



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union



OPAS HYVIEN KÄYTÄNTÖJEN KÄYTTÖÖNOTTOON

Perustuu CHRODIS PLUS -hankkeen tuloksiin kahdeksassa maassa, jotka hyödynsivät CHRODIS-hankkeen Laatuksiteerit ja suositukset –työkalua (QCR)

Tekijät: Ydinkirjoitusryhmä työpakettin numero 7 (WP7)

yhteistyökumppanien puolesta

Lokakuu 2020



Tämä asiakirja on tuotettu CHRODIS PLUS -hankkeessa, jonka tavoitteena oli vähentää kroonisia sairauksia CHRODIS-hankkeessa tunnistettujen hyvien käytäntöjen avulla. Kansainvälisen yhteistyön tarkoituksena on keventää kroonisten sairauksien taakkaa ja vahvistaa terveydenhuoltojärjestelmän kestävyyttä ja reagointikykyä Euroopan Unionin Terveystohjelman (2014–2020) puitteissa. Vastuu asiakirjasta on yksinomaan tekijöillä, eikä kuluttaja-, terveys-, maatalous- ja elintarvikealan toimeenpanovirasto ole vastuussa mahdollisesta asiakirjan sisältämien tietojen käytöstä.

JOHDANTO

Tämä opas on lyhyt versio **CHRODIS-hankkeen Laatukriteerit ja suositukset -työkalun käyttöönottoa koskevasta oppaasta** (lyhyesti: opas), joka kehitettiin Euroopan komission ja hankkeeseen osallistuvien organisaatioiden rahoittamassa kolmevuotisessa (2017–2020) **CHRODIS PLUS** -hankkeessa. Mukana oli 42 rahoituksensaajaa 20:stä Euroopan maasta. CHRODIS PLUS -hankkeen tarkoituksena oli torjua kasvavaa tarttumattomien sairauksien taakkaa edistämällä alan hyvien käytäntöjen käyttöönottoa.



Opas sisältää vaiheittaisen ohjeistuksen CHRODIS-hankkeen Laatukriteerit ja suositukset -työkalun käyttöönottoa varten. Työkalu kehitettiin alun perin CHRODIS-hankkeessa (2014–2017) käyttäen tyypin 2 diabetesta (T2DM) esimerkkinä, mutta myöhemmin työkalua on sovellettu ja testattu CHRODIS PLUS -hankkeen työpaketissa 7: Kroonisesti sairaiden potilaiden laadukkaasta hoidosta huolehtiminen. Työkalua testattiin erilaisissa olosuhteissa Bulgariassa, Kroatiassa, Suomessa, Saksassa, Kreikassa, Serbiassa, Sloveniassa ja Espanjassa toteutettujen pilottitoimien avulla. Pilottitoimissa kehitettiin innovatiivisia käytäntöjä tautien ehkäisyyn, terveyden edistämisen ja terveydenhuollon aloilla keskittyen tyypin 1 ja tyypin 2 diabetekseen, tinnitukseen ja kompleksisiin pitkäaikaissairauksiin. Kokemukset osoittavat,

että CHRODIS-yhteishankkeen Laatukriteerit ja suositukset -työkalua voidaan soveltaa myös muiden sairauksien kuin T2DM hoidossa.

Näiden kokemusten perusteella laadimme CHRODIS-hankkeen Laatukriteerit ja suositukset -työkalun käyttöönottoa koskevan oppaan käytännön tueksi niille, jotka johtavat terveyden edistämisen, sairauksien ehkäisyyn ja pitkäaikaissairauksien hoidon käytäntöjen kehittämistä, käyttöönottoa, seuranta ja arviointia. Työkalu soveltuu parhaiten ”ylhäältä alaspäin” toteutuksen kehykseksi, kun on huomioitava implementaatio koko laajuudessaan, minkä vuoksi siitä on eniten hyötyä johtoryhmälle. Pilottitoimia toteuttavien kumppaneiden kokemusten mukaan sen käyttö edistää kuitenkin useiden sellaisten sidosryhmien aktiivista ja merkityksellistä osallistumista, joihin käytäntö jollain tavalla vaikuttaa nyt tai tulevaisuudessa ja/tai jotka ovat mukana sen juurruttamisen ja skaalautuvuuden kehittämisessä.

OPPAAN PERUSELEMENTIT

CHRODIS-hankkeen Laatukriteerit ja suositukset

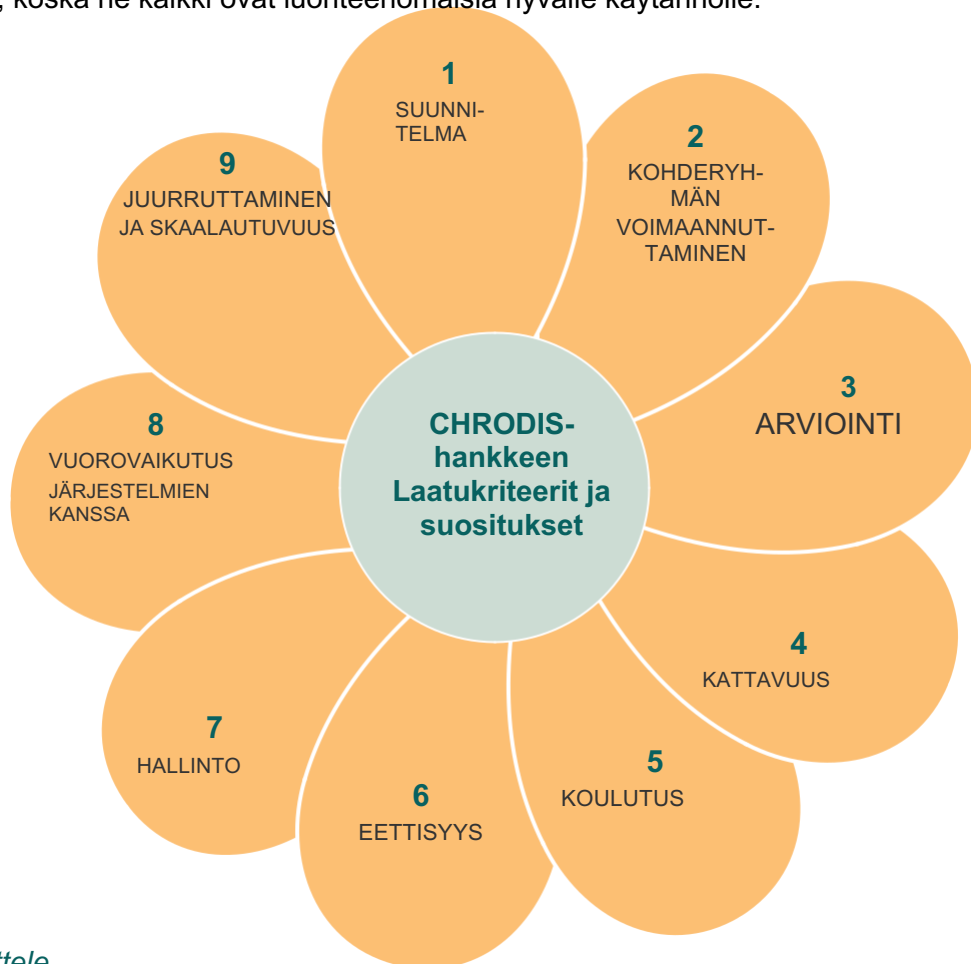
- Luettelo CHRODIS-hankkeen suosituksista ja laatukriteereistä sekä kehysten visuaalinen esittely

