



# Sähköisen potilassiirtojärjestelmä Uoman käytön kehittäminen Pirkanmaan lähipalvelusairaaloissa

Jenna Näykki

OPINNÄYTETYÖ  
Marraskuu 2023

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto (YAMK)  
Hyvinvointiteknologian tutkinto-ohjelma

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto (YAMK)  
Hyvinvointiteknologian tutkinto-ohjelma

JENNA NÄYKKI:

Sähköisen potilassiirtojärjestelmä Uoman käytön kehittäminen Pirkanmaan lähipalvelusairaaloissa

Opinnäytetyö 77 sivua, joista liitteitä 6 sivua  
Marraskuu 2023

---

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä potilaslogistiikkaan erikoistuneen ohjelmistoyrityksen Unitary Healthcare Oy:n kanssa. Yritys on luonut Uoma-potilassiirtojärjestelmän. Opinnäytetyön tavoite oli kehittää potilassiirtojärjestelmä Uoman käyttöönottoa ja käyttöä lähipalvelusairaaloiden jatkohoitopaikoissa luomalla siihen ohje tutkimustuloksiin perustuen. Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää Uomasta saadun datan ja lähipalvelusairaaloissa tehtyjen haastattelujen avulla sähköisen potilassiirtojärjestelmä Uoman vahvuudet ja heikkoudet lähipalvelusairaaloiden käytössä sekä selvittää yksiköiden suorituskykyä jatkohoitopaikkana. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat: Mitkä tekijät vaikuttavat sähköisen potilassiirtojärjestelmän tarkoituksenmukaiseen käyttöön lähipalvelusairaaloissa? Miten lähipalvelusairaaloissa voidaan edistää hoitohenkilökunnan sujuvaa Uoman käyttöä? Minkälaista tukea lähipalvelusairaaloiden hoitohenkilökunta kokee tarvitsevansa Uoman käytössä?

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena haastattelututkimuksena Pirkanmaan lähipalvelusairaaloissa, niissä työskenteleville hoitajille, jotka käyttivät Uomaa työssään ja olivat vapaaehtoisia haastateltaviksi (N=25). Tehdyt haastattelut olivat puolistrukturoituja ja haastatteluiden runkona käytetty haastattelulomake tehtiin opinnäytetyön käsitteellisen viitekehyksen pohjalta. Haastattelujen tulokset litteeritiin, teemoiteltiin ja niiden pohjalta tehtiin seitsemänportainen ohje heikommin suoriutuville lähipalvelusairaaloille, miten parantaa Uoman käyttöä yksiköissä. Haastatteluiden tulokset yhdistettiin teoriaan abduktiivista menetelmää hyödyntäen.

Kaikissa tutkimuskysymyksissä yhteisenä tekijänä nousi esiin Uoma-vastuuhenkilön merkitys. Vastuuhenkilöllä voidaan helpottaa koko yksikön työtaakkaa ja ohjata resursseja oikein. Näin voidaan myös koordinoita hoitoa ja varmistaa hoidon jatkuvuus. Hoitajien lisäksi siis myös potilas hyötyy ohjelmiston oikeasta käytöstä. Jatkotutkimusehdotuksina opinnäytetyössä esitetään selvitetäväksi, mikä on hyvä potilassiirto, kuinka paljon Uoma säästää aikaa potilassiirroissa verrattuna puhelimeen sekä mikä on päivystyksen rooli potilassiirroissa ja kuinka päivystyksen potilassiirtoja voisi parantaa hyvinvointiteknologian avulla.

Asiasanat: sähköinen potilassiirtojärjestelmä, Uoma, potilassiirto, käyttöönotto

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Master of Health Care  
Master's Degree Programme in Well-Being Technology

NÄYKKI, JENNA:

Developing the Usage of the Digital Patient Transfer System Uoma in Pirkanmaa's Health Centres

Master's thesis 77 pages, appendices 6 pages  
November 2023

---

The objective was to develop the implementation and usage of digital patient transfer system Uoma in healthcare centres by creating instructions based on research results. The purpose was to find out the strengths and weaknesses of Uoma usage in healthcare centres via data collection from Uoma and user interviews. The purpose was also to find out how different units perform as post-treatment facilities.

The study was conducted as a qualitative interview study in Pirkanmaa's healthcare centres. The conducted interviews were semi-structured, and the form used as a base of the interviews was created using the conceptual reference framework of this thesis.

The results suggest that in the weaker performing healthcare centres there was a shortage in education of the software and nurses' used workarounds to transfer patient data more often than in better performing healthcare centres.

The findings indicate that there is a need for a designated Uoma charge person. By having one the workload of the unit can be alleviated, and resources can be used better. By using a designated Uoma charge person the coordination of care and continuation of care can also be assured.

---

Key words: digital patient transfer system, Uoma, patient transfer, implementation

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTAJA JA YHTEISTYÖKUMPPANI.....	7
3	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .8	
4	KÄSITTEELLINEN VIITEKEHYS.....	9
	4.1 Tiedonhaku .....	9
	4.2 Sähköisten potilastietojärjestelmien käyttö terveydenhuollossa .....	13
	4.3 Sähköisten potilastietojärjestelmien käyttöönoton ja käytön edistäjät ja esteet .....	16
	4.4 Potilassiirto yksiköiden välillä.....	18
	4.5 Sähköiset potilassiirtojärjestelmät terveydenhuollossa.....	21
5	AINEISTO JA MENETELMÄT .....	24
	5.1 Aineisto .....	24
	5.2 Laadullinen tutkimus .....	26
	5.3 Puolistrukturoitu haastattelu.....	26
	5.4 Aineiston kerääminen .....	28
	5.5 Aineiston analyysimenetelmät .....	32
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	37
	6.1 Ohjelmiston käyttö .....	37
	6.2 Koulutus.....	39
	6.3 Resurssit / Organisatoriset tekijät .....	41
	6.4 Hoidon jatkuvuus .....	43
	6.5 Kommunikaatio .....	45
7	OHJEIDEN LUOMINEN UOMAN KÄYTTÖÖNOTON PARANTAMISEKSI .47	
8	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	50
	8.1 Tutkimustulosten johtopäätökset ja arviointi .....	50
	8.2 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu.....	58
	8.3 Opinnäytetyön luotettavuus .....	60
	8.4 Opinnäytetyön eettisyys.....	64
	8.5 Jatkotutkimusehdotukset .....	66
	LÄHTEET .....	67
	LIITTEET.....	72
	Liite 1. Haastattelulomake .....	72
	Liite 2. Likertin asteikko .....	74
	Liite 3. Opinnäytetyön tietosuojailmoitus .....	75
	Liite 4. Suostumuslomake.....	76
	Liite 5. Ohje lähipalvelusairaaloille tutkimustuloksiin perustuen .....	77

## 1 JOHDANTO

Unitary Healthcare Oy:n kehittämä sähköinen potilassiirtojärjestelmä Uoma on käytössä kahdeksalla hyvinvointialueella. Uoman kautta siirtyvät ideaalisti kaikki potilaan tiedot, jotka tarvitaan sopivan jatkohoitopaikan järjestämiseen potilaalle. Eri yksiköiden välillä kuitenkin on eroja siinä, kuinka paljon ja nopeasti ne vastaanottavat potilaita Uoman kautta. Opinnäytetyön tarve tuli Unitary Healthcare Oy:lta, joka on Suomen johtava potilaslogistiikkaan erikoistunut ohjelmistoyritys. Yritys halusi selvittää, onko sähköisiä potilassiirtoja mahdollista sujuvoittaa niin, että potilaat pääsisivät lähipalvelusairaaloiden vuodeosastoille nopeammin ja näin parantaa jatkohoitopaikkatilannetta.

Tutkimuksessa haluttiin keskittyä lähipalvelusairaalaympäristöön, jotta potilaiden jatkohoitoon pääsyä voitaisiin edistää perusterveydenhuollon puolella. Työ rajattiin siksi koskemaan Pirkanmaan lähipalvelusairaaloita. Tutkimus on kvalitatiivinen ja tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla lähipalvelusairaaloiden hoitajia liittyen Uoman käyttöön. Puolistrukturoidulla haastattelulla haluttiin selvittää taustatekijöistä, miksi toisissa lähipalvelusairaaloissa Uoma toimii tarkoituksenmukaisesti, eli potilassiirrot tapahtuvat nopeasti Uoman kautta ja yksiköt ottavat paljon potilaita vastaan, ja miksi toisissa lähipalvelusairaaloissa Uoma ei toimi näin. Opinnäytetyön tavoitteena on viedä toimivia käytäntöjä paremmin suoriutuvista yksiköistä heikommin suoriutuviin ohjeen muodossa ja parantaa näin Uoman käyttöä.

Onnistunut potilassiirto koostuu suunnittelusta, koordinoinnista ja kommunikaatiosta useiden säännösten alla olevien terveysorganisaation sidosryhmien kesken (Mulchan ym. 2021). Sähköisen potilassiirtojärjestelmä Uoman onkin tarkoitus tukea terveydenhuollon moniammatillista viestintää ja syventää yhteistyötä (Unitary Healthcare n.d.). Yhdenmukaiset strukturoidut siirto- ja kommunikaatiokäytännöt vähentävät potilassiirroissa hoitovirheitä (Herrigel ym. 2016; Johnson ym. 2016.) Huonolaatuinen potilassiirto johtaa potilaisiin liittyviin haittatapahtumiin, kuten viivästyksiin, väärin diagnooseihin ja hoitoon, lääkevirheisiin, eroavaisuuksiin potilasdatassa ja pidentyneeseen hoitojaksoon sairaalassa. Potilassiirto on identifioitu kansainväliseksi prioriteetiksi potilaan haitan ehkäisemiseksi. (Powell ym. 2020.) Suurimmat esteet sähköisten potilastietojärjestelmien käytölle ovat: 1)

henkilökunnan luotto järjestelmän toimintaan, 2) riittämättömät tietotekniikkataidot ja 3) vaillinainen koulutus järjestelmän käyttöön (Bani-Issa ym. 2016). Käyttöönottoa auttaa niin sanottu teknologinen välihenkilö, joka ymmärtää loppukäyttäjän eli hoitajan työrytmit ja auttaa käyttöönoton aikana (Ratwani ym. 2016).

Tässä työssä käsitellään sekä sähköisiä potilassiirtojärjestelmiä että sähköisiä potilastietojärjestelmiä, koska sähköisiä potilassiirtojärjestelmiä on toistaiseksi tutkittu vielä hyvin suppeasti, kun taas sähköisiä potilastietojärjestelmiä, joihin Uomakin linkittyy ja jotka sisältävät samoja asioita, on tutkittu laajasti. Uoma on potilaiden siirtoon kehitetty itsenäinen järjestelmä, joka toimii kaikilla alustoilla. Uoma on mahdollista integroida potilastietojärjestelmään. (Unitary Healthcare n.d.)

## 2 OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTAJA JA YHTEISTYÖKUMPPANI

Tämä opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Unitary Healthcare Oy:n kanssa. Unitary Healthcare Oy on Suomen johtava potilaslogistiikkaan erikoistunut ohjelmistoyritys ja luonut Uoma-potilassiirtojärjestelmän. Uomaa käytetään kaikkiaan kahdeksalla hyvinvointialueella, kattaen yli puolet Suomen väestöstä. Yli 10 000 terveydenhuollon ammattilaista käyttää Uomaa, yli 350:ssä terveydenhuollon yksikössä. (Valkonen 2023.) Ideaalisesti Uoman kautta jatkohoitoon siirtyvät kaikki pirkanmaalaiset potilaat Tampereen yliopistollisen sairaalan sisällä, sieltä lähipalvelusairaaloihin ja lähipalvelusairaaloista toisiin.

Uoma on potilaiden siirtoon kehitetty itsenäinen järjestelmä, joka toimii kaikilla alustoilla. Uoma on mahdollista integroida potilastietojärjestelmään. Järjestelmän kautta välittyvät potilaasta ne oleelliset tiedot, jotka tarvitaan asianmukaisen jatkohoitopaikan järjestämiseen. (Unitary Healthcare n.d.) Asiakas valitsee, toteutetaanko käyttöönotto pilviversiona vai konesaliasennuksena. Jokaiselle hyvinvointialueelle on suunniteltu heitä parhaiten palveleva ratkaisu yhdessä asiakkaan edustajien kanssa. Hoitajalle näkyvä käyttöliittymä, toisin sanoen potilaasta täytettävät tiedot, ovat kuitenkin samankaltaisia joka hyvinvointialueella. (Valkonen 2023.)

Opinnäytetyön tarve tuli Unitary Healthcare Oy:ltä. Heillä oli halu tutkia eri jatkohoitopaikkojen potilaiden vastaanottokykyä ja reagoitaviivettä luotuihin potilassiirtopyyntöihin. Yrityksen tarve oli tutkia, onko jatkohoitopaikkatilannetta mahdollista helpottaa kehittämällä Uoman ohjeistusta/koulutusta, käytäntöjä tai yhteistyötä eri tahojen välillä. Tästä muodostui opinnäytetyön kehittämistehtävä, joka oli luoda ohje heikommin suoriutuville lähipalvelusairaaloille haastatteluista nousevien kehittämiskohteiden avulla. Ohjeessa listataan, kuinka lähipalvelusairaalat voisivat jatkossa käyttää Uomaa tehokkaammin ja näin mahdollisesti ottaa vastaan potilaita nopeammin.

### 3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää Uomasta saadun datan ja lähipalvelusairaaloissa tehtyjen haastattelujen avulla sähköisen potilassiirtojärjestelmä Uoman vahvuudet ja heikkoudet lähipalvelusairaaloiden käytössä sekä mitata yksiköiden suorituskykyä jatkohoitopaikkana. Tarkoitus on haastatteluiden avulla selvittää taustasyitä sen takana, miksi toisten lähipalvelusairaaloiden suorituskyky jatkohoitopaikkana on parempi kuin toisten.

Opinnäytetyön tavoite on kehittää potilassiirtojärjestelmä Uoman käyttöönottoa ja käyttöä lähipalvelusairaaloiden vuodeosastoilla luomalla siihen ohje tutkimustuloksiin perustuen.

#### **Tutkimuskysymykset**

Mitkä tekijät vaikuttavat sähköisen potilassiirtojärjestelmän tarkoituksenmukaiseen käyttöön lähipalvelusairaaloissa?

Miten lähipalvelusairaaloissa voidaan edistää hoitohenkilökunnan sujuvaa Uoman käyttöä?

Minkälaista tukea lähipalvelusairaaloiden hoitohenkilökunta kokee tarvitsevansa Uoman käytössä?

## 4 KÄSITTEELLINEN VIITEKEHYS

### 4.1 Tiedonhaku

Tutkimuksen käsitteellinen viitekehys on jaettu neljään osaan: 1) sähköisten potilastietojärjestelmien käyttö terveydenhuollossa, 2) sähköisten potilastietojärjestelmien käyttöönoton ja käytön edistäjät ja esteet, 3) potilassiirto yksiköiden välillä ja 4) sähköiset potilassiirtojärjestelmät terveydenhuollossa. Viitekehyyksen avulla selvitettiin, mitä sähköisistä potilastietojärjestelmistä ja sähköisistä potilassiirtojärjestelmistä on jo tutkittu ja mitä tutkimustuloksia on saatu. Viitekehyyksessä esitetyn teorian pohjalle luotiin opinnäytetyön haastattelulomake, pois lukien osa koskien potilassiirtoja yksiköiden välillä, joka lisättiin teoreettiseen viitekehyykseen vasta tutkimushaastattelujen jälkeen.

Maailmanlaajuisesti on luotu vain muutamia sähköisiä potilassiirtojärjestelmiä. Jotta teoreettiseen viitekehyykseen saatiin mahdollisimman laaja käsitys hoitajien sähköisten ohjelmistojen käytöstä, joka Uomakin on, laajennettiin hakua yleisesti sähköisiin potilastietojärjestelmiin. Sähköisten potilastietojärjestelmien ja sähköisten potilassiirtojärjestelmien käyttöönotto ja käyttö ovat hyvin samankaltaisia, vaikkakin potilastietojärjestelmät ovat yleisesti käyttömahdollisuuksiltaan laajempia verrattuna yksittäisiin ohjelmistoihin. Laajentamalla hakua saatiin kattava teoria hoitajien tutkituista kokemuksista koskien sähköisiä järjestelmiä. Pelkästään sähköisiä potilassiirtojärjestelmiä on käsitelty luvussa 4.5, jossa keskitytään onnistuneeseen potilassiirtoon.

Tiedonhaku suoritettiin PICo-mallia noudattaen. PICo:ssa tutkimusryhmä (P=population) oli sairaanhoitajat, mielenkiinnonkohde (I=intrest) sähköisten potilastietojärjestelmien käyttö ja sähköisten potilassiirtojärjestelmien käyttö ja konteksti (Co=context) terveydenhuolto. (Hotus n.d.).

Käsitteellisessä viitekehyyksessä tutkimusryhmäksi rajautui terveydenhuollossa työskentelevät, sähköisiä potilastietojärjestelmiä käyttävät henkilöt. Näitä ovat sairaanhoitajat, lähihoitajat ja muut terveydenhuollon työntekijät. Sairaanhoitaja on ammattinimikkeellä suojattu ammatti. Ammattinimikettä on oikeus käyttää, kun henkilö on suorittanut valtioneuvoston asetuksella säädetyn ammattiin johtavan

koulutuksen Suomessa tai todistetusti EU- tai ETA-valtiossa. (Finlex 1994.) Lähihoitaja on nimikesuojattu ammatti. Ammattinimikettä on oikeus käyttää, kun on suoritettuna siihen vaadittu tutkinto. (Valvira n.d.) Terveystieteiden työntekijä tarkoittaa sairaanhoitajien/lähihoitajien lisäksi lääkäreitä sekä terveydenhuollon työntekijöitä, jotka eivät ole nimikesuojattuja, kuten ravitsemusterapeutteja tai fysioterapeutteja ja hallinnon työntekijöitä (Veenstra 2022).

Käsitteellisessä viitekehyksessä terveydenhuollolla tarkoitetaan sairaaloissa ja lähipalvelusairaaloissa tapahtuvaa terveydenhuoltoa ja vuodeosastotoimintaa. Suomessa nämä palvelut tuottavat hyvinvointialueet. Hyvinvointialueet ovat vastuussa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä 1.1.2023 lähtien. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2023.) Pirkanmaan hyvinvointialueella vuodeosastohoitoa tarjotaan lähipalvelusairaaloissa (Pirkanmaan hyvinvointialue n.d.). Pirkanmaalla käytettiin ennen hyvinvointialuemuutosta termiä terveyskeskus, mutta hyvinvointialueen myötä termi muuttui lähipalvelusairaalaksi. Opinnäytetyössä käytetään alueenmukaista termiä lähipalvelusairaala.

Itse tutkimuksessa keskitytään erityisesti perusterveydenhuoltoon ja lähipalvelusairaaloihin. Lähipalvelusairaaloiden vuodeosastoilla arvioidaan potilaan hoidon aikana, mitkä palvelut tukevat hänen kokonaisvaltaista hoitoansa ja kuntoutustaan. Perusterveydenhuollossa toteutetaan kuntouttavaa jatkohoitoa lyhytaikaisesti, minkä tavoitteena on hoitaa akuutit sairaudet. (Pirkanmaan hyvinvointialue n.d.)

Käsitteellisen viitekehysten tiedonhaku suoritettiin aikavälillä 12/2022-1/2023. Joulukuussa 2022 tutkimukset rajattiin vuosiin 2012-2022. Koska sähköisistä potilastietojärjestelmistä on paljon tutkittua tietoa, haluttiin viitekehyksessä keskittyä ajankohtaisimpaan tietoon eli viimeisen kymmenen vuoden aikana tehtyihin tutkimuksiin. Tammikuussa 2023 hakujen aikaväliä laajennettiin vuosiin 2012-2023, jotta mahdolliset viimeisimmätkin tutkimukset saatiin mukaan hakutuloksiin. Aikaikkunaa ei lähdetty supistamaan, koska aikaisimmaksi vuodeksi oli jo määritetty 2012. Lähipalvelusairaalan sijaan hakusanana on käytetty sanaa terveyskeskus, koska se on asiasanastoa ja määritetty yleisessä suomalaisessa ontologiassa (YSO). Lähipalvelusairaalalle taas ei ole vastinetta YSO:ssa. Lähipalvelusairaala on uusi, hyvinvointialueen myötä tullut termi, kun taas terveyskeskus on

vakiintunut termi pitkältä ajalta ja antoi hakusanana siksi luotettavia ja oletettavasti laajempia tuloksia.

Hakualustoina tiedonhauulle käytettiin PubMediä, CINAHLia ja Mediciä. Hakutulokset on esitetty seuraavissa taulukoissa hakulausekkeittain. Taulukoissa 1, 2 ja 3 on esitetty hakualustojen mukaan kokonaishakutulokset hakulausekkeille, otsikon perusteella abstraktin tarkasteluun valittujen määrä, abstraktin perusteella koko tekstin tarkasteluun valittujen määrä ja koko tekstin perusteella sopiviksi valikoituneiden tutkimusten määrä. Hakulausekkeitä olivat: electronic patient data system\* AND nurs\* AND hospital\* OR health center\* AND usability\*, sähköinen kirjaam\* AND käyt\* AND hoitaj\* AND sairaal\* OR terveyskesku\* (taulukko 1), implementation of electronic health records AND (hospital or healthcare or health care) AND nurs\*, sähköinen kirjaam\* AND implementaatio AND terveyskesk\* OR sairaal\* OR terveydenhuol\* AND sairaanhoitaj\* OR hoitaj\* (taulukko 2) ja (patient transfer AND Nurs\*) AND (communication AND hospital OR healthcare cent\*) AND (electronic health records or electronic medical records or emr or ehr), potilassiirto AND hoitaj\* AND kommunik\* AND sairaal\* OR terveyskesk\* AND sähköinen potilastietojärjestelm\* OR sähköinen potilasrekisteri (taulukko 3).

TAULUKKO 1. Hakulauseke 1.

Hakualusta	Hakutulokset	Otsikon perusteella valikoidut	Abstraktin perusteella valikoidut	Koko teksti = sopivat tutkimukset
CINAHL	29	4	2	1
Medic	212	22	14	5
Pubmed	79	15	10	2

TAULUKKO 2. Hakulauseke 2.

Hakualusta	Hakutulokset	Otsikon perusteella valikoidut	Abstraktin perusteella valikoidut	Koko teksti = sopivat tutkimukset
CINAHL	100	22	19	5
Medic	26	4	4	0
PubMed	82	9	8	3

TAULUKKO 3. Hakulauseke 3.

Hakualusta	Hakutulokset	Otsikon perusteella valikoidut	Abstraktin perusteella valikoidut	Koko teksti = sopivat tutkimukset
CINAHL	25	10	8	4
Medic	3	0	0	0
PubMed	3	2	2	1

Tiedonhaun tuloksista rajattiin pois tutkimukset, jotka käsittelivät ainoastaan kotihoitoa tai hoitokoteja. Uomaa ei käytetä ainakaan toistaiseksi näissä olosuhteissa Pirkanmaalla ja opinnäytetyö on rajattu lähipalvelusairaaloihin (terveyskeskuksiin), joten kodinomaiset ympäristöt eivät olleet opinnäytetyön käsitteellisen viitekehysten kannalta sopivia. Jos kotihoitoa tai hoivakotia oli käsitelty tutkimuksessa yhdessä muun terveydenhuollon toimijan, kuten sairaalan tai lähipalvelusairaalan kanssa, ei tällainen tutkimus rajautunut automaattisesti pois.

Potilassiirtoja koskevaa teoriaa haettiin haastattelujen suorittamisen jälkeen ja potilassiirtoja koskeva teoria (luku 4.4) ei vaikuttanut haastattelulomakkeen tekemiseen. Kuitenkin nähtiin tarpeellisena raportoida, mitkä tekijät vaikuttavat potilassiirtoon. CINAHLissa ja PubMedissä käytettiin hieman erilaisia hakulausekkeitä. CINAHL hakulauseleke oli: patient information transfer AND (hospital or health centre\*) AND between. PubMed hakulauseke oli: (((((patient transfer) AND (barrier)) AND (facilitator)) AND (patient data)) AND (hospital)) OR (health center). Näistä tietokannoista lisätarkasteluun valituista tuloksista viiteen ei ollut luku oikeutta. PubMedissä käytetyllä hakulausekkeella ei löytynyt tutkimukseen sopivia tuloksia CINAHL-tietokannasta, kun hakua vastaavat tulokset käytiin läpi. PubMedistä haettaessa CINAHLissa käytetyllä hakusanalla tuloksia tuli 670 234, eikä tätä tulosmäärää ole mahdollista käydä läpi. Medicissä käytettiin hakulausekkeena potilassiirto AND terveyskesku\* OR sairaal\*. Lisätarkasteluun valittiin kaksi tulosta, joihin kumpaankaan ei ollut luku oikeutta.

Hakutulokset on esitetty samassa taulukossa 4, toisistaan poikkeavista lausekkeista huolimatta. Tuloksista rajattiin pois hoitajan kasvokkain osastolla antamaa

raporttia koskevat tutkimukset, leikkaussalia koskevat tutkimukset, kotihoito ja opiskelijoiden tekemät lopputyöt. Haettujen tutkimusten aikaväli oli 2012-2023, koska vuotta 2012 käytettiin myös aiemmin teoreettista viitekehystä luodessa. Lisäksi helmenkalastelulla löydettiin yksi aiheeseen sopiva tutkimus. Haut potilassiirroista tehtiin elokuussa 2023.

TAULUKKO 4. Hakutulokset potilassiirrot

Hakualusta	Hakutulokset	Otsikon pe- rusteella vali- koidut	Abstraktin pe- rusteella vali- koidut	Koko teksti = sopiva tutki- mus
CINAHL	55	14	11	3
Medic	13	3	0	0
PubMed	88	9	5	4

## 4.2 Sähköisten potilastietojärjestelmien käyttö terveydenhuollossa

Sähköinen potilastietojärjestelmä on digitaalinen rekisteri potilaan terveystiedoista ja se sisältää osoitetiedot, potilashistorian, diagnoosit, lääkitykset, radiologian kuvat, laboratoriotulokset, terveydenhuollon työntekijöiden kirjaukset ja muut tärkeät kliiniset tiedot. Potilastietojärjestelmä on yhdistetty rekisteri, joka sisältää informaatiota kaikilta terveydenhuollon toimijoilta, jotka osallistuvat potilaan hoitoon. (Veenstra 2022.) Sähköinen potilastietojärjestelmä on käsite, jolla tarkoitetaan sähköisiä terveystietorekistereitä, tietokoneella olevia potilasasiakirjoja ja kliinistä informaatiojärjestelmiä. Käsite sähköinen potilastietojärjestelmä voitaisiin korvata millä tahansa edellä mainituista käsitteistä. (Bani-issa ym. 2016.)

Sähköiset potilastietojärjestelmät ovat nykyisten terveydenhuolto-organisaatioiden perusta. Niiden avulla tavoitellaan parannusta potilasturvallisuuteen, hoidon laatuun ja tehokkuuteen sekä pyritään kontrolloimaan räjähdysmäisesti kasvavia kuluja mahdollistamalla oikean suuruisia korvauksia. (Blijleven ym. 2022.) Sähköiset potilastietojärjestelmät ovat suunniteltu tukemaan ja parantamaan potilaan hoitoa ja ne mahdollistavat potilasdatan keruun ja tiedon käsittelyn digitaalisessa muodossa (Afrikan ym. 2022). Yli viidesosa sairaanhoitajien työajasta kuluu potilastietojärjestelmien käyttöön (Kyytsönen ym. 2020).

Sähköisten potilastietojärjestelmien epätarkoituksenmukaiset käytön seuraukset johtuvat usein eroavaisuuksista käytöksen, aikomusten ja odotusten suhteen rekisterin käyttäjän ja rekisterin ohjaaman työnkulun välillä (Bliljleven ym. 2020). Sähköisen järjestelmän implementointi terveydenhuoltoon voi aiheuttaa turvallisuusongelmia, kuten lääkkeiden tuplatilauksia tai lääkejakovirheitä. Useat turvallisuusongelmat lisäävät työntekijöiden työtaakkaa koskien kliinistä dokumentointia, aiheuttaen laajaa tyytymättömyyttä ja loppuun palamista. (Fraczkowski, Matson & Lopez. 2020.) Kun käyttäjä kokee sähköisen potilastietojärjestelmän käytön epä johdonmukaisena tai yrittää pysyä sen alati lisääntyvien vaatimusten tasalla, luo hän usein tavan kiertää sitä. Nämä tavat kiertää järjestelmä vaarantavat toistuvasti hoidon turvallisuuden, laadun ja tehokkuuden. (Bliljleven ym. 2020; Fraczkowski ym. 2020.) Järjestelmän kiertämisellä tarkoitetaan nähtyä tai kuvailtua käytöstä, joka poikkeaa organisaation ohjeista, jossa työntekijä kiertää tai väliaikaisesti ”korjaa” ilmeisen tai koetun esteen, joka hidastaa työn sujuvuutta, päästäkseen tavoitteeseensa tai saavuttaaksensa sen helpommin (Bliljleven ym. 2020).

Ihminen-tietokone-kirjallisuudessa käytettävyyttä määritellään vaikuttavuuden, tehokkuuden ja tyytyväisyyden asteen mukaan, minkä tasolla käyttäjä ymmärtää ohjelmiston avulla suorittamansa tehtävän (Roman ym. 2017). Käytettävyyttä on suurin syy kiertopolkujen kehittämiseksi. Käytettävyyttä voidaan jakaa viiteen attributtiin: 1) helppo oppia, 2) helppo muistaa, 3) tehokas käyttää, 4) sisältää vähän virheitä ja 5) subjektiivisesti miellyttävä. Sähköisten tietojärjestelmien kiertämisestä tapahtuu kansainvälisesti ja vaikka sitä on tutkittu eniten akuutissa ympäristössä, tapahtuu sitä myös avohoidossa, pitkäaikaishoidossa ja kotihoidossa. (Fraczkowski ym. 2020.)

Henkilöstä johtuvia perusteluja sähköisten potilastietojärjestelmien toimimattomuudelle Bliljleven ym. löysivät kuusi: 1) Käyttäjä ei tiedä, kuinka jotakin järjestelmän osaa käytetään niin, että työtehtävä voidaan tehdä. 2) Käyttäjä tietää, mitä tulisi tehdä, mutta ei ole tarpeeksi ammattitaitoinen suorittaakseen työtehtävän järjestelmän avulla. 3) Käyttäjän tarvitsee tehdä itselleen muistilappuja tai kuvallisia elementtejä, jotta hän muistaa, mitä tehdä. 4) Käyttäjä tallentaa jatkuvasti dataa muuhun kuin sille tarkoitettuun kenttään, jotta kollegoiden tai potilaiden olisi

helpompi löytää data jatkossa. 5) Yhteisön normeihin kuuluu kiertoteiden keksiminen tai niiden levittäminen, jolloin kollegat matkivat keksittyjä tapoja kiertää järjestelmä tai rohkaisevat kollegoitaan tekemään niin. 6) Käyttäjä ei luota (uuden) sähköisen potilastietojärjestelmän kykeneväisyyteen, se koetaan tarpeettomana tai käyttäjällä on vaillinainen luottamus dataan. (Bliljleven ym. 2020.) Tietojärjestelmien käyttäjien kokemukset niiden hyödyllisyydestä ja helppokäyttöisyydestä vaikuttavat käyttäjien asenteisiin tietojärjestelmiä kohtaan (Kyytsönen ym. 2020).

Fraczkowski ym. (2020) jakaa sähköisten potilastietojärjestelmien kiertämisen taustalla olevat syyt kuuteen kategoriaan: teknologiset, käytettävyys, työtehtävään liittyvät, organisatoriset, potilaisiin liittyvät ja ympäristöön liittyvät tekijät. Teknologiset tekijät liittyvät ohjelmistoihin ja käyttäjälähtöisiin ongelmiin. Käytettävyysongelmat käsittävät laajasti hankalasti käytettävät ohjelmistot, epäselvät äänihälytykset, useiden ikkunoiden yhtäaikaista auki pitämisen, ynnä muun. Työtehtäviin liittyvät ongelmat liittyvät protokollisiin tai tilanteisiin, jotka eivät ole hoitajille tuttuja tai niiden odotetaan olevan hitaita suorittaa. Organisatoriset ongelmat ovat sellaisia, joissa organisaation käytännöt eivät ole linjassa normaalien, ennalta määrättyjen toimintatapojen kanssa. Esimerkiksi potilaan kotoa tuomat lääkkeet aiheuttivat ongelman, koska niitä ei skannattu sairaalan lääkkeiden kanssa samalla tavalla. Potilaslähtöiset ongelmat ilmenevät, kun hoitaja ei noudata ennalta määrättyjä ohjeita potilaan luonteenpiirteistä johtuen. Ympäristöön liittyvät ongelmat johtuvat teknologian, potilaiden sijoittelun ja sairaalan tilojen fyysisistä järjestelyistä. (Fraczkowski ym. 2020.)

Navigointi on yksi tärkeä tekijä sähköisten tietojärjestelmien käytössä. Yksittäisen potilaan tiedot on usein ripoteltu eri sivujen ja osastojen alle, jolloin hoitaja joutuu navigoimaan toistuvasti useiden digitaalisten sivujen välillä luodakseen totuutta vastaavan mielikuvan potilaan hoidon tilasta. Tehoton navigointi sivujen välillä pakottaa hoitajan käyttämään työmuistiaan, jotta hän muistaa edellisellä sivulla olleet tiedot potilaasta. Tämä navigointi voi vähentää tehokkuutta, lisätä kognitiivista kuormaa pakottamalla hoitajan käyttämään työmuistiaan ja voi johtaa lääketieteellisiin virheisiin. (Roman ym. 2017.)

Tiedonkulussa on kehittämistarpeita liittyen tietojenvaihtoon asiakas- ja potilastietojärjestelmien tai eri organisaatioiden kesken (Saranto ym. 2021). Potilastietojärjestelmien arvioitiin pääsääntöisesti tukevan organisaatioiden sisäistä yhteistyötä, mutta organisaatioiden välinen yhteistyön tuki koettiin heikoksi (Kyytsönen ym. 2020). Hoitajat käyttivätkin tiedonhankintaan puhelinta ja faksia päivittäin tai viikoittain. Hoitajat kokivat myös perehdytyksen tietojärjestelmien käyttöön olevan puutteellista. (Saranto ym. 2021.)

Jotta järjestelmät ovat työtehtäviin sopivia ja kehittäminen laadukasta, tulee loppukäyttäjät ottaa mukaan asiakas- ja potilastietojärjestelmien kehittämiseen (Saranto ym. 2021; Kyytsönen ym. 2020). Käyttäjien sitouttaminen järjestelmän kehittämisestä lähtien paransi käytettävyyden oppimista, järjestelmän ymmärtämistä ja käyttäjätehokkuutta kaikkien tärkeiden tehtävien ja skenaarioiden suorittamisessa (Konstantinidis 2012). Optimoimalla järjestelmä loppukäyttäjän tarpeita vastaavaksi vähennettiin työntekijöiden loppuunpalamista. Dokumentointia parantamalla ja huomioimalla työntekijöiden työn sujuvuus ja huolet helpotettiin myös heidän loppuunpalamistaan. (Craig ym. 2021.)

### **4.3 Sähköisten potilastietojärjestelmien käyttöönoton ja käytön edistäjät ja esteet**

Jotta sähköiset potilastietojärjestelmät parantaisivat potilasturvallisuutta, on ensin selvitettävä, mitä odotuksia ja käsityksiä hoitajilla on sähköisten potilastietojärjestelmien käyttöönotosta, käytettävyydestä ja haasteista. Tunnistamalla ja poistamalla sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöönoton esteet voidaan lisätä hoitotyön interventioiden näkyvyyttä, parantaa potilaiden hoidon tulosta ja tyytyväisyyttä, edistää turvallista rutiinia ja vähentää kuluja. (Afrikan ym. 2022.)

Afrikan ym. (2022) selvittivät kyselytutkimuksellaan, että hoitajat kokivat suurimmiksi eduiksi sähköisten potilastietojärjestelmien käytössä pääsyn testitulosten tarkastelemiseen (91,8 %), potilasasiakirjojen ja -tietojen tarkastelun (78,6 %) ja ajan säästön (54,1 %). Järjestelmien haittapuoliksi hoitajat nimesivät teknologiaan liittyvät vaikeudet (45,6 %), datan kirjaamiseen kului enemmän aikaa (42,3 %), kirjaamislaitteita oli liian vähän (37,6 %) ja hoitajien työtaakka lisääntyi (36,9

%). Sähköisten potilastietojärjestelmien täyden käyttöönoton esteiksi nimettiin potilaiden liiallinen määrä hoitajaa kohden (82,8 %), ajan puute (79 %), liian vähäiset tiedot ja taidot sähköisten potilastietojärjestelmien käyttöön (22,9 %), järjestelmän käyttäjäystävällisyyden puute ja tiimin keskeiset kommunikaatio-ongelmat (17,8%) sekä vanhan metodin suosiminen (17,2 %). (Afrikan ym. 2022.)

Implementaation tekijät voidaan jakaa organisatorisiin, inhimillisiin ja teknologisiin. Organisatorisia tekijöitä ovat hallinnolliset tekijät, johtajuus, kulttuuri, loppukäyttäjän osallistuminen käyttöönottoprosessiin, koulutus, tuki, resurssit (taloudelliset, ammattitaitoinen henkilökunta ja aika), sekä tietojärjestelmän sovittaminen työrytmiin. Inhimillisiä tekijöitä ovat henkilökunnan taidot, luonteenpiirteet, järjestelmästä saatavat koetut hyödyt ja kannustimet, sekä koetut muutokset terveydenhuollon ympäristössä. Teknologisia tekijöitä ovat käytettävyys, yhteensopivuus muiden järjestelmien kanssa, infrastruktuuri (ohjelmisto, laitteisto kuten Wi-Fi-yhteys tai pistorasiat ja ympäristön kalustus), regulaatio, standardit ja käytännöt, ohjelmiston sopeutumiskyky sekä testaus. Nämä tekijät nähtiin tärkeiksi sähköisten potilastietojärjestelmien käyttöönotossa eri terveydenhuollon konteksteissa. (Fennelly ym. 2020.)

Useat tutkimukset nimeävät sähköisten potilasjärjestelmien käyttöönoton esteiksi sähköisen tietojärjestelmän käytettävyyden (helppokäyttöisyys, toimivuus, vaikutus työtaakkaan), fyysisen ympäristön ja hoitajien erilaiset luonteenpiirteet (Afrikan ym. 2022). Bani-Issa ym. (2016) tutkimuksen mukaan kolme suurinta estettä sähköisten potilastietojärjestelmien käytölle ovat: 1) henkilökunnan luotto järjestelmän toimintaan, 2) riittämättömät tietotekniikkataidot ja 3) vaillinainen koulutus järjestelmän käyttöön (Bani-Issa ym. 2016).

Kun hoitajilla oli tukenaan toinen hoitaja, joka oli perehtynyt tietotekniikkaan, eivät he kokeneet uuden tietojärjestelmän käyttöä pelottavana. Lisäksi hoitajat, jotka ovat syntyneet tietoteknisenä aikana, odottivat sähköisten potilastietojärjestelmien käyttöä. (Chang ym. 2016.) Dobrowin ym. (2019) Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa, jossa käsiteltiin maailmanlaajuisesti sähköisten potilastietojärjestelmien käyttöönottoa, käyttöä ja vaikutusta, kokonaisuudessaan 57,1 % kaikista mitatuista tuloksista oli positiivisia. Hoidon laatu ja tuottavuus nähtiin kaikista positiivisimpina tuloksina. Hoidon laadun merkittäviä teemoja olivat hoidon

koordinointi ja kliinisen päätöksenteon tuki. Tuottavuuden merkittäviä teemoja olivat kliinisen prosessin tehokkuus, ajansäästö ja kustannukset. (Dobrow ym. 2019.)

Terveystieteiden henkilökunnan mukaan ottaminen sähköisten potilastietojärjestelmien kustomoimiseen henkilökunnan tarpeisiin sopivaksi implementoinnin aikana parantaa järjestelmän käytettävyyttä ja turvallisuutta. Käyttöönottoa helpottaa niin sanottu teknologinen välihenkilö, joka ymmärtää loppukäyttäjän eli hoitajan työrytmit ja auttaa käyttöönoton aikana. Käytettävyyttä voidaan testata simulaatioilla, sanallisilla protokollilla tai heuristisilla arvioinneilla. Koulutuksella on tärkeä rooli implementoinnissa. Koulutus voidaan kerrostaa työntekijän oman osaamisen mukaan, koulutuksena kollegoiden kesken kliinisissä skenaarioissa ja 24/7 saatavilla olevien tukipalveluiden avulla. Lisäksi implementointiin vaikuttavat johtaminen, yhteisymmärryksen rakentaminen, riskien arviointi, kustannukset ja resurssit. On tärkeää, että koko instituutio ottaa sähköiset tietojärjestelmät yhteisymmärryksessä käyttöön. (Ratwani ym. 2016.)

#### **4.4 Potilassiirto yksiköiden välillä**

Yksityiskohtainen kliininen informaatio on tärkeää potilassiirroissa potilaan turvallisuuden ja hoidon laadun kannalta. Amerikan geriatrien yhdistys määrittelee hoidon siirron olevan ryhmittymä toimintoja, jotka on suunniteltu varmistamaan koordinaatio ja jatkuvuus terveydenhuollossa, kun potilaita siirretään eri hoitolaitoksista toisiin tai kun potilasta siirretään saman hoitolaitoksen sisällä eri tasoiseen hoitoon. (Kelly ym. 2020.) Siirtoraportti voidaan määrittellä ammatillisen vastuun siirtämisenä koskien potilaan tai potilaiden hoitoa toiselta ammattilaiselta toiselle hetkellisesti tai kokonaan (Powell ym. 2020).

Kommunikaatiokatkokset ovat suuri myötävaikuttava tekijä (70 %) terveydenhuollossa tapahtuvista haittatapahtumista ja 50 % näistä epäonnistumisista sattuu potilaan siirron aikana. Huonolaatuinen potilassiirto johtaa potilaisiin liittyviin haittatapahtumiin, kuten viivästyksiin, vääriin diagnooseihin ja hoitoon, lääkevirheisiin, eroavaisuuksiin potilasdatassa ja pidentyneeseen hoitojaksoon sairaas-

lassa. Potilassiirto on identifioitu kansainväliseksi prioriteetiksi potilaan haitan ehkäisemiseksi. (Powell ym. 2020.) Korkean riskin potilaiden hoidon tavoitteiden vajavainen dokumentointi tunnistettiin puutteeksi ja yhdistettiin näiden potilaiden kohdalla korkeaan kuolleisuusriskiin siirtojen aikana (Davidson ym. 2017). Parantamalla kommunikaatiota hoitolaitosten ja ensiavun välillä voidaan mahdollisesti parantaa hoidon koordinoitua, taata hoidon jatkuvuus, vähentää riskiä lääkevirheille ja parantaa hoidon laatua sellasiten potilaiden kohdalla, joilla on suurempi riski lääketieteellisiin virheisiin johtuen puuttuvista tai vajaista potilastiedoista (Kelly ym. 2012).

Potilaiden siirto eri terveydenhuollon laitosten välillä on haastavaa henkilökunnalle. Vaikka modernit ohjelmistot voivat tarjota yksityiskohtaisia hoitoyhteenveitoja, nämä tiedot lähetetään yleensä vastaanottajalle paperisina dokumentteina ja on lähetettävä joko potilaan mukana tai faksattava toiseen hoitolaitokseen, jotta ne voidaan ottaa osaksi siirtyvän potilaan hoitoa. Huono kommunikaatio potilassiirtoprosessin aikana voi lisätä kuluja, terveydenhuollon käyttöastetta potilaan kohdalla ja tarpeettomia tuplapalveluja. On raportoitu, että 20 % kaikista lääkkeisiin liittyvistä haittatapahtumista johtuu heikosta kommunikaatiosta potilassiirroissa. Eroavaisuuksia lääkityksissä on havaittu 75 %:ssa potilassiirroissa sairaalasta jatkohoitoon siirrettäessä. Tämä johtunee puuttuvista potilasdokumenteista, siitä ettei päästä tarkastelemaan päivitettyä tietoa tai puutteellisesta statuksesta lääkityksen suhteen. (Aird ym. 2022.) Lääkityksen hallinnassa havaitut aukot siirtojen aikana ovat eroavaisuuksia lääkityksen annostuksen suhteen esimerkiksi kipulääkkeiden ja nesteenoistolääkkeiden kohdalla (Davidson ym. 2017).

Käyttämällä standardoitua kommunikaatiotyökalua siirroissa, potilasdatan siirto paranee (Kelly ym. 2012). Kommunikaatioaukkoja on olemassa huolimatta olemassa olevista ohjeista siirroissa sairaaloista jatkohoitoon. Huolenaiheiksi nousivat jatkohoitopaikassa oikeiden välineiden ja resurssien saatavuus sekä henkilökunnan riittävä ymmärrys tulkittaessa monimutkaisia kirjoitettuja hoito-ohjeita. (Davidson ym. 2017.) Potilaiden siirtämistä teho-osastolta jatkohoitoon voidaan parantaa 1) implementoimalla standardoitu hoitoyhteenvetotyökalu, jolla turvataan kommunikaatio toimijoiden ja potilaiden sekä heidän läheistensä välillä, 2)

Implementoimalla standardoitu hoitoyhteenvetotyökalu, jolla varmistetaan jatkuvuus ja kommunikaatio eri toimijoiden välillä, 3) käyttämällä moniosaista kommunikaatiota (sekä kirjallista että suullista, jotka tukevat toisiaan) siirron dokumentoimiseksi ja turvatakseen hoidon jatkuvuus, 4) luomalla protokollia tilanteisiin, joissa potilassiirto myöhästyy, kun potilaat odottavat päiviä osastolta vapautuvaa paikkaa. (Grood ym. 2018.)

Hoitajat toivoivat potilassiirroilta kolmea asiaa: 1) Suoraviivainen siirtoprosessi: Lähes kaikkien potilassiirtojen yhteydessä esiintyy tehotonta kommunikaatiota. Tätä prosessia pidettiin kuormittavana etenkin niiden hoitajien mielestä, jotka työskentelevät ensiavussa. Esimerkkeinä huonosta kommunikaatiosta potilassiirroissa käytettiin useita tehtyjä puhelinsoittoja, useita käytyjä keskusteluja ja vaikeutta saada yhteys erikoisalain hoidontarjoajiin. 2) Laadukas raportti ja kaksisuuntainen kommunikaatio: Vastaanottavat hoitajat raportoivat joskus potilaiden olevan erilaisia kuin oli kerrottu tai suullinen siirtoraportti oli huonolaatuinen tai paikkansa pitämätön. Siirroissa siirtyvien kirjoitettujen tekstien kerrottiin usein olevan vajaita tai sellaisia, etteivät ne auttaneet potilaan hoidossa. Tähän ehdotettiin ratkaisuksi potilastietojen sähköistä jakamista eri yksiköiden kesken, raportin standardointia ja hyvinvointiteknologian laajennettua käyttöä. 3) Positiiviset suhteet eri laitosten hoitajien välillä: Lähettävät yksiköt kuvailivat kommunikaatiota vastaanottavan yksikön kanssa joskus tylyksi, vaikeaksi ja epämiellyttäväksi. Vastaanottavien hoitajien näkemykset olivat taas puolustuskannalla. Vaikka suurin osa vastaajista koki suhteet eri yksiköiden välillä negatiivisina, myös positiivisia kokemuksia oli. (Rosenthal ym. 2016.) Sairaalan kanssa hoidonkoordinointi johtaa potilassiirroissa parempilaatuisiin potilastietoihin. Tämä viittaa siihen, että hoitoyhteenvedon laadun parantaminen voi tehokkaasti helpottaa hoidon jatkuvuutta sairaalasta siirryttäessä. Myös hoidon tarjoajien välisten suhteiden parantaminen voi parantaa hoidon jatkuvuutta potilassiirroissa. (Johnson ym. 2021.)

Onnistuneen siirron esteiksi hoitajat tunnistivat keskeytykset sekä ajan ja työtaakan paineen. Siirtyvän tiedon kerrottiin olevan joskus virheellistä tai puutteellista. Samoin tietoa, joka ei tullut ilmi raportilla, ei ollut kirjattu myöskään muualle potilastietoihin. Näin ollen interventioita kommunikaatioon ja informaation siirtymisen



työkalua käytettäessä voivat hankaloittaa käyttöönottoa. Suurin sähköisen potilassiirtotyökalun käyttöönoton este oli, että käyttäjä ei tiennyt sen olemassaolosta. (Mulchan ym. 2021.)

Jotta voitaisiin lisätä sähköisen potilassiirtotyökalun käyttöä, tulisi hoitajille tarjota lisätukea ja koulutusta, esimerkiksi ”superkäyttäjien” muodossa, jotka voisivat auttaa reaaliaikaisesti ja kasvotusten työkalun käytössä. Työkalujen tulisi olla suoraviivaisia ja helposti navigoitavia, ja niistä tulisi olla pääsy sähköisiin potilastietojärjestelmiin. (Mulchan ym. 2021.)

Tarve on yleismaailmalliselle työkalulle, jota voisi käyttää kaikissa terveydenhuollon ympäristöissä potilassiirtoihin niin, että työkalua olisi kuitenkin muokattavissa yksikön tarpeisiin. Tällainen työkalu voisi auttaa moniammatillisten siirtojen suunnittelussa ja parantaa dokumentointitapoja, jotka voisivat helpottaa potilassiirtoja. (Mulchan ym. 2021.) Potilastietoja häviää siirrettäessä potilasta sairaalasta toiseen ja kotiin. Yhteisen potilastietojärjestelmän puute nähtiinkin esteenä eri ammattilaisten kommunikaation välillä. Yleisesti nähtiin tarve tehokkaalle, digitaaliselle alustalle, jossa ammattilaiset voisivat jakaa tietojaan eri yksiköiden välillä. (Mertens ym. 2020.)

Herrigel ym. (2016) mukaan sairaaloiden välisissä siirroissa prosessi ja laadunvalvonta siirron koordinoinnissa vaihtelivat runsaasti. Aika potilaan siirtymisestä toiseen sairaalaan siirtopyynnön hyväksymisestä katsottuna vaihteli kahdesta neljään tuntia ja jopa 24 tuntiin saakka. On tarve kehittää interventio, jonka avulla päästäisiin normaalien siirtojen esteiden, kuten aikarajoitteiden, informaation jakamisen ja sairaaloiden monitulkinnallisten roolien yli, mutta myös systeemien luomien esteiden yli. Potilaspaikkojen hallinta luo aikaan liittyvän muuttujan jatkuvasti ylitäytettyjen paikkojen suhteen. Siirtojen priorisointi riippuu potilaan tilan oikeasta kliinisestä kuvauksesta ja organisatorisista strategioista. Siirtojen koordinointi sairaaloiden monimutkaisten aikataulujen välillä on toinen este. Yleisesti käytetty potilas ulos, potilas sisään -malli lisää mahdollisuutta, että siirtoja tapahtuu yhtäaikaisesti useiden sairaaloiden välillä. (Herrigel ym. 2016.)

Sairaaloiden väliset siirrot luovat esteitä hoidon jatkuvuudelle. Näitä esteitä ovat fyysinen matka, epävarmuus ajoituksessa, eriävät hoidon tavoitteet, erilaiset informaation lähteet ja häiriötekijät. (Herrigel ym. 2016.) Potilastietoja siirrettiin tulostamalla ne ja ambulanssihenkilökunta kuljetti tiedot sairaalasta toiseen. Sairaaloiden sähköiset tietojärjestelmät eivät kommunikoineet keskenään. Puuttuvat tiedot potilaasta kommunikoimattomien potilasrekisterien vuoksi aiheuttivat merkittäviä puutteita hoidon koordinoinnissa. (Samal ym. 2016.)

Johnson ym. (2016) kehitti tutkimuksessaan potilassiirtoihin sähköisen työkalun, jonka avulla potilaan siirtyessä informaatio potilaasta siirron mukana lisääntyi. Potilaan akuuttiin hoitoon liittyvät asiat raportoitiin eli potilaan henkilötiedot, kliininen historia, kliininen status ja hoitosuunnitelma. Hoitovirheet vähenivät, kun käyttöön otettiin sähköinen potilassiirtojärjestelmä. Hoitajien väliset kommunikaatiovirheet laskivat nollaan yhdeksän kuukauden jälkeen ja kommunikaatiovirheet eri ammattiryhmien kesken laskivat nollaan kahdeksan kuukauden jälkeen käyttöönotosta. Dokumentaatiovirheet laskivat nollaan kahdeksan kuukauden kuluttua käyttöönotosta. Toiset tutkimukset ovatkin vertailleet sähköistä potilassiirtojärjestelmää ja käsin kirjoitettuja siirtodokumentteja ja niissä on huomattu, että sähköinen versio sisältää enemmän potilasinformaatiota. Tiedon yhdenmukaisamisen ja loogisessa järjestyksessä esittämisen uskotaan lisävään tiedonsiirron tehokkuutta. (Johnson ym. 2016.)

## 5 AINEISTO JA MENETELMÄT

### 5.1 Aineisto

Aineisto, jonka pohjalta tutkittavat lähipalvelusairaalat valittiin, saatiin Unitary Healthcare Oy:ltä. Lähipalvelusairaalat pisteytettiin seuraavien muuttujien mukaan, jotka olivat: kuinka nopeasti ensimmäinen reaktio luotuun siirtopyyntöön tapahtuu ja kuinka paljon potilaita lähipalvelusairaalat ottavat vastaan kuukaudessa osaston vuodepaikkoihin suhteutettuna. Näiden kahden muuttujan avulla jokaiselle Pirkanmaan lähipalvelusairaalalle laskettiin suoriutumisarvo. Saatujen suoriutumisarvojen perusteella Unitary Healthcare Oy määrittä keskiarvon, josta eniten poikkeavat lähipalvelusairaalat, niin parempaan kuin heikompaan suuntaan, valikoituivat tutkittaviksi kohteiksi. Suoriutumisarvot laskettiin tammikuun 2023 ajalta, koska tutkimuslupia lähipalvelusairaloihin lähdetiin hakemaan helmikuussa 2023.

Kaiken kaikkiaan tarkasteltavia lähipalvelusairaaloita oli Pirkanmaalla 12, joista valittiin kumpaankin ryhmään kuuluvia lähipalvelusairaaloita kolme, eli yksiköt, jotka poikkesivat eniten keskiarvosta. Tutkittavaksi lähipalvelusairaaloiksi valikoituivat: Ikaalinen, Kangasala, Kuhmoinen, Lempäälä, Pirkkala ja Ylöjärvi. Tutkittavien yksiköiden ja niiden hoitohenkilökunnan anonymiteetin suojaamiseksi lähipalvelusairaaloita ei käsitellä tutkimuksessa nimettyinä eikä paremmuusjärjestyksessä, vaan paremmin suoriutuvat yksiköt nimettiin lähipalvelusairaaloiksi 1, 2 ja 3 ja heikommin suoriutuvat lähipalvelusairaaloiksi 4,5 ja 6. Yksiköiden suoriutumisarvot ja niiden suhde keskiarvoon on esitetty taulukossa 5.

TAULUKKO 5. Lähipalvelusairaaloiden suoriutumisarvot

Lähipalvelusairaala	Suoriutumisarvo
Lähipalvelusairaala 1	2,5
Lähipalvelusairaala 2	2,1
Lähipalvelusairaala 3	1,85
Keskiarvo	1,36
Lähipalvelusairaala 4	0,87
Lähipalvelusairaala 5	0,58
Lähipalvelusairaala 6	0,43

Tämän tutkimuksen haastattelut toteutettiin sekä keskiarvoa paremmin suoriutuvissa lähipalvelusairaaloissa että keskiarvoa heikommin suoriutuvissa lähipalvelusairaaloissa. Paremmin suoriutuvista lähipalvelusairaaloista selvitettiin taustasyitä, miksi nämä jatkohoitopaikat suoriutuvat normaalia paremmin jatkohoitopaikkana ja keskiarvoa heikommin suoriutuvista lähipalvelusairaaloista selvitettiin taustasyitä, miksi jatkohoitopaikka ei pysty vastaanottamaan yhtä paljon potilaita tai yhtä nopeasti kuin toiset jatkohoitopaikat. Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, voisiko paremmin suoriutuvista lähipalvelusairaaloista saada työkaluja heikommin suoriutuviin ja näin parantaa niiden potilaiden vastaanottokykyä.

Tutkimusluvut haettiin kaikkiin lähipalvelusairaaloihin Pirkanmaan hyvinvointialueen lähisairaaloiden hoitotyön päälliköiltä. Lupahakemuksen liitteenä olivat opinnäytetyön tutkimussuunnitelma ja tietosuojailmoitus (liite 3). Tutkimusluvut saatiin toukokuun 2023 alussa ja haastattelut suoritettiin aikavälillä 23.5.-2.6.2023. Opinnäytetyön suunnitelman mukaan haastattelut oli tarkoitus toteuttaa ennen toukokuuta, jotta haastateltaviksi saataisiin mahdollisimman paljon vakituista hoitohenkilökuntaa. Tutkimuslupien saaminen oli kuitenkin haasteellista ja venyi toukokuulle. Opinnäytetyön toimeksiantajan toive oli, että haastattelut suoritettaisiin vielä toukokuussa, joten päädyttiin tulokseen, että haastattelut tehdään vielä toukokuun aikana. Vaikka haastattelut venyivät toukokuun loppupuolelle ja kesäkuun alkuun, oli haastatelluista suurin osa pidempään lähipalvelusairaaloissa työskennelleitä työntekijöitä.

## 5.2 Laadullinen tutkimus

Kvalitatiivinen tutkimus yrittää ymmärtää käyttäytymistä ja organisaatioita tutustumalla näihin liittyviin henkilöihin ja heidän arvoihinsa, rituaaleihinsa, uskomuksiinsa ja tunteisiinsa. Kvalitatiivinen tutkimus keskittyy innovatiivisiin datan keräämistapoihin ja laadullisen, sen luontaisesta ympäristöstä kerätyn, datan analysointiin. Laadullisessa lähestymistavassa tutkija viittaa sisältöihin, konsepteihin, määritelmiin, erityispiirteisiin, metaforiin, symboleihin ja asioiden kuvailuihin. Kvalitatiivisilla tutkimusmenetelmillä on tarkoitus auttaa tutkijaa ymmärtämään ihmisiä ja sitä sosiokulttuurista kontekstia, jossa he elävät. Laadullisen tutkimusmenetelmän tarkoitus on ymmärtää ja esittää ihmisten kokemukset ja teot sellaisina kuin he ne kohtaavat, osallistuvat niihin ja elävät ne tapahtumat. Tutkimuksessa tutkija yrittää kehittää ymmärryksen tutkimastaan ilmiöstä perustuen mahdollisimman paljon tutkittavina olevien perspektiiviin. (Goodman 2011.)

Opinnäytetyö tehtiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmään hyödyntäen. Data kerättiin sille luonnollisessa ympäristössä eli lähipalvelusairaaloissa ja tutkimuksella yritettiin ymmärtää hoitajien osaamista, tarpeita ja ajatuksia Uomasta heidän työpaikallaan. Tutkimustulokset pyrittiin saamaan hoitajien perspektiivistä, koska tutkimuksella pyrittiin selvittämään taustasyitä, jotka vaikuttavat hoitajien Uoman käyttöön. Näitä taustasyitä, jotka voivat johtua useista eri tekijöistä, kuten teknisistä, käytettävyydestä, työtehtävään liittyvistä, organisaatiollisista, potilaisiin liittyvistä ja ympäristöllisistä syistä, kuten kuvattu luvussa 2.1, oli mitattava laadullisesti, jotta saatiin sovelluksen käyttäjien kokemus ja mielipide vaikuttavista tekijöistä ja näin päästiin toimivien ja toimimattomien tapojen ytimeen.

## 5.3 Puolistrukturoitu haastattelu

Haastattelu on suositeltava tutkimusmenetelmä, kun jo etukäteen tiedetään, että aiheesta saadaan monitahoisia ja moniin suuntiin viittaavia vastauksia. Haastattelussa voidaan tiedon ohella saada uusia hypoteeseja ja sillä voidaan todentaa ilmiöiden välisiä yhteyksiä. Haastattelussa voidaan myös syventää vastauksia. Yleisin haastattelumuoto on lomakehaastattelu eli strukturoitu haastattelu, jossa

haastattelu etenee lomakkeen mukaan. Kysymysten ja väitteiden esittämisjärjestys ja muoto on ennalta määritelty. (Hirsijärvi & Hurme 2022.)

Tutkimusmenetelmänä haastattelun etu on sen joustavuus. Haastattelija voi toistaa tarvittaessa kysymyksen, kirkastaa käytettyjä sanamuotoja, korjata väärinkäsityksiä ja käydä tarvittaessa keskustelua haastateltavan kanssa. Etuna voidaan pitää myös sitä, että haastateltavaksi voidaan valita henkilöt, joilla on tietoa tai kokemusta tutkittavasta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 73-74.)

Kyselyhaastattelu tukeutuu standardointiin, mutta tiukka standardointi vaarantaa validiteetin. Apuna voidaan käyttää esimerkiksi Likertin asteikkoa: täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, osittain eri mieltä, täysin eri mieltä. Kysymykset voivat olla monivalinta-, avo- tai sekamuotoisia kysymyksiä. Koehaastattelun perusteella voi arvioida, mittaavatko kysytyt kysymykset sitä, mitä niiden on tarkoitettu mittaavan, ovatko kysymykset kattavia ja onko turhia kysymyksiä. Tämän perusteella lomaketta voi muokata. (Hyvärinen ym. 2017.)

Kuten jo kirjallisuuskatsauksessa tuli ilmi, ei ole yhtä syytä, miksi hoitajat kiertävät sähköisiä potilastietojärjestelmiä, kokevat ne käytettäväksi tai miksi niiden käyttö koetaan hankalaksi. Myös potilassiirtoihin vaikuttavia tekijöitä on useita. Näiden eri tekijöiden välillä voi myös olla yhteyksiä, jotka eivät tule esille jo tehdyissä tutkimuksissa. Haastattelemalla lähipalvelusairaaloiden hoitajia käyttäen apuna kirjallisuuskatsauksesta saatua teoriapohjaa, saatiin laajempi käsitys, miten sähköiset potilassiirrot toimivat lähipalvelusairaaloissa. Koska aihe on monitahoinen, sitä ei ole mahdollista tutkia numeraalisesti, vaan se vaati laadullista tutkintaa.

Haastattelut etenivät samassa järjestyksessä, mutta vastauksiin perustuen haastateltavien vastauksia haluttiin tarkentaa. Näin kaikki haastattelut eivät olleet samanlaisia, vaikka haastattelupohja jokaiseen haastatteluun oli sama. Apuna haastatteluissa käytettiin Likertin asteikkoa (liite 2). Haastattelumuoto oli puolistrukturoitu haastattelu.

## 5.4 Aineiston kerääminen

Opinnäytetyön kohderyhmä oli lähipalvelusairaaloiden hoitajat. Työ rajattiin lähipalvelusairaaloihin, joissa Uomaa käyttävät sairaanhoitajat ja lähihoitajat. Haastattelut Uoman käytöstä toteutettiin haastattelulomaketta (liite 1) apuna käyttäen aiemmin esitetyin kriteerein valituissa lähipalvelusairaaloissa kasvotusten vuorossa olevien ja haastateltaviksi suostumuksensa antaneiden hoitajien kanssa. Tutkimukseen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Opinnäytetyön suunnitelman mukaisesti tavoiteltiin jokaisesta lähipalvelusairaalasta haastateltavaksi vähintään kolmea hoitajaa. Mikäli useampi hoitaja oli suostuvainen haastateltavaksi, haastateltiin kaikki tutkimukseen halukkaat osallistujat. Kolmen hoitajan tavoite täyttyi kaikissa paitsi yhdessä lähipalvelusairaalassa, josta haastateltaviksi saatiin vain kaksi hoitajaa. Kokonaisotoksen kooksi tuli 25 (N=25), joista 10 hoitajaa oli paremmin suoriutuvista lähipalvelusairaaloista ja 15 heikommin suoriutuvista lähipalvelusairaaloista.

Haastattelutilaisuus aloitettiin antamalla haastateltavalle tiedote tutkimuksesta (liite 3) ja kertomalla suullisesti tutkimuksen aihe, tarkoitus sekä painottamalla, että kaikki vastaukset, jotka haastateltava antaa, ovat nimettömiä. Tilanteessa kerrottiin myös, että haastattelut nauhoitetaan myöhempää litterointia varten, mutta haastateltavaa ei voida jälkikäteen yhdistää vastauksiin. Haastateltava sai lukea tiedotteen tutkimuksesta rauhassa ja lomake jäi tutkittavalle itselleen, jotta hän voisi ottaa yhteyttä, mikäli jälkepäin tulisi esimerkiksi kysyttävää. Tämän jälkeen pyydettiin haastateltavan kirjallinen suostumus tutkimukseen (liite 4). Haastateltavalle annettiin tilaisuus esittää kysymyksiä ja kerrottiin, että lisäkysymyksiä voi esittää koska tahansa haastattelun aikana.

Tutkimuksessa käytettävä haastattelulomake luotiin käyttäen pohjana tässä suunnitelmassa esitettyä teoreettista viitekehystä. Haastattelu aloitettiin kartoittamalla, tietääkö haastateltava, mikä Uoma on sekä käyttääkö hän Uomaa työssään ja kuinka usein. Haastattelu oli määritetty päättyväksi, mikäli haastateltava ei tiedä, mikä Uoma on tai ei käytä sitä koskaan, koska tällöin hän ei voi vastata Uomaa koskeviin kysymyksiin luotettavasti.

Kysymykset 3-11 tulivat suoraan teoreettisesta viitekehuksesta. Kysymyksessä kolme haluttiin kartoittaa, käyttävätkö haastateltavat jotain toista menetelmää potilaiden siirtoon Uoman sijaan, mikä voi vaikuttaa suoraan siihen, miksi Uoman määrittämällä mitta-asteikoilla lähipalvelusairaala ei suoriudu hyvin potilaiden vastaanottamisessa. Potilaat siirtyvät toista reittiä ja eivät näin näy määritetyissä muuttujissa. Kysymyksellä haluttiin selvittää myös, että mikäli hoitajat kiertävät sovellusta käyttävät esimerkiksi puhelinta potilastietojen siirtoon, miksi he näin tekevät.

Teoriassa Saranto ym. (2021) tutkimuksessa nousi esiin, että hoitajat käyttävät potilaiden tietojen siirtämiseen puhelinta tai faksia. Blijleven ym. (2020) ja Frazkowski ym. (2020) toivat tutkimuksissaan esiin, että hoitajat kiertävät sähköisiä potilastietojärjestelmiä, joten muita tapoja potilaiden tai potilastietojen siirtämiseen ja niiden yleisyyttä kysyttiin kysymyksessä 3. Kysymyksen 4 alakysymykset tulivat suoraan Frazkowski ym. (2020) tutkimuksesta, jossa käytettävyys oli jaettu viiteen attribuuttiin, jotka ovat haastattelulomakkeen kohdat a-e. Fennelly ym. (2020) tutkimuksessa oli tuotu esiin teknologisia tekijöitä, jotka vaikuttavat ohjelmistojen käyttöön, mistä tuli kysymys 5. Koulutusta ja sen merkitystä käsitteli useampi tutkimus ja hoitajien saamaa koulutusta ohjelmiston suhteen tiedusteltiin kysymyksessä 6. Afrikan ym. (2022) tutkimuksessa potilastietojärjestelmien käyttöönotolle nähtiin esteiksi mm. ajan puute ja työtaakan lisääntyminen. Näihin yhdistettiin myös tutkimuksessa esiin nousseet käytön esteet eli liian monta potilasta hoitajaa kohden ja sähköiseen kirjaamiseen kului enemmän aikaa sähköisesti. Näistä nousivat kysymykset 7 ja 8. Afrikan ym. (2022) tutkimuksessa listattiin myös asioita, jotka olivat sähköisen potilastietojärjestelmän etuja ja Dobrow ym. (2019) tutkimuksessa sähköisiä järjestelmiä pidettiin yleisesti positiivisina. Siksi kysymyksessä 9 haluttiin selvittää kysymykselle 8 vastakkaisesti koetaanko, että Uoma helpottaa hoitajien työtä. Tuki ja sen tarve eri muodoissa nostettiin esiin useassa tutkimuksessa, joten kysymys 10 muodostui aiheen tuki ympärille. Herrigel ym. (2016) tutkimuksessa käsiteltiin esteitä potilassiirroille, jotka olivat sähköisestä potilassiirtojärjestelmästä riippumattomia ja kysymys 11 keskittyi löytämään siirtojen mahdollisen viivästymisen tai onnistumisen taustalla olevia muita tekijöitä, jotka eivät olleet järjestelmästä riippuvaisia.

Viimeiset kaksi kysymystä, kysymykset numero 12 ja 13, jätettiin avoimiksi kysymyksiksi, joihin haastateltava sai vastata kertomalla, mitä hän toivoisi Uomalta lisää tai kuinka sen käytettävyyttä voisi parantaa. Mikäli haastateltava koki olevansa erityisen tyytyväinen Uomaan ja sen käyttöön, kysyttiin, mihin hän on erityäin tyytyväinen sovelluksessa. Haastateltavalle annettiin myös mahdollisuus nostaa esille Uomasta tai sen käytöstä mitä tahansa hän haluaa. Näillä avoimilla kysymyksillä pyrittiin löytämään vielä uusia näkökulmia ja antamaan haastateltavalle vapaa sana sovelluksen suhteen.

Kysymyksissä 4-11 käytettiin apuna Likertin asteikkoa: 1 = eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = ei samaa, eikä eri mieltä, 4 = jokseenkin samaa mieltä ja 5 = samaa mieltä. Haastateltaville annettiin myös kyseinen asteikko visuaaliseksi avuksi kysymyksen kolme jälkeen, jotta heidän ei tarvinnut muistaa, mikä numero tarkoitti mitäkin vastausvaihtoehtoa (liite 2). Kysymyksissä 4-7 ja 9-11 kysyttiin tarkentavia kysymyksiä vastauksen mukaan. Jos haastateltava vastasi vaihtoehdon 1-3 kysyttiin häneltä eri kysymys kuin jos hän vastasi vaihtoehdon 4-5. Näillä lisäkysymyksillä yritettiin kartoittaa positiivisia ja negatiivisia tekijöitä vastausten takana. Vastausvaihtoehdoilla 1-3, vastaus nähtiin negatiivisena ja toiminnassa parantamisen varaa, kun taas vaihtoehdot 4-5 nähtiin positiivisena ja haluttiin kartoittaa, miksi ja missä yksikössä on onnistuttu. Kysymyksen 11 kysymysasettelun vuoksi vastauksella 1-3 selvitettiin muista kysymyksistä poiketen positiivisia tekijöitä ja vastauksella 4-5 negatiivisia tekijöitä. Kysymyksessä 8, Uoma lisää työtaakkaani, kysyttiin lisäkysymys ainoastaan, mikäli haastateltava valitsi vaihtoehdon 3-5. Koska seuraavassa kysymyksessä kartoitettiin työtä helpottavat tekijät, näin vältettiin toistoa ja mikäli Uoma koetaan työtaakkaa lisäävänä, haluttiin tietää, miksi haastateltava kokee näin.

Haastattelut toteutettiin lähipalvelusairaaloissa, joihin tutkija meni itse paikan päälle haastattelemaan hoitajat. Tutkija ei tiennyt etukäteen, oliko lähipalvelusairaala paremmin vai heikommin suoriutuva. Tämän tiedon tutkija sai vasta, kun oli suorittanut kaikki haastattelut. Jokaisen lähipalvelusairaalan vuodeosaston osastonhoitajan kanssa sovittiin päivä ja kellonaika, mikä heille oli sopiva tulla toteuttamaan haastattelut. Saapuessaan lähipalvelusairaalaan tutkija pyysi rauhallista tilaa, jossa yksilöhaastattelut onnistuisivat häiriöttä ja tutkija ei vahingossakaan kuulisi mitään lähipalvelusairaalassa käsiteltäviä potilastietoja. Rauhallinen tila

onnistui kaikissa paitsi yhdessä lähipalvelusairaalassa, jossa haastattelut jouduttiin toteuttamaan kansliassa, jolloin yksi haastateltava kuuli esitettävät kysymykset etukäteen. Lähipalvelusairaaloiden potilastietosuoja ei kuitenkaan vaarantunut yhdessäkään yksikössä.

Haastateltavia pyydettiin haastateltaviksi yksi kerrallaan ja useassa lähipalvelusairaalassa seuraava haastateltava odotti usein oven takana tai juuri haastateltu henkilö kävi kysymässä esimerkiksi kansliasta halukkaita osallistujia tutkimukseen. Osassa lähipalvelusairaaloista osastonhoitaja oli informoinut työntekijöitään etukäteen tutkimuksesta ja näin muutamat hoitajat olivat osanneet valmistautua haastatteluun. Yksikään haastateltavista ei ollut nähnyt kysymyksiä etukäteen. Lähipalvelusairaaloissa, joissa hoitajia ei ollut informoitu haastattelusta, tutkija kävi esittäytymässä kahvihuoneessa tai hoitajien kansliassa ja kertomassa lyhyesti tutkimuksesta ja pyytämässä hoitohenkilökuntaa osallistumaan haastatteluun. Myös mikäli haastateltavia ei ollut tarpeeksi, kävi tutkija pyytämässä lisää vapaaehtoisia haastateltavia kansliasta. Haastattelut onnistuivat häiriötekijöittä lukuun ottamatta edellä mainittua kansliatapausta ja yhtä haastattelua, jossa toinen hoitaja tuli huoneeseen, jotta hän voisi osallistua haastatteluun, kesken toisen hoitajan haastattelun.

Välineistöksi haastatteluihin tarvittiin tulostettuja haastattelulomakkeita, tiedotteita tutkimuksesta, suostumuslomakkeita, tulostettu Likertin asteikko ja nauhoitusväline. Tutkija huolehti nämä itse. Haastattelut nauhoitettiin iPhonen sanelinsovelluksella ja siirrettiin airdropilla tutkijan tietokoneelle. Molemmat laitteet ovat suojattu salasanoin, eivätkä ulkopuoliset pääse tiedostoihin käsiksi. Haastattelulomakkeelle tehtiin lähinnä merkintöjä numeraalisista arvoista, jonka mukaan haastateltava oli väittämästä samaa mieltä ja laitettiin yksittäisiä avainsanoja vastauksista. Nämä olivat tukikirjauksia tutkijalle litterointia varten. Haastattelut kestivät haastateltavien vastauksista riippuen 6,19-15,18 minuuttia. Yhteensä haastatteluja nauhoitettiin 217,5 minuuttia eli 3 tuntia ja 37,5 minuuttia.

Haastattelulomake esitettiin kahdella sairaanhoitajalla, joilla on useamman vuoden käyttökokemus Uomasta. Toinen, jolla haastattelulomake testattiin, työskenteli Pirkanmaan hyvinvointialueen päivystyksessä Acutassa Uoma-koordinaattorina. Testauksella haluttiin varmistaa, että kysymykset ovat ymmärrettäviä

ja yksiselitteisiä. Muutokset haastattelulomakkeeseen tehtiin esitestauksen perusteella ennen varsinaisia haastatteluja. Testausten perusteella 4. kysymyksen sanamuotoja tarkennettiin ja avoin kysymys jaettiin kahdeksi kysymykseksi.

Esitestauksen ansiosta yleisesti ottaen kysymyslomake oli hyvin selkeä ja haastateltavat ymmärsivät kysymykset hyvin. Eniten tarkennusta kaipasi kysymys numero 11 pituutensa vuoksi. Osa haastateltavista koki termin potilaspaiikkojen hallinta vieraaksi ja pitkän kysymyksen vuoksi sekä sanan tarkennuksen jälkeen he eivät enää muistaneet kysymystä kokonaisuudessaan. Tämän vuoksi kysymys jouduttiin osalle haastateltavista toistamaan toiseen kertaan. Myös kysymyksessä numero 4, kohdassa e sana subjektiivisesti aiheutti tarkennuksen tarvetta osalle haastateltavista. Sana tarkennettiin heille tarkoittamaan heidän kokemustaan Uoman ulkoasusta, käytettävyydestä ynnä muusta. Muutoin tarvittavat tarkennukset olivat yksittäisiä joidenkin kysymysten kohdalla.

Yleisesti tutkija pystyi esittämään kysymykset kuten ne lomakkeessa lukivat, mutta ajoittain jatkokysymysten esittämisestä luovuttiin, jos haastateltava spontaanisti vastasi jo heti numeraalisen arvon yhteydessä mahdolliseen esitettävään jatkokysymykseen. Muutoin tutkija reagoi lähinnä nyökyttelemällä, kuuntelemalla ja lyhyin sanoin haastateltavan vastauksiin, jotta tämä koki tulevansa kuulluksi.

Tutkija antoi myös hiljaisuudella tarvittavan tilan jokaisen kysymyksen jälkeen, mikäli haastateltava jäi vielä miettimään vastaustaan, mutta jos haastateltavan kehonkielestä näki, että vastaus oli lopullinen ja hän odotti jo seuraavaa kysymystä, jatkettiin haastattelua nopeasti. Jokainen haastattelutilanne oli uniikki, vaikka kysymykset toistuivat samanmuotoisina ja tutkija pyrki olemaan mahdollisimman läsnä ja kiinnostunut siitä, mitä haastateltavilla oli sanottavana.

## **5.5 Aineiston analyysimenetelmät**

Aineiston analyysi, luokittelu ja tulkinta ovat aineiston käsittelyn vaiheita, mutta tapahtuvat käytännössä limittäin. Rajatessa aineistoa on oleellista, että rajaus on perusteltu. Käsiteltäessä aineistoa on tärkeää pohtia, mitkä laajan tekstimassan elementit auttavat vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Tutkijan tekemät valinnat

aineiston suhteen, eli mitkä osat valitaan ja miksi, sekä mitä jätetään pois ja miksi, kirjoitetaan perusteluineen auki raportoidessa. Nämä valinnat, tapa lukea ja tulkita aineistoa, sekä tutkimuskysymys jäsentävät aineiston käsittelyä. Analyttiset kysymykset, jotka nousevat tutkimusongelmaan ja aineistoon tutustuessa, on syytä muotoilla avoimiksi. Kyllä vai ei -kysymykset pitävät sisällään ennako-oletuksen. (Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010, 12, 15-16.)

Äänitallennettu aineisto voidaan litteroida eli purkaa tekstiksi. Litteroinnin tarkkuus määritetään suhteessa tutkimusintressiin ja analyysin tarkkuustasoon. Tätä seuraa aineiston luokittelu. Luokitellessa aineistoa käydään järjestelmällisesti läpi tutkimusongelman, keskeisten lähtökohtien ja käsitteiden määrittelemällä tavalla. Aineisto voidaan jakaa esimerkiksi alaluokkiin tai teemoihin. Havaintoyksikön valinta on yksi luokittelun lähtökohta. Havaintoyksikkö voi olla esimerkiksi vuorovaikutuksen verbaalinen yksityiskohta, aineiston käyttäytymistapa tai eri toimijoiden ilmiöille antama merkitystapa. Poikkiaineistollinen koodaus tarkoittaa koko aineiston läpikäyntiä nostaten tiettyjä toistuvia teemoja tai rakenteita esille. (Ruusuvuori ym. 2010, 13-14, 18-21.)

Teemoittelemalla aineisto voidaan kerätystä aineistosta nostaa tutkimusongelmaa valaisevia teemoja. Löytämällä ja erottelemalla olennaiset aiheet voidaan niille esittää erilaisia kysymyksen asetteluja. (Eskola & Suoranta 1998.) Teemat muodostetaan usein etsimällä aineistosta yhdistäviä tekijöitä, mutta teemoittelu teoriaohjautuvasti on myös mahdollista. Teemojen alle kerätään ne haastattelujen kohdat, joissa on puhuttu kyseisestä teemasta. Raportissa teemoista voidaan esittää näytepaloja, kuten sitaatteja, teemojen käsittelyn yhteydessä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Nauhoitetut äänitallenteet kirjoitettiin auki kokonaisuudessaan ja litteroitaessa pidettiin haastateltavien käyttämät sanamuodot sellaisina kuin ne oli haastattelutilanteessa esitetty. Aineisto jaettiin paremmin ja heikommin suoriutuviin lähipalvelusairaaloihin ja käsiteltiin tämän jälkeen kahtena massana, eivätkä yksittäiset lähipalvelusairaalat enää erottuneet vastausmassasta. Tämän jälkeen litteroitu aineisto käytiin läpi manuaalisesti ja alleviivattiin täytesanojen ja -lauseiden keskeltä haastattelukysymyksiin liittyvät ydinasiat. Näistä tehtiin uudet tiivistetyt tu-

lostteet, joissa oli listattu kaikki vastauksissa esiin nousseet seikat. Nämä tiivistelmät käytiin uudelleen läpi ja etsittiin toistuvia aiheita ja teemoja vastauksista. Näiden perusteella teemoiksi muodostuivat: ohjelmiston käyttö, koulutus, resurssit / organisatoriset tekijät, hoidon jatkuvuus ja kommunikaatio.

Itse kysymykset ohjasivat osittain suoraan teemojen muodostumisessa, sillä kysymykset tulivat suoraan teoriasta ja näin niissä oli jo teorian pohjalta eniten esiin nousseita teemoja. Kysymys 4 käsitteli Uomaa ohjelmistona useasta eri näkökulmasta ja kysymys 5, kuinka ohjelmiston käyttö on mahdollistettu yksiköissä. Koulutusta käsiteltiin suoraan kysymyksessä 6. Kysymykset 7, 8 ja 9 käsittelivät osaltaan resursseja ja organisatorisia tekijöitä. Hoidon jatkuvuutta käsitteleviksi kysymyksiksi nousivat kysymykset 3, 9 ja 11. Kommunikaatiota ei varsinaisesti käsitellyt yksikään kysymyksistä, mutta se nousi keskeiseksi tekijäksi hoitajien vastauksissa useiden kysymyksiä yhteydessä. Avoimissa kysymyksissä lähes kaikki vastauksista menivät edellä esiteltyjen teemojen alle.

Vaikka teemat muodostuivat kysymysten ympärille, ovat teemat osittain limittäin ja esimerkiksi kysymyksestä 4 nousi lopulta paljon myös hoidon jatkuvuuteen liittyviä asioita, vaikka pääosin kysymyksen vastaukset sijoittuivat teeman ohjelmisto alle. Teemat nousivat näin suoraan aineistosta, eikä niitä valittu etukäteen.

Aineiston analyysissä on tarkoitus systemaattisella läpikäynnillä saada irti jotain, joka ei ole sellaisenaan saatavilla suorista lainauksista. Kun aineisto on koodattu systemaattisesti, aineistokoosteet toimivat eri osajulkaisujen tai analyttisten lukujen yhdistävänä tekijänä. Koosteissa huomionarvoista ovat myös havainnot, jotka eivät sovi mihinkään luokkaan. Poikkeustapauksia ei tule piilottaa, sillä ne saattavat vahvistaa validiteettia toimimalla analyttisenä apuvälineenä, jolla tuodaan esiin muun aineiston systematiikan piirteitä, ymmärretään ja testataan niitä. (Ruusuvuori ym. 2010, 19, 24.)

Aineiston visualisointi käyttämällä apuna ohjelmistoja, koostamalla tietoa taulukoiksi tai käsitekarttoiksi, voi auttaa aineiston analyysissä ja toimia työkaluna. Visualisoinnit antavat lukijalle käsityksen koko aineistosta. (Ruusuvuori ym. 2010, 26.) Tuloksissa aineiston tueksi tehtiin kolme taulukkoa kysymyksistä, joissa

eroavaisuus paremmin ja heikommin suoriutuvien lähipalvelusairaaloiden välillä oli suurinta. Taulukot auttoivat visuaalisesti eron havainnollistamisessa.

Teoriaohjaavassa analyysissä teoria toimii apuna, mutta analyysi ei suoraan pohjautu teoriaan. Aikaisempi tieto ohjaa analyysia, mutta analyysiyksiköt valitaan aineistosta. Tässä analyysitavassa ei testata teoriaa, mutta aikaisemman tiedon merkitys tiedostetaan etsiessä uusia ajatusuria. Kyseessä on abduktiivinen päätely. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 96-97.)

Teoriaohjaava analyysi etenee aineiston ehdoilla kuten aineistolähteenkin analyysi eli induktiivinen analyysi. Analyysissä on erotettavissa kolme vaihetta: 1) redusointi eli aineiston pelkistäminen, 2) klusterointi eli aineiston ryhmittely ja 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Redusointivaiheessa litteroitu aineisto käydään läpi ja karsitaan epäolennainen pois. Pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä ja apuna voidaan käyttää tutkimuskysymyksiä. Klusteroidessa alkuperäiset ilmaukset käydään tarkasti läpi ja etsitään käsitteitä, jotka kuvaavat samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia. Näistä luodaan luokkia, jotka käsittävät yksittäisiä käsitteitä. Abstrahoinnissa käytetyt kielelliset ilmaukset viedään teoreettisiksi käsitteiksi ja johtopäätöksiksi. Klusterointi on osa Abstrahointiprosessia. Abduktiivisen analyysin abstrahointivaiheessa teoreettiset käsitteet liitetään empiiriseen aineistoon. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 109-111, 117.)

Aineisto tiivistettiin ja teemoiteltiin edellä kuvatulla tavalla eli klusteroitiin ja abstrahoitettiin. Kun tulokset oli esitetty teemoittain, yhdistettiin teoria osaksi saatuja teemoja. Tutkimuskysymykset tukivat teemojen syntymistä, mutta teemat eivät muodostuneet suoraan tutkimuskysymyksistä. Teoria tukee saatuja empiirisiä tuloksia, joten abduktiivinen analyysi oli tulosten esittämiselle sopiva menetelmä.

Pelkkä tulosten analyysi ei riitä esittämään tutkimuksesta saatuja tuloksia, vaan tuloksista tulisi pyrkiä laatimaan synteesejä. Näissä kootaan yhteen pääseikat ja annetaan selvä vastaus asetettuihin tutkimusongelmiin. Samaa asiaa tarkoitetaan odotuksella, että tutkimuksessa on esitetty yleiset abstrahoitavat linjat. Tulisi siis pyrkiä vastaamaan kysymykseen, mitkä ovat vastaukset tutkimusongelmiin. Myös johtopäätökset perustuvat luotuihin synteeseihin ja näiden yhteydessä tulisi

pohtia, voiko tuloksissa olla laajempaa merkitystä ja mikä se voisi olla. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2013, 229-230.)

Pohdinnassa saadut empiiriset tulokset yhdistettiin teoriaan ja avattiin, kuinka tulokset vastaavat tutkimuskysymyksiin. Kaikkiin tutkimuskysymyksiin saatiin vastaus. Lisäksi pohdinnassa esitetään johtopäätöksiä ja synteesejä, miksi asiat saattavat näyttäytyä, kuten näyttäytyvät ja mitkä taustatekijät voivat vaikuttaa tuloksiin. Eri teemojen välille pystyttiin luomaa synteesejä ja pohditaan, voiko tutkimuksella olla laajempaa merkitystä.

## 6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksessa haastateltiin yhteensä 25:tä lähipalvelusairaaloiden hoitajaa (N=25). Paremmiin suoriutuvista lähipalvelusairaaloista haastatteluun osallistui 10 hoitajaa ja heikommin suoriutuvista 15 hoitajaa. Kaikki haastatellut hoitajat tiesivät, mikä Uoma on.

Hajontaa syntyi Uoman käytön suhteen. Paremmiin suoriutuivissa lähipalvelusairaaloissa puolet vastanneista käytti Uomaa päivittäin ja puolet viikoittain. Heikommin suoriutuivissa 40 % käytti Uomaa päivittäin, hieman vajaa puolet viikoittain (47 %) ja reilu kymmenesosa kuukausittain (13 %). Seuraavissa luvuissa tutkimuksen tulokset käydään läpi teemoittain.

### 6.1 Ohjelmiston käyttö

Suoraan Uomaa ohjelmistona käsiteltiin kysymyksissä 4 ja 5. Hoitajilta kysyttiin, onko Uoma heidän mielestään helppo oppia, helppo ohjelmisto muistaa, tehokas käyttää, helppo ohjelmisto käyttää virheettömästi ja subjektiivisesti miellyttävä. Hoitajilta kysyttiin myös, onko Uoman käyttö mahdollistettu hyvin heidän yksikössään. Myös muissa kysymyksissä nousi teemaan liittyviä vastauksia.

Paremmiin suoriutuivissa lähipalvelusairaaloissa Uomaa kuvailtiin useassa vastauksessa sanoilla selkeä ja yksinkertainen. Sanoille käytettiin myös synonyymeja simppeleitä, pelkistetty, helppo ja helppokäyttöinen. Uoman visuaalista puolta, kuten värimaailmaa, pidettiin positiivisena ja yksinkertainen fontti, toiminnot ja hyömiöt saivat kehuja. Paremmiin suoriutuivissa lähipalvelusairaaloissa kaikkien hoitajien vastaukset olivatkin positiivisia (täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä) liittyen helppouteen oppia, ohjelmiston muistamiseen ja käyttötehokkuuteen.

Paremmiin suoriutuivissa lähipalvelusairaaloissa negatiivisena koettiin ohjelmistossa usein toistuvan samat kohdat ja puutteet lähettävien tahojen tiedoissa. Jälkimmäisiä käsitellään tarkemmin teeman hoidon jatkuvuus alla.

*Siellä voi olla monia samoja kohtia niinku, että vaikka esitiedot ... ne toistaa niinku itteensä, et sitte, jos sää aattelet, että vaikka mä kirjaan tähän nää esitiedot, ni sitte joskus siel saattaa jäädä niinku puutteita*

*niitten lähettävien tahojen kirjauksessa, että jos kaikkia kohtia ei täyty.*

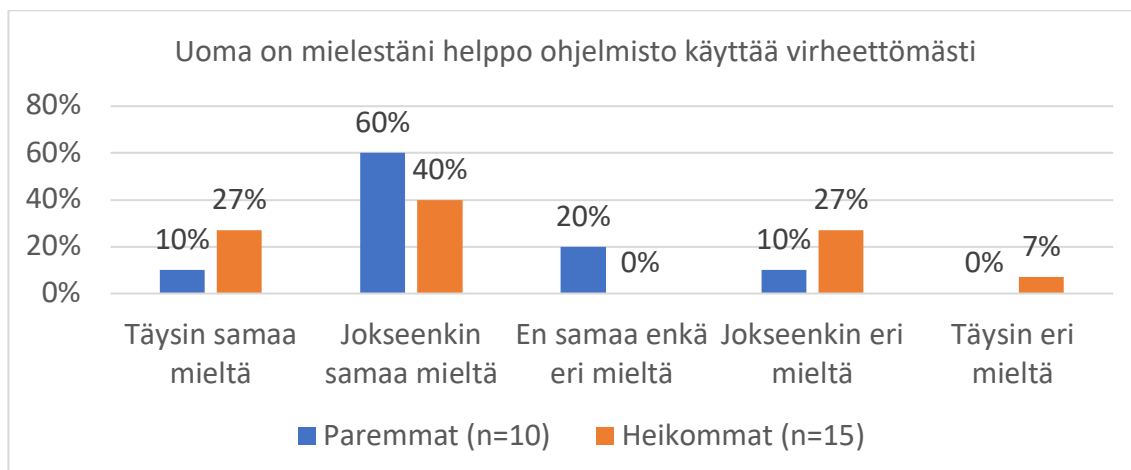
Paremmiin suoriutuville 90 % oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä, että ohjelmiston käyttö oli mahdollistettu tarpeeksi hyvin heidän yksikössään. Kymmenesosa ei ollut samaa eikä eri mieltä. Positiiviseksi koettiin se, että kaikilla vakituisilla hoitajilla on Uoma-tunnukset ja yksikössä oli paljon tietokoneita tai jopa kaikilla hoitajilla oma tietokone käytössään. Yksittäisessä vastauksessa negatiivisena nähtiin sijaisten tunnusten saamisen hitaus ja vaikeus.

Heikommin suoriutuville yksiköissä suurin osa (93 %) oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä, että Uoman käyttö on mahdollistettu tarpeeksi hyvin heidän yksikössään. Vain yksi vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä. Positiivisiksi asioiksi mainittiin, että kaikilla sairaanhoitajilla tai hoitajilla, myös uusilla, on tunnukset. Synonyymejä tälle olivat: useilla tunnukset tai kaikilla vakituisilla tunnukset. Positiivisena nähtiin myös se, että nykyisin on aikaa Uoman käyttöön ja siihen rohkaistaan. Uoma koettiin päivittäisenä työvälineenä. Negatiivisena mainittiin, että kaikilla lähihoitajilla ei ole tunnuksia tai kaikilla ei ole tunnuksia. Yksittäinen vastaaja koki, että selkeät ohjeet ja yhtenäiset käytännöt puuttuivat.

Heikommin suoriutuville lähipalvelusairaaloissa nousi esiin Uoman selkeys ja yksinkertaisuus. Uomaa kuvattiin myös helppona ja useammassa vastauksessa tuotiin esiin, että ohjelmistossa ei ole ylimääräisiä asioita. Hoitajat kokivat, että kaikki on yhdessä paikassa, on tietyt kohdat, jotka tiedoista tulee täyttää tai lukea ja että ohjelmistossa on vain vähän painikkeita, joita käyttää. Kaikki vastaajat heikommin suoriutuvista lähipalvelusairaaloista olivatkin täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä, että Uoma on subjektiivisesti miellyttävä. Paremmiin suoriutuville lähipalvelusairaaloissa vastaajista 80 % oli tätä mieltä.

Heikommin suoriutuville lähipalvelusairaaloissa ohjelmiston negatiivisena puolelta nähtiin, että potilaasta voi kirjoittaa ohjelmistoon mitä vaan tai jättää jotain kertomatta. Kolmasosa vastaajista toi tämän esille kysyttäessä, onko ohjelmisto helppo käyttää virheettömästi. Lisäksi yksittäiset hoitajat kokivat Uoman kaipaavan lisää selkeyttä. Ohjelmistosta oli esimerkiksi hankala ymmärtää, missä potilas odottaa paikkaa ja koettiin, että selkeät ohjeet puuttuivat tai oli kirjoittamatto-

mia sääntöjä. Yleisesti molemmissa lähipalvelusairaaloissa oltiin samaa tai jokseenkin samaa mieltä, että Uoma on helppo ohjelmisto käyttää virheettömästi, mutta heikommin suoriutuviissa virheen mahdollisuus nähtiin suurempana (kuvio 1).



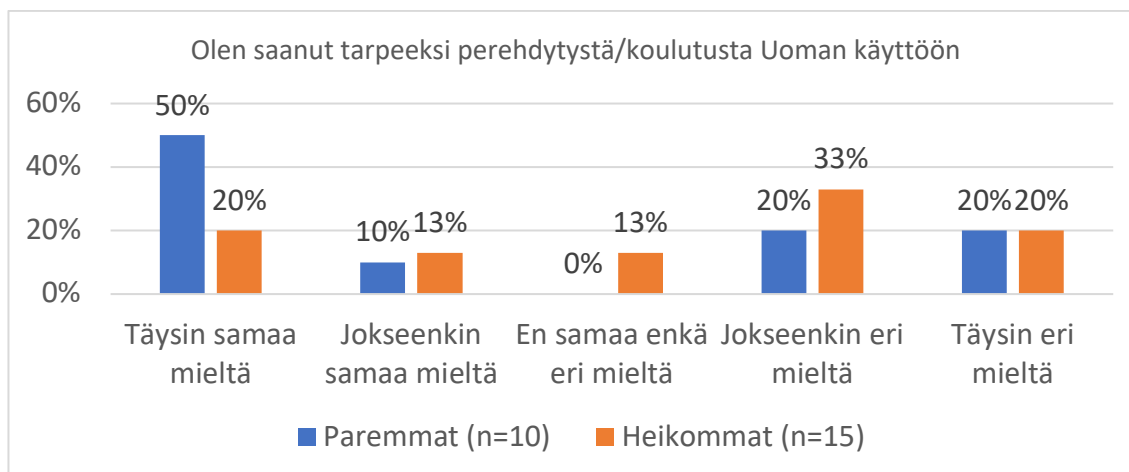
KUVIO 1. Vastausjakauma kysymyksessä 4.

Avoimissa kysymyksissä tuotiin esiin, että Uomaan oltiin tyytyväisiä ohjelmistona. Sen selkeys ja helppokäyttöisyys nousivat esille myös hoitajien vapaassa sanassa. Kehitysehdotuksina ehdotettiin erilaisia merkkiääniä eri toimintojen kesken tai mobiiliversiota ja nykyiseen puhelinversioon kaivattiin selkeyttä siitä, minkä potilaan alle lisäinfo on tullut. Kehitysehdotuksena tuotiin esiin myös vanhoihin keskusteluihin palaamisen helpottaminen. Hoitaja koki kömpelönä sen, että palatakseen vanhaan keskusteluun tuli tietää minuutilleen, koska keskustelu on käyty tai sitä ei voinut löytää ohjelmistosta.

## 6.2 Koulutus

Koulutusta käsiteltiin suoraan kysymyksessä 6, jossa kysyttiin, onko hoitaja saanut mielestään tarpeeksi perehdytystä tai koulutusta Uoman käyttöön. Paremmiin suoriutuviissa lