Pohjois-Karjala [v12]	Näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen Meneillään olevien tutkimus- ja kehittämishankkeiden koostaminen Näyttöön perustuvan osaamisen lisääminen Hoitotyön kehittämisverkoston muodostaminen	Verkosto on muodostettu ja sen toiminta on vakiintunut Tiedonvälitys ja koulutus ovat lisänneet osaamista Kooste meneillään olevista hankkeista, joka arvioitu	Masentuneen potilaan näyttöön perustuva hoitotyö, palliativisen hoidon toimintamalleja, terveys-tapaamiset
Pohjois-Savo [v06]	Tiedon kerääminen alueellisista hoitotyöhön liittyvistä hankkeista Alueellisen koulutuksen järjestäminen ns. kärkihankkeista Kansallisen verkoston toimintaan osallistuminen Sopiminen yhteisistä strategisista tavoitteista perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, ammatillisen koulutuksen ja yliopiston kesken	Alueellisen verkoston seurauksena hoitotyön johtajat ovat alkaneet säännölliset kokoukset ja yhteisen strategian laadinnan Alueellisesti on myös sovittu ammatikorkeakoulun ja ammattiopiston kanssa yhteisistä koulutuksista (esim. haavanhoitokoulutus) alueellisesti Muita soveltavia yhteisiä koulutuskohtauksia ovat kivun hoito ja potilasohjaus PK: Käytännöt muovautuvat vähitellen strategian mukaisiksi mm. potilasohjauksessa, haavan hoidossa	Esim. alueellinen hoitotyön tekijöiden yhteinen strategian laadinta prosessi
Satakunta [v10]	Hankkeet, koulutus Tulevan strategian painopisteistä sopiminen ja päivitykseen valmistautuminen www-sivut	Potilasohjaus, hoitotyön kirjaaminen, osallistuminen hoitotyön johtajien valtakunnalliseen raportointimallihankkeeseen, näyttöön perustuva hoitotyö ja vaikuttavuus PK: Kirjaamiskäytännöt	Kehittämistoimintaa tukeva täydennyskoulutus

Vaasa [v05]	<p>Väestön terveyden edistäminen hoitotyön keinoin Koulutus Tietojen kerääminen koko sairaanhoitopiirin alueella, materiaalin analysointi ja strukturointi</p>	<p>Tietojen kerääminen koko sairaanhoitopiirin alueella, materiaalin analysointi ja strukturointi</p>	
Varsinais-Suomi [v09]	<p>Tutkittuun tietoon ja näyttöön perustuvat hyväksi havaitut käytännöt hoitotyöntekijöiden toimintaan Alatyöryhmien käynnistäminen Alueellisen asiantuntijaverkoston jäsenten kokoontuminen Alueellisen seminaarin järjestäminen</p>	<p>Verkostoituminen Toimintasuunnitelma vuodelle 2007</p>	

LIITETAULUKKO 2. Toiminta- ja koulutusyksiköiden kehittämistyö teema-alueilla sekä kehittämiseen osallistuneiden verkostojen lukumäärä (lkm, N=15)

Teema-alueet	Toiminta- ja koulutusyksiköt			
	Sairaanhoidopiiri/ sairaala (verkostoja, n)	Terveyskeskus (verkostoja, n)	Yliopisto (verkostoja, n)	Ammattikorkeakoulu (verkostoja, n)
Strategiatyö ja johtaminen	(n=5) Näyttöön perustuvan hoitotyön organisointi [v07] Näyttöön perustuva toimintapolitiikka yhdessä yliopiston kanssa [v13] VSSHPin Hoitotyön strategia 2004–2007 [v09] Yhtenäinen strategia [v06] Toimipaikkakohtainen kehittämissuunnitelma [v10] Mahdollistaminen ja resurssien antaminen [v11]	(n=2) Yhtenäinen strategia [v06] Toimipaikkakohtaiset kehittämissuunnitelmat [v10]	(n=1) VSSHPin Hoitotyön strategia 2004–2007 [v09]	(n=2) VSSHPin Hoitotyön strategia 2004–2007 [v09] Yhtenäinen strategia [v06]
Koulutus ja osaaminen	(n=9) Eri kohderyhmille suunnatut koulutustilaisuudet, NPT erillisluennot [v04] Koulutus, tiedotus, seminaarit [v02] Koulutus, kehittämissoitajien roolin vahvistaminen [v05] Koulutus [v04, 05, 12] Tulosyksiköissä koulutuspäiviä x2/vuosi [v01] EBN -koulutus [v09] Henkilöstön koulutus [v10] Neuvonta [v05] Koulutus [v11]	(n=4) Henkilöstön koulutus [v10] Neuvonta, koulutus [v05] Osallistuminen koulutukseen [v02, v12]	(n=3) EBN -koulutus [v09] Koulutukseen ja kehittämistoimintaan osallistuminen [v11] Asiantuntija-apu esim. koulutuksissa [v01]	(n=10) Tutkimukseen perustuvan koulutuksen edistäminen [v11] Opetuksen ajantasaisuus [v14] Perusopetuksen, erikoistumisopinon ja täydennyskoulutusten sisällöt (OPS) ja toteutus NPT:n mukaisesti [v04] Oppimisympäristö, OPS:n kehittäminen [v13] Painopiste opetuksessa [v05] Ottaminen osaksi opetussuunnitelmaa läpäisyperiaatteella [v15] Koulutuksen järjestäminen [v01, v02, v07, v11, v12, v13] Kouluttaminen [v10]
Alueellisen verkoston toiminnan kehittäminen	(n=3) Verkostoituminen [v02] Toiminnan vetäminen ja aktiivinen osallistuminen [v11] Osallistuminen muihin alueellisiin verkostoihin [v10]	(n=1) Aktiivinen osallistuminen [v07]		
Tutkimus, kehittäminen	(n=5) Hoitotyön tutkimus- ja kehittämishankkeet [v09] Hankkeiden tulosten soveltaminen [v14]	(n=5) Aktiivinen osallistuminen kehittämis- ja tutkimushankkeisiin [v11], Hankkeiden uusien	(n=2) Tutkimustoiminta ja tutkimustoiminnasta (tutkimuksen sivuprofessori sairaanhoidopiirissä) ja tieteellisestä	(n=4) Tutkimus [v10] Tutkimustyön tukeminen [v07] Tutkimukseen osallistuminen [v11]

	<p>Aktiivinen osallistuminen tutkimus- ja kehittämishankkeisiin [v11] NPT:n mukainen käytännön kehittämistoiminta hoitotyön eri vastualueilla ja yksiköissä [v04]</p>	<p>käytäntöjen soveltaminen työssä [v14] Aktiivinen osallistuminen mm. koulutukseen [v11]</p>	<p>julkaisutoiminnasta vastaaminen [v11] Hoitotyön tutkimus- ja kehittämishankkeet [v09]</p>	<p>Kehittämistoimintaan osallistuminen [v11] Hoitotyön tutkimus- ja kehittämishankkeet [v09]</p>
<p>Näyttöön perustuva tieto, suositukset</p>	<p>Käypä hoito -suositukset, hankkeet, Terveystieteen käyttö [v04] Hoitosuositukset [v13]</p>	<p>Näyttöön perustuva neuvola- ja kouluterveydenhuolto [v09]</p>		
<p>Työnjako</p>		<p>Työnjakomalleissa kehitetty ohjeita, jotka ovat valtakunnallisessa käytössä [v08] Työnjako/tehtävä-jako [v13]</p>		

RAPORTTEJA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2008

Päivi Hämäläinen, Persephone Doupi, Hannele Hyppönen. eHealth Policy and Deployment in the European Union. Review and Analysis of Progress
Reports 26/2008 Tilausnro R26/2008

Jaana Lähteenmaa, Teija Strand. Pelin jälkeen: velkaa vai voittoja? Tutkimus velan ottamisesta rahapeleihin, erityistarkastelussa nettipokeri ja pikavippaaminen
Raportteja 25/2008 Tilausnro R25/2008

Mikko Svartsjö, Jani Kinnunen, Eetu Paloheimo, Frans Mäyrä. Järjellä vai tunteella? Nettipokerin pelikokemus ja pelaamisen hallinta
Raportteja 24/2008 Tilausnro R24/2008

Pauliina Luopa, Minna Pietikäinen, Jukka Jokela. Kouluterveyskysely 1998–2007: Nuorten hyvinvoinnin kehitys ja alueelliset erot
Raportteja 23/2008 Tilausnro R23/2008

Eeva-Liisa Kronqvist, Jaana Jokimies. Vanhemmat varhaiskasvatuksen laadun arvioijina. Tuloksia Vaikuta vanhempi -selvityksestä
Raportteja 22/2008 Tilausnro R22/2008

T. Hakulinen-Viitanen, M. Pelkonen, V. Saaristo, A. Hastrup, M. Rimpelä. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007. Tulokset ja seurannan kehittäminen
Raportteja 21/2008 Tilausnro R21/2008

Vappu Karjalainen, Peppi Saikku, Auvo Pasuri, Anja Seppälä. Mitä on aktiivinen sosiaalipolitiikka kunnissa? Näköalapaikkana työvoiman palvelukeskukset
Raportteja 20/2008 Tilausnro R20/2008

Seija Muurinen, Kerttu Perttilä, Timo Ståhl. Terveys 2015 -kansanterveysohjelman ohjauvuuden, toimenpanon ja sisällön arviointi 2007. Haastattelut terveyden edistämisen asiantuntijoille sekä kuntien edustajille
Raportteja 19/2008 Tilausnro R19/2008

Eija Stengård, Kaija Appelqvist-Schmidlechner, Maila Upanne, Kai Parkkola, Markus Henriksson. Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen. Varusmies- ja siviilipalveluksen ulkopuolelle jääneiden miesten elämäntilanne ja psykososiaalinen hyvinvointi
Raportteja 18/2008 Tilausnro R18/2008

Leena Lerssi, Leena Sundström, Tiina Tervaskanto-Mäentausta, Ritva Väistö, Riikka Puusniekka, Minna Pietikäinen, Jaana Markkula. Kouluterveyskyselystä toimintaan -hanke 2005–2007. Hankkeen loppuraportti
Raportteja 17/2008 Tilausnro R18/2008

Jan Moilanen, Nina Knape, Unto Häkkinen, Timo Hujanen, Petri Matveinen. Terveystilaston menot ja rahoitus 1995–2005. OECD:n terveystilinpitojärjestelmän (SHA, System of Health Accounts) käyttöönotto kansallisessa tilastoinnissa. Loppuraportti
Raportteja 16/2008 Tilausnro R16/2008