Käyttöönottoprosessin vaiheet

- Johtoryhmän ja käyttöönottoyöryhmän perustaminen
- Soveltamisala
- Tilanteen ja kontekstin analyysi
- Pilottiointitasuunnitelman laadinta
- Seuranta ja arviointi
- Tulosten raportointi
- Juurruttamisen ja skaalausmahdollisuuksien suunnittelu
-

CHRODIS-YHTEISHANKKEEN SUOSITUKSET JA KRITERIT

Seuraavassa osassa esitellään CHRODIS-yhteishankkeen suositukset ja kriteerit. Niihin sisältyy yksityiskohtaisia kuvauksia hyvien käytäntöjen kehittämisessä, käyttöönotossa, seurannassa ja arvioinnissa hyödyllisiksi todetuista näkökohdista. Ne on esitetty visuaalisesti yhdeksänlehtisenä apilana, koska ne kaikki ovat luonteenomaisia hyvälle käytännölle.



Suunnittele

Suunnitelmassa tulee määritellä selkeästi tavoitteet, päämäärät ja menetelmät, ja sen on hyvä perustua asiaankuuluviin tietoihin, teoriaan, kontekstiin, näyttöön ja aiempiin käytäntöihin, mukaan lukien pilottitutkimukset. Käytännön rakenne, organisaatio ja sisältö määritellään ja laaditaan yhdessä selkeästi kuvatun kohderyhmän kanssa (huomioiden poissulkemis- ja sisällyttämisperusteet ja arvioitu osallistujamäärä). Inhimilliset ja aineelliset voimavarat tulee arvioida asianmukaisesti tehtäviin nähden. Keskeiset tasapuolisuuskulmat on huomioitava asianmukaisesti.

Edistä kohderyhmän mukaanottoa ja voimaannuttamista

Käytännön tulee aktiivisesti edistää kohdeväestön voimaannuttamista asianmukaisin mekanismein, joita ovat toimintakyvyn tuki, yhteinen päätöksenteko, tiedonjako, arvojen selkeyttäminen, aktiivinen osallistuminen suunnitteluprosessiin, aktiivinen osallistuminen ammatilliseen koulutukseen ja sidosryhmien tarpeiden huomioiminen osaamisen ja käyttäytymisen kehittämisessä.

Määritä arviointi- ja seurantasuunnitelma

Arviointikriteerien on linkittyttävä toiminnan tavoitteisiin, jotta voidaan edistää jatkuvaa oppimista ja kehittymistä ja/tai muotoilla käytäntöä uudelleen. Arviointi- ja seurantatulokset tulee jakaa

asiaankuuluvien sidosryhmien kesken ja yhdistää määriteltyihin tavoitteisiin ja päämääriin. Arvioinnissa tulee huomioida sekä kohdeväestöön liittyvät että virallisten ja epävirallisten hoitajien/hoitohenkilökunnan näkemysten perusteella arvioitavat sosiaaliset ja taloudelliset näkökohdat.

Käytännön kattavuus

Käytännössä on otettava huomioon asianmukainen näyttö tehokkuudesta, kustannustehokkuudesta, laadusta, turvallisuudesta, tärkeimmistä tilannekohtaisista indikaattoreista ja taustalla olevista riskeistä käyttämällä validoituja välineitä yksilölliseen riskinarviointiin.

Huomioi koulutus

Käytäntöön olisi sisällyttävä koulutuselementtejä, joilla edistetään kohdeväestön voimaannuttamista (esimerkiksi vahvistetaan heidän terveyslukutaitoaan, toimintakykyään, stressinhallintaansa jne.). Asiaankuuluvat ammattihenkilöt ja asiantuntijat koulutetaan tukemaan kohdeväestön voimaannuttamista, ja kouluttajien on oltava päteviä tietämyksen, menetelmien ja lähestymistapojen osalta.

Eettisyys

Käytäntö on toteutettava tasapuolisesti (eli tarpeisiin suhteutetusti). Tavoitteiden ja strategian tulee olla avoimesti kohdeväestön ja sidosryhmien tiedossa. Mahdollisia rasitteita (esimerkiksi psykososiaalisia ja kustannuksiin sekä esteettömyyteen liittyviä) on käsiteltävä, jotta hyöty ja rasite saadaan tasapainoon. Kohdeväestöllä on oikeus saada tietoa, päättää hoidostaan ja osallistumisestaan. Kohdeväestön oikeutta luottamuksellisuuteen on kunnioitettava ja edistettävä.

Hallinto

Käytäntöön olisi sisällyttävä organisaatioelementtejä, joiden avulla tunnistetaan tarvittavat toimet oikeudellisten, hallinnollisten, taloudellisten tai taitojen kehittymisen esteiden poistamiseksi siten, että kohdeväestön, hoitajien ja ammattilaisten panos suunnitellaan, sitä tuetaan ja sille varataan resursseja. Henkilöstön kannustimien ja motivaation mukauttamiseksi käytännön tavoitteisiin on määritelty strategia. Käytännön olisi tarjottava tehokkaan johtajuuden malli ja luotava omistajuutta kohdeväestön ja useiden sidosryhmien keskuuteen siten, että monitieteiset, monialaiset ja alojen väliset kumppanuudet ja liittoutumat voidaan tarvittaessa ottaa huomioon. Käytäntöä tukevan näytön ja dokumentaation (ohjeet, protokollat jne.) olisi oltava helposti asianomaisten sidosryhmien (esimerkiksi ammattilaisten ja kohdeväestön) saatavilla, millä voitaisiin tukea monialaista lähestymistapaa. Käytäntöä olisi tuettava erilaisilla tieto- ja viestintätekniikoilla (esim. potilasrekisterijärjestelmät, erityiset ohjelmistot seulontojen tukemiseksi, sosiaalinen media jne.) ja siten määriteltävä toimintapolitiikka, jolla varmistetaan, että käyttäjät (ammattilaiset ja kohdeväestö) hyväksyvät tietotekniikan ja voivat osallistua muutosprosessiin.

Vuorovaikutus keskeisten järjestelmien kanssa

Käytännön olisi oltava integroitavissa tai vuorovaikutteinen jo käytössä olevien terveydenhuoltojärjestelmien ja/tai muiden keskeisten järjestelmien kanssa, jotta mahdollistetaan tehokkaat yhteydet kaikkien asiaankuuluvien päätöksentekijöiden ja sidosryhmien välillä sekä parannetaan ja tuetaan kohdeväestön kykyä olla tehokkaasti vuorovaikutuksessa keskeisten järjestelmien kanssa.

Juuruttaminen ja skaalautuvuus

Käytännön jatkuminen olisi varmistettava juurruttamalla se instituutioihin ja/tai keskeisten sidosryhmien tai yhteisöjen omistajuudella ja tuella. Juurruttamisstrategiassa tulee huomioida taustatekijät (esimerkiksi terveys- ja sosiaalipolitiikka, seksuaali- ja sukupuolikysymykset, innovointi, kulttuuriset tekijät, yleinen talous ja epidemiologiset kehityskulut), joiden avulla arvioidaan mahdollisia vaikutuksia kohderyhmään.

CHRODIS-hankkeen suositukset voidaan kuvata myös CHRODIS-hankkeen kriteereinä, joissa on määritelty kriteerikohtaiset käyttöönottoprosessia tukevat erityiskategoriat. Katso sivu 15.



KÄYTTÖÖNOTTOPROSESSIN VAIHEET

Johtoryhmän ja käyttöönotto työryhmän perustaminen

Käyttöönottoprosessin ensimmäisessä vaiheessa on tarkasteltava hallinnon ja johtamisen eri näkökohtia. Tässä vaiheessa on määriteltävä, kuka johtaa ja koordinoi käytännön kehittämistä ja käyttöönottoa. **Johtoryhmä** on keskeisessä asemassa tunnistettaessa asiaankuuluvia sidosryhmiä, jotka osallistuvat prosessin eri vaiheisiin, ja hahmoteltaessa niiden rooleja ja vastuita. Ryhmä suunnittelee, organisoii, seuraa, jakaa, raportoi ja tukee käytännön tavoitteiden saavuttamista. Tässä yhteydessä on luotava tehokas johtajuus ja perusta myöhemmälle kohdeväestön ja sidosryhmien yhteiselle omistajuudelle. Tämän vuoksi ryhmässä korostetaan erityisesti tietojen jakamista eli sitä, että pilottihankkeen käyttöönottoa tukevien keskeisten tietolähteiden (esimerkiksi ohjeiden, asiakirjojen ja pöytäkirjojen) on oltava helposti saatavilla. Jatkuvan tiedonvaihdon mahdollisuuksien luominen edistää monialaista lähestymistapaa ja kannustaa mukana olevia osapuolia.

Käyttöönotto työryhmän perustamisen yhteydessä johtoryhmän on yksilöitävä sidosryhmät ja tasot – henkilöt, laitokset tai organisaatiot, joihin toiminta, ohjelma, interventio tai politiikka jollain tavalla vaikuttaa tai jotka ovat tärkeitä käytännön juurruttamisen tai skaalautuvuuden kannalta. Sidosryhmät voivat edustaa laitoksia, organisaatioita tai yksilöitä, joilla on yksilöllistä tietoa ja kokemusta terveys-, koulutus-, sosiaali-, työllisyys-, tutkimus- ja tieto- ja viestintätekniikan aloista, kansalaisjärjestöistä, potilasjärjestöistä ja kansalaisyhteiskunnasta. Vaikka ryhmien koko ja kokoonpano voivat vaihdella, käytännön kannalta on hyödyllistä että keskeiset henkilöryhmät ja näkökulmat ovat edustettuina. Jäsenet voivat toimia järjestäjinä, asiantuntijoina, päätöksentekijöinä, sidosryhminä, toteuttajina ja kohderyhmien edustajina. Muita sidosryhmiä voidaan kuulla erityiskysymysten kohdalla, niille voidaan tiedottaa aktiivisesti ja tarvittaessa pyytää palautetta.

Käytännön erityispiirteistä riippuen uusia tavoitteita, tarpeita ja toimintoja saattaa tulla ajan myötä esille. Johtoryhmän tulisi pystyä tunnistamaan nämä ajoissa ja muokkaamaan käyttöönotto työryhmää tilanteen ja kontekstin mukaan. Terveyskäytännöt vaikuttavat yleensä eniten potilaisiin ja muihin terveydenhuollon asiakkaisiin. Mahdollisuuksien mukaan (ja kontekstista riippuen) kannattaa harkita kohdeväestön aktiivisten edustajien ottamista mukaan käyttöönotto työryhmään. Tämä voi vaikuttaa merkittävästi ryhmän dynamiikkaan, tehdä siitä rakentavamman, selkeämpää kieltä käyttävän ja potilaskeskeisemmän. Näin voidaan myös säilyttää kohdeväestön osallisuus koko käytännön kehittämisen ja toteutuksen ajan.



1. Hallinto
7. Suunnitelma



Käytännön soveltamisala

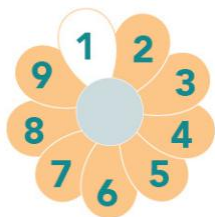
Seuraavaksi määritellään käytännön soveltamisala. Johtoryhmän johtama käyttöönotto-työryhmä linjaa tässä vaiheessa ongelman, johon käytännöllä pyritään puuttumaan, määrittelee käytännön tavoitteen ja kohdeväestön osallisuuden sekä valitsee toteutuksen kannalta keskeiset CHRODIS-hankkeen suositukset ja kriteerit (1).

Ongelman kuvaus: Paikallisen ongelman luonne ja merkitys hahmotellaan käytettävissä olevan tiedon perusteella. Kuvauksessa esitetään yhteenveto siitä, mitä ongelmasta tällä hetkellä tiedetään aiemman tutkimuksen perusteella.

Yleinen tavoite: Yleisen tavoitteen on oltava selkeä, ja se on määriteltävä yhdessä kaikkien käyttöönotto-työryhmän jäsenten kanssa, kohderyhmän tarpeet huomioiden.

Kohderyhmä: Kohderyhmän määrittelyssä olisi huomioitava asiaankuuluvat oikeudenmukaisuuden ulottuvuudet (sukupuoli, sosioekonominen asema, etnisyys, maaseutu/kaupunki ja haavoittuvassa asemassa olevat ryhmät). Kohderyhmän ominaispiirteet (poissulkemis- ja sisällyttämisperusteet ja arvioitu osallistujamäärä) ja roolit käytännön käyttöönotossa on määriteltävä selkeästi.

Ensimmäinen käyttöönottosuunnitelma: Käyttöönotto kuvataan lyhyesti kutakin kriteeriä pohtien. On suositeltavaa ottaa huomioon kaikki kriteerit, mutta jotkin niistä eivät välttämättä koske tiettyä käyttöönottoa. Tällöin on hyvä täsmentää, miksi tiettyjä kriteerejä ei voida huomioida.



1. –9. Kaikki

1. erityispainotus käytännön suunnitteluun

Tilanteen ja kontekstin analyysi

Ennen yksityiskohtaisen toimintasuunnitelman laatimista olisi tunnistettava keskeiset tilannekohtaiset tekijät, jotka voivat vaikuttaa käyttöönottoon. Tilanearvioissa voidaan käyttää kvantitatiivisia, kvalitatiivisia tai sekamenetelmiä. Samoja periaatteita voidaan soveltaa käyttöönoton seurantaan ja arviointiin.

Kvantitatiivinen menetelmä: Tietoja voidaan kerätä tietorekistereistä ja kyselylomakkeilla, jotka tuottavat numeerisia tietoja. Tietojen analysointiin kuuluvat tilastolliset menetelmät (kuvaileva, yksimuuttujainen, monitasoinen, monimuuttujainen) tai pisteytyksen rakentaminen. Tulokset ovat tilastollisia päätelmiä, monitasoisia malleja ja/tai monimuuttujaisia luokituksia. Monissa tapauksissa kontekstin analysoinnissa käytetään toissijaisia tietoja.

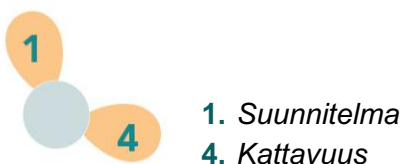
Kvalitatiiviset menetelmät: Tietoja kerätään yleensä avoimilla kyselylomakkeilla, osittain jäsennellyillä haastatteluilla, osallistavalla havainnoinnilla ja vuorovaikutteisilla menetelmillä (esim. työpajat, SWOT-analyysi (2), "World Cafe" (3)) tai poimimalla tietoja kirjallisista lähteistä. Tiedot (enimmäkseen



transkriptioina ja tutkijoiden laatimina muistioina) analysoidaan yleensä sisältöanalyysin tai aineistolähtöisen teorian avulla (4).

SWOT-analyysi on kvalitatiivinen menetelmä, jolla voidaan kuvata kontekstia käyttöönotto-ryhmän näkökulmasta. Se sitouttaa kaikki ryhmän osallistujat, eikä analyysin suorittaminen edellytä yksityiskohtaista asiantuntijatietoa. Se mahdollistaa ryhmän osallistujien välisen jäsennellyn keskustelun, jonka pohjalta luodaan SWOT-kaavio. Siinä kuvataan käyttöönottoon liittyvän toiminnan vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia.

SWOT-analyysi voidaan tehdä kaikkien CHRODIS-hankkeen suositusten ja kriteerien (1) perusteella tai ottaen huomioon vain valitut, merkityksellisimmiksi katsotut kriteerit. On kuitenkin suositeltavaa ilmoittaa perustelut sille, miksi muita kriteerejä ei pidetty merkityksellisinä.



Pilottitoimintasuunnitelman laadinta

Tilanneanalyysi auttaa hahmottamaan paikallista ongelmaa tarkemmin. Tässä vaiheessa on suositeltavaa tarkistaa uudelleen toimenpiteen soveltamisala ja tehdä mukautuksia analyysistä saatujen tietojen perusteella.

Seuraavaksi määritellään pilottitoimintasuunnitelma. Pilottitoimintasuunnitelmassa määritellään erityiset tavoitteet, toiminnot, vastuut, aikataulu ja keskeiset tulosindikaattorit.

Erityistavoitteet: Erityistavoitteiden on oltava johdonmukaisia. Käytännön tavoitteiden ja strategian tulee olla kohderyhmän ja sidosryhmien tiedossa.

Toiminnot: Kullekin erityistavoitteelle määritellään yksi tai useampi toiminto.

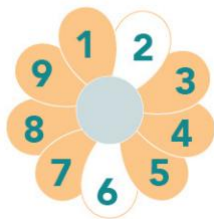
Vastuut: On oltava selvää, kuka on vastuussa tietyn toiminnon toteuttamisesta ja ketkä siihen osallistuvat. Toimintasuunnitelman tulee tukea kohderyhmän ja sidosryhmien omistajuutta siten, että monitieteiset, monialaiset ja alojen väliset yhdyspinnat voidaan tarvittaessa ottaa huomioon.

Aikataulu: Kunkin toiminnon aikataulun olisi oltava realistinen. Yleensä toiminta vie suunniteltua enemmän aikaa.

Keskeiset tulosindikaattorit: Indikaattoreita käytetään prosessien (toteutetut toimet), tuotosten (toimien tulokset) ja tulosten (toiminnan avulla saavutetut muutokset) mittaamiseen.

Käytäntö olisi otettava käyttöön tarpeisiin nähden tasapuolisesti ja niin, että tavoitteet ja strategia ovat kohdeväestön ja sidosryhmien tiedossa. Mahdolliset rasitteet (psykososiaaliset, hintaan ja esteettömyyteen liittyvät jne.) sekä hyötyjen ja haittojen välinen tasapaino on huomioitava.

Kohderyhmän oikeuksia saada tietoa (käytännön käyttöönoton aikana ja jälkeen) ja päättää hoidostaan sekä osallistua aktiivisesti on kunnioitettava ja tuettava, ja luottamuksellisuus on otettava huomioon.



1. –9. Kaikki, erityisesti kohderyhmän voimaannuttaminen
6. Eettisyys

Seuranta ja arviointi

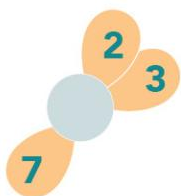
Käyttöönottoprosessin aloituspäivä tulee määritellä. Gantt-kaavion (ks. 5) tai muiden visuaalisten menetelmien käyttö on suositeltavaa aikajanan kuvaamiseksi ja mahdollisten suunnitteluvirheiden tunnistamiseksi.

PDSA (Plan-Do-Study-Act) -menetelmä (6) voidaan ottaa käyttöön yhden tai useamman käyttöönottosyklin hahmottelemiseksi. Tämä menetelmä mahdollistaa lisämuutokset ensisijaiseen suunnitelmaan kerättyjen ja analysoitujen tietojen perusteella. PDSA-sykli sisältää toiminnan väliarvioinnin.

Toiminnan väliarviointi voidaan suorittaa käyttäen CHRODIS-hankkeen suosituksia ja kriteereitä (1). CHRODIS PLUS -hankkeessa tätä käytettiin itsearviointiin. Kumppanit arvioivat käytännön käyttöönottoa muutaman kuukauden kuluttua ja kuvailivat yksityiskohtaisesti, täyttyivätkö kriteerit kyseisenä ajankohtana, perustelivat/selittivät vastauksensa, ja kuvasivat alkuperäisen toimintasuunnitelman muutoksiin liittyviä ideoita/suunnitelmia/konkreettisia toimenpiteitä. Väliarviointi sisältää myös keskeisten tulosindikaattoreiden arvioinnin ja johtaa tarvittaessa suunnitelman mukauttamiseen. PDSA-syklejä voidaan toteuttaa useampia kuin yksi.

Toiminnan päättyessä tehtävä loppuarviointi voi noudattaa samaa rakennetta.

Arvioinnin tulosten tulisi aina johtaa toimintaan jatkuvan oppimisen ja/tai kehityksen edistämiseksi ja/tai käytännön uudistamiseksi. Tuloksista on tiedotettava sidosryhmille, osoittaen yhteydet alussa määritettyihin tavoitteisiin. Arvioinnissa on käsiteltävä sosiaalisia ja taloudellisia näkökohtia sekä kohderyhmän osalta että virallisten ja epävirallisten hoitajien näkemysten perusteella.



2. Kohderyhmän voimaannuttaminen
3. Arviointi
7. Hallinto

Tulosten raportointi

Kun toiminta on saatu päätökseen, käyttöönottojärjestelmän on hyödyllistä pohtia tehtyä työtä ja laatia raportti käyttöönottoprosessista. Raportoinilla välitetään ja viestitään keskeistä tietoa tiede-, ammatti- ja maallikkoyhteisöille sekä päättäjille ja se on olennainen juurruttamisen ja skaalautumisen rakennuselementti.

Käyttöönottoprosessin raportti on hyvä jäsenellä tieteellisiä ja ammatillisia julkaisuja koskevien ohjeiden mukaisesti. CHRODOS PLUS -hankkeen kumppanit käyttivät SQUIRE 2.0 -ohjeistusta (7). Raporttiin on sisällytettävä seuraavat seikat:

- Otsikko
- Tiivistelmä
- Lyhyt yhteenveto
- Johdanto (Miksi prosessi käynnistettiin?) o Ongelman kuvaus
 - o Käytettävissä olevat tiedot o Periaatteet
 - o Erityistavoitteet
- Menetelmät (Mitä teitte?) o Konteksti
 - o Toiminta/toiminnot
 - o Toiminnan tutkimus o Toimenpiteet
 - o Pilottitoimintasuunnitelma o Analyysi
 - o Eettiset näkökohdat
- Tulokset (Mitä saitte selville?)
- Pohdinta (Mitä tämä tarkoittaa?) o Käyttöönottoprosessi
 - o Yhteenveto
 - o Tulkinta o Rajoitukset
- Johtopäätökset

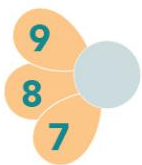


Juurruttamisen ja skaalausmahdollisuuksien suunnittelu

Käytännön juurruttamista ja skaalautumista koskevia näkökohtia olisi tarkasteltava käyttöönoton kaikissa vaiheissa: lähtötilanteessa ja tilanneanalyysissä, toiminnan suunnitteluvaiheessa sekä väli- ja loppuarvioinneissa ja erityisesti raportoinnissa. Kumppaneidemme kokemukset pilottitoimista osoittavat, että joskus tarvitaan merkittäviä mukautuksia ensisijaisiin suunniteltuihin toimiin juurruttamispotentiaalin lisäämiseksi.

Juurtumisen saavuttamiseksi käyttöönottajien tai käyttöönottoa suunnittelevien olisi tuettava käyttöönotettavaa käytäntöä laajasti. Käytännön jatkuminen voidaan varmistaa sen ankkuroinnilla instituutioihin ja/tai keskeisten sidosryhmien tai yhteisöjen omistajuudella, jota käyttöönottojärjestelmä ja/tai johtoryhmä edistävät. Olisi määriteltävä kestävyysstrategia, jossa otetaan huomioon kontekstuaaliset tekijät (esim. terveys- ja sosiaalipolitiikka, innovointi, kulttuuriset suuntaukset ja yleinen talous, epidemiologiset trendit). Mahdollinen vaikutus kohderyhmään (skaalautumisen yhteydessä) on arvioitava.

Yhteyksien luominen ja/tai edistäminen päätöksentekijöiden ja paikallisyhteisön välille on toinen tärkeä mekanismi, jolla rakennetaan kestävyttä ja skaalautuvuutta. Nämä sidosryhmät on mahdollisuuksien mukaan otettava mukaan käyttöönottoprosessiin. Tuloksia voidaan pohtia esimerkiksi järjestämällä ”politiikkavuoropuhelu” – jäsenelty toimintaa koskeva keskustelu päätöksentekijöiden, asiantuntijoiden ja kohderyhmän edustajien kesken. On tunnistettava yhteiset odotukset, haettava tukea sidosryhmien keskuudesta ja hahmoteltava mahdolliset seuraavat vaiheet yhdessä. Potilaiden/kohderyhmän edustajien olisi oltava pysyvässä ja merkitsevässä roolissa mukana. Sidosryhmien tuki on tärkeää prosessin tulevalle omistajalle, kuten kumppanimme havaitsivat pilottitoimien yhteydessä.



- 7. Hallinto
- 8. Vuorovaikutus järjestelmien kanssa
- 9. Juurruttaminen ja skaalautuvuus

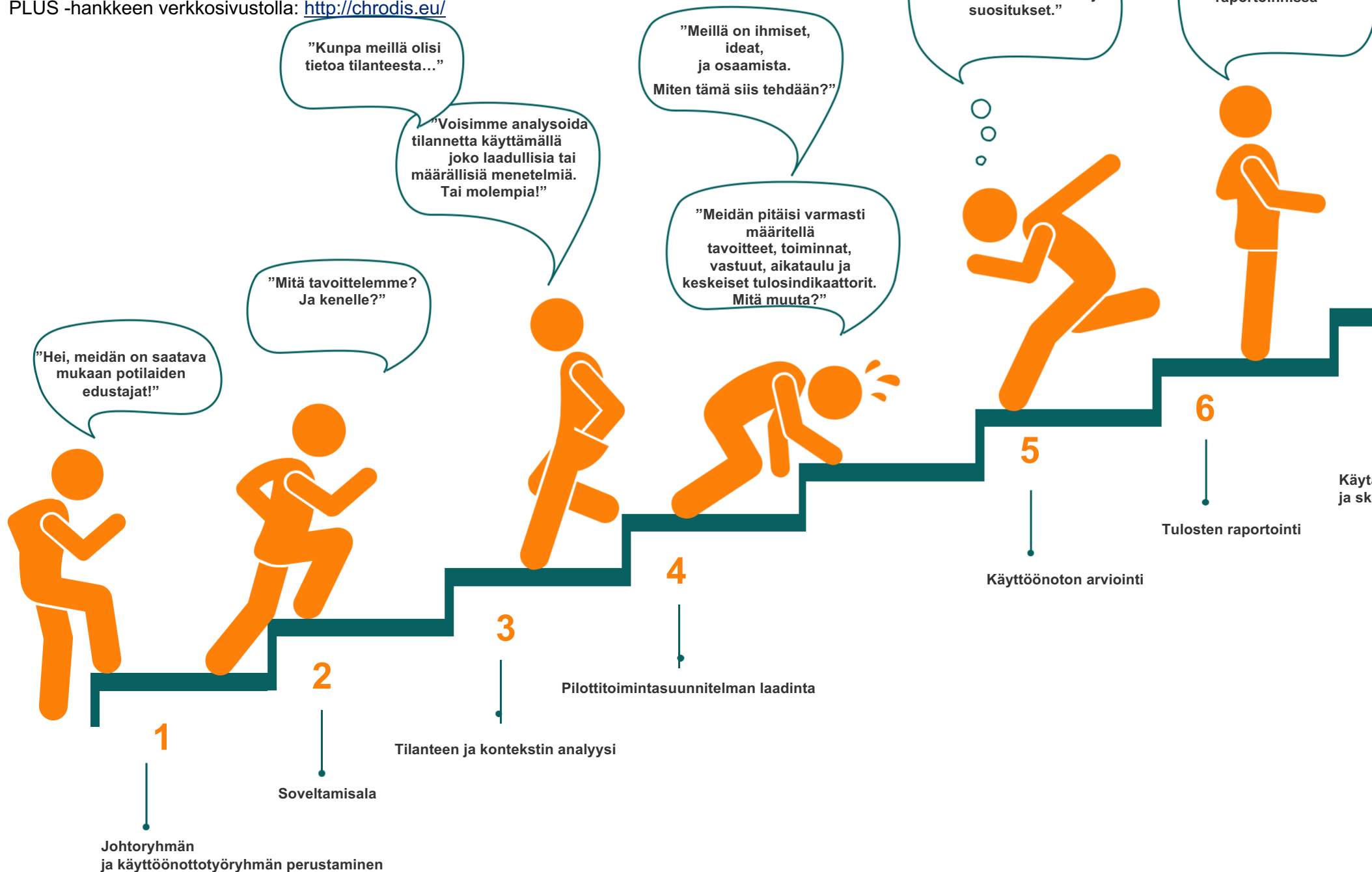


JOHTOPÄÄTÖKSET

Kuten CHRODIS PLUS -hankkeessa on todettu, tätä lähestymistapaa käyttäneillä kahdeksan maan pilottitoimilla oli hyvin erilaiset lähtökohdat ja kontekstit, erilaiset tavoitteet ja soveltamisalat, ja niillä pyrittiin pääasiassa monimutkaisten terveydenhuoltoalan muutosten toteuttamiseen. Käyttöönottoprosessista saadut kokemukset on tiivistetty tässä oppaassa käytännön tueksi tuleville tarttumattomien sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon liittyvien käytäntöjen käyttöönottajille.

Käyttöönottoprosessi esitetään visuaalisesti askeleina, joista kukin edustaa käytännön prosessin tiettyä vaihetta. Kuten kuva osoittaa, prosessi ei ole koskaan täydellinen tai täysin lineaarinen, mutta tässä oppaassa kuvattujen ohjeiden noudattaminen voi auttaa saavuttamaan hyviä tuloksia käytännön käyttöönoton yhteydessä.

Tämä julkaisu on lyhyt versio oppaasta. Alkuperäinen pidempi versio on saatavilla CHRODIS PLUS -hankkeen verkkosivustolla: <http://chrodis.eu/>



VIITTEET

1. Zaletel J. ja Maggini M. Fostering the Quality of Care for People with Chronic Diseases, from Theory to Practice: The Development of Good Practices in Disease Prevention and Care in JA CHRODIS PLUS Using JA CHRODIS Recommendations and Quality Criteria. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020; 17; 951: doi: 10.3390/ijerph17030951
2. van Wijngaarden J., Scholten G. ja van Wijk K. Strategic analysis for health care organizations: the suitability of the SWOT-analysis. *Int J Health Plann Manage.* 2010; 27(1): 34–49 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.1032/full>; luettu 5.3.2020).
3. Brown J. ja Isaacs D. The World Café. *Shaping Our Futures Through Conversations That Matter*. McGraw-Hill Professional, 1995.
4. Flick U., toim. The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis. SAGE Publications: Los Angeles, London, New Delhi, Singapore and Washington DC, 2014.
5. Kumar, P. Pradeep. Effective use of Gantt chart for managing large scale projects. *Cost Engineering.* 2005; 47 (7): 14–21. ISSN 0274-9696.
6. ATC Academy. *Plan, Do, Study, Act (PDSA) cycles and the model for improvement*. Online library of Quality, Service Improvement and Redesign tools (<https://improvement.nhs.uk/documents/2142/plan-do-study-act.pdf>; luettu 10.2.2020).
7. Ogrinc G. et al. SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): Revised Publication Guidelines from a Detailed Consensus Process. *Perm J.* 2015 Fall; 19(4): 65–70 (doi: 10.7812/TPP/15-141; luettu 8.2.2020).
8. <https://www.scirocco-project.eu/maturitymodel/>; luettu 20.3.2020.



CHRODIS-hankkeen kriteerit

Kriteeri 1: Suunnittelu:

- Tavoitteet, päämäärät ja menetelmät on määritelty selkeästi. Suunnitelma perustuu olennaisiin tietoihin, teoriaan, kontekstiin, näyttöön ja aiempaan käytäntöön, mukaan lukien pilottitutkimukset. Käytännön rakenne, organisaatio ja sisältö on hyvin määritelty ja laadittu yhdessä kohderyhmän kanssa
- Kohderyhmä on kuvattu selkeästi (esim. poissulkemis- ja sisällyttämisperusteet sekä arvioitu osallistujamäärä).
- Suunnitelma sisältää arvion henkilöstö-, materiaali- ja budjettitarpeista suhteessa suunniteltuihin tehtäviin.
- Kohderyhmän, hoitajien ja ammattilaisten roolit on kuvattu selkeästi. Suunnitelmassa otetaan asianmukaisesti huomioon oikeudenmukaisuuden eri ulottuvuudet (sukupuoli, sosioekonominen asema, etnisyys, maaseutu/kaupunki, haavoittuvassa asemassa olevat ryhmät).

Kriteeri 2: Kohderyhmän voimaannuttaminen

- Käytäntö edistää aktiivisesti kohdeväestön voimaannuttamista käyttämällä asianmukaisia mekanismeja (esim. toimintakyvyn tukea, yhteistä päätöksentekoa, koulutustietoa tai arvojen selkeyttämistä, aktiivista osallistumista suunnitteluprosessiin ja ammatilliseen koulutukseen).
- Käytäntö huomioi sidosryhmien (kohderyhmä, hoitajat, terveydenhuollon ammattilaiset, päättäjät jne.) tarpeet liittyen tarvittavien taitojen, tietämyksen ja käyttäytymisen omaksumiseen kohderyhmän voimaannuttamisen edistämiseksi

Kriteeri 3: Arviointi ja seuranta

- Arvioinnin tulokset liittyvät toimintaan jatkuvan oppimisen ja/tai kehityksen edistämiseksi ja/tai käytännön muuttamiseksi.
- Arvioinnin tulokset jaetaan oleellisten sidosryhmien kesken.
- Arvioinnin tulokset liitetään asetettuihin tavoitteisiin.
- Arvioinnissa otetaan huomioon sosiaaliset ja taloudelliset näkökohdat sekä kohdeväestön ja virallisten ja epävirallisten hoitajien näkemykset.

Kriteeri 4: Käytännön kattavuus

- Käytännössä on otettu huomioon muun muassa vaikuttavuutta, kustannustehokkuutta, laatua ja turvallisuutta koskeva olennainen näyttö.
- Käytännössä on otettu huomioon keskeiset kontekstuaaliset indikaattorit.
- Käytännössä on otettu huomioon kohdeväestön taustariskit (esimerkiksi käyttäen validoituja työkaluja yksilökohtaiseen riskinarviointiin).

Kriteeri 5: Koulutus

- Käytäntöön sisältyy koulutuselementtejä kohdeväestön voimaannuttamiseksi (esim. vahvistetaan heidän terveyslukutaitoaan, toimintakykyään, stressinhallintaansa jne.).
- Keskeiset ammattilaiset ja asiantuntijat koulutetaan tukemaan kohdeväestön voimaannuttamista.
- Kouluttajat ovat tietämyksen, menetelmien ja lähestymistapojen osalta päteviä.

Kriteeri 6: Eettisyys

- Käytäntö toteutetaan tasapuolisesti (eli tarpeisiin suhteutetusti).
- Käytännön tavoitteet ja strategia ovat kohdeväestön ja sidosryhmien tiedossa.



- Käytännön aiheuttamia mahdollisia rasitteita (esimerkiksi psykososiaalisia ja hintaan ja esteettömyyteen liittyviä) käsitellään, ja hyöty ja rasite ovat tasapainossa.
- Kohderyhmän osallistumista heidän hoitoaan koskevaan päätöksentekoon tehostetaan ja tiedonsaantioikeuksia ja luottamuksellisuutta kunnioitetaan.

Kriteeri 7: Hallinto

- Käytäntöön sisältyy organisaatioelementtejä, joiden avulla tunnistetaan oikeudellisten, hallinnollisten sekä taloudellisten tai taitojen kehittymisen esteiden poistamiseksi tarvittavat toimet.
- Kohdeväestön, hoitajien ja ammattilaisten panos on suunniteltu, sitä tuetaan ja sille varataan resursseja.
- Käytäntö tarjoaa tehokkaan johtamisen mallin.
- Käytäntö luo omistajuutta kohdeväestölle ja sidosryhmille siten, että monitieteiset, monialaiset/alojen väliset kumppanuudet ja liittoutumat voidaan tarvittaessa ottaa huomioon.
- Henkilöstön kannustimien ja motivaation liittämiseksi tavoitteisiin on määriteltä strategia.
- Paras käytäntöä tukeva näyttö ja dokumentaatio (ohjeet, protokollat jne.) on helposti asianomaisten sidosryhmien (esimerkiksi ammattilaisten ja kohderyhmän) saatavilla.
- Asiaankuuluvat sidosryhmät (esim. ammattiyhdistykset, instituutit jne.) tukevat monialaista lähestymistapaa.
- Käytäntöä tuetaan erilaisten tieto- ja viestintätekniikoiden (esim. potilasrekisterijärjestelmä, erityiset ohjelmistot seulontojen tukemiseksi, sosiaalinen media jne.) avulla.
- Määrittelyllä toimintapolitiikalla varmistetaan tietotekniikan hyväksyttävyys käyttäjille (ammattilaisille ja kohdeväestölle) eli mahdollistetaan heidän osallistumisensa muutosprosessiin.

Kriteeri 8: Vuorovaikutus järjestelmien kanssa

- Käytäntö on integroitu tai vuorovaikutuksessa tavanomaisten terveydenhuolto-, hoito- ja/tai muiden keskeisten järjestelmien kanssa.
- Käytäntö mahdollistaa tehokkaat yhteydet kaikkiin keskeisiin päätöksentekijöihin ja sidosryhmiin.
- Käytäntö parantaa ja tukee kohderyhmän kykyä olla tehokkaasti vuorovaikutuksessa tavanomaisten keskeisten järjestelmien kanssa.

Kriteeri 9: Juurruttaminen ja skaalautuvuus

- Käytännön juurruttaminen on varmistettu ankkuroimalla se olemassa oleviin rakenteisiin ja/tai keskeisten sidosryhmien tai yhteisöjen omistajuudella.
- Kestävyystrategiassa huomioidaan kontekstuaaliset tekijät (esim. terveys- ja sosiaalipolitiikka, innovointi, kulttuuriset trendit ja yleinen talous, epidemiologiset trendit).
- Käyttöön otosta vastaavat tukevat käytäntöä laajasti. Käytännön laajasta käyttöön otosta seuraavat kohderyhmätason vaikutukset ovat arvioitavissa.

Kirjoittajat ja yhteistyökumppanit

Ydinkirjoitusryhmä: Denis Oprešnik (NIJZ), David Somekh (EHFF), Lyudmil Ninov (EPF), Jelka Zaletel (NIJZ)

Työpakettin 7 (WP7) johtaja: ISS (Istituto Superiore di Sanità): Marina Maggini, Bruno Caffari, Angela Giusti, Flavia Prizzi, Emanuela Salvi, Marika Villa.

Työpakettin 7 (WP7) apulaisjohtaja: NIJZ (National Institute of Public Health, Slovenia): Jelka Zaletel, Denis Oprešnik, Dejan Bahc.

Pilottitoimikumppanit: BULGARIA: NCPHA (National Center of Public Health and Analyses): Plamen Dimitrov, Mirela Strandzheva, Doroteya Velikova. KROATIA: CIPH (Croatian Institute of Public Health): Verica Kralj, Mario Šekerija, Maja Silobrić Radić, Tamara Poljicanin, Marijan Erceg, Ivana Brkić Biloš, Ivan Pristaš, Marko Brkić, Domina Vusio, Marija Švajda; MoH (Ministry of Health, Croatia): Dunja Skoko Poljak, Sanja Kiš; CHIF (Croatian Health Insurance Fund): Tatjana Bekić; KoHOM (Croatian Family Physicians Coordination): Vjekoslava Amerl Šakić; DNOOM (Croatian Association of Teachers in General Practice/ Family Medicine): Valerija Bralić Lang; HSDU (Croatian Diabetes Patients Associations): Zrinka Mach. KREIKKA: CERTH (Centre for Research and Technology - Hellas): Konstantinos Votis, Vassilis Koutkias, Dimitrios Tzovaras, Eleftheria Polychronidou; AUTH (Aristotle University of Thessaloniki, AHEPA University Hospital): Christos Savopoulos, Ilias Kanellos, Georgia Kaiafa, Paraskevi Leonida, Panagiotis Skantzis, Elena Matopoulou, Spyros Fotiadis, Dimitris Konstantinidis, Addo Tesfaye, Triantafyllos Diddagelos, Mariam Jaber, Elena Fotiadou, Dimitris Konstantinidis, Parthena Giannoulaki, Maria Kourbeti, Nikolaos Tsokos, Konstantina Stavropoulou, Apostolos Hatzitolios; IHU – ATEIT (International Hellenic University - Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki): Dimitrios Theofanidis, Antigoni Fountouki; TDGHS (Thoracic Diseases General Hospital Sotiria): Angellos Vontetsianos, Theodoros Vontetsianos, Dimitra Gennimata; EUC (European University of Cyprus): Ioannis Patrikios, Ilias Kanellos, Konstantinos Lampropoulos, Georgios Papaioannou; NHA (Naval Hospital of Athens): Spyros Papaioannou, Nikolaos Papaioannou; TGHP (Tzaneio General Hospital of Pireus): Stylianos Handanis; KGH (Kozani General Hospital): Stefanos Poullos, Stylianos Lampropoulos, Stamatios Sofoulis, Konstantinos Stokos, Eirini Melidou. SAKSA: UHREG (University Hospital Regensburg): Patrick Neff, Jorge Simões, Winny Schlee; OVGU (Otto-von-Guericke University Magdeburg): Myra Spiliopoulou, Miro Schleicher, Vishnu Unnikrishnan, Yash Shah, Sachin Nandakumar; UULM (Ulm University): Rüdiger Pryss, Johannes Schobel, Michael Winter, Manfred Reichert. SUOMI: THL (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos): Idil Hussein, Jaana Lindström, Katja Wikström, Eeva Virtanen. SERBIA: UBEO (Faculty of Medicine University of Belgrade, Clinic for Endocrinology, Diabetes and Metabolic Diseases, Clinical Centre of Serbia: Nebojša Lalić, Katarina Lalic, Aleksandra Jotić, Ljiljana Lukić, Tanja Milčić, Marija Macešić, Jelena Stanarčić Gajović, Milica Stojiljković; (Faculty of Medicine University of Belgrade, Institute of Social Medicine): Vesna Bjegovic Mikanovic, Jovana Todorovic, (Centre for International Collaboration, Faculty of Medicine) Natasa Ognjanovic, MoH (Ministry of Health Republic of Serbia): Ljubica Pakovic; IPHS (Institute of Public Health of Serbia): Verica Jovanović, Darija Kisić Tepavcević, Ivana Rakočević, Natasa Mickovski Katalina; PHCC (Primary Health Care Centre Palilula) Aleksandar Stojanović; (Primary Health Care Centre Stari Grad): Vesna Janjušević; (Primary Health Care Centre Savski Venac): Dubravka Miljuš; (Primary Health Care Centre Zemun): Aleksandra Cvetković; (Primary Health Care Centre Rakovica) Dobrila Vasić; (Primary Health Care Centre Uzice): Danijela Marinković, (Primary Health Care Centre Novi Sad): Veselin Bojat; (Primary Health Care Centre Kragujevac): Vasilije Antić; DAS (Diabetes Association of Serbia): Aleksandar Opačić. SLOVENIA: SBNM (General Hospital Novo mesto): Milivoj Piletič, Ljubinka Počrvina, Marjan Matešić, Sabina Klemenčič, Miloš Potkonjak, Marjetka Matoh, Andreja Žnidaršič, Milanka Markelič, Simona Volf; ZDNM (Community Health Centre Novo mesto): Alenka Simonič, Mila Mršič, Jana Mrvar, Darja Brudar, Sonja Seničar, Nastja Florjančič Lobe, Elizabeta Grill, Katja Šinkovec, Breda Cetina; DDNM (Patient Diabetes Association Novo mesto): Dušan Jukić; NIJZ (National Institute of Public Health Slovenia): Radivoje Pribaković Brinovec, Branko Gabrovec; MZ RS (Ministry of Health Republic of Slovenia): Vesna Kerstin Petrič. ESPAÑA: CSC (Consejería de Sanidad de Cantabria) ja SCS (Servicio Cantabro de Salud): Carlos Fernández-Viadero, Abraham Delgado Diego, Verónica García Cernuda, Patricia Rodríguez Fernández, Iñaki Lapuente Heppé, Marta López Cano, Concha Sastre García, Jose Antonio García del Río; Asociación Cántabra de Diabéticos ja Federación Española de Diabetes (FEDE).

Muut yhteistyökumppanit: DCHE (Danish Committee for Health Education), Charan Nelander, Lars Münter; EHFF (European Health

Futures Forum): David Somekh, Basia Kutryba, Ales Bourek, Rui Louriero; EPF (European Patient Forum): Lyudmil Ninov, Valentina Strammiello; Kronikgune (Institute for Health Services Research Kronikgune): Ane Fullaondo, Jon Txarramendieta, Esteban de Manuel Keenoy.

Ulkoinen tuki: Mirca Barbolini.

Julkaisu perustuu CHRODIS PLUS -hankkeen käyttöönotto-ohjeistukseen (ennen käyttöönottoa, käyttöönoton yhteydessä ja käyttöönoton jälkeen), jonka on kehittänyt KRONIKGUNEN yhteistyössä CHRODIS PLUS -hankkeen partnereiden kanssa. WP7:n käyttöön sen ovat soveltaneet WP7:n johtaja, apulaisjohtaja ja muut kumppanit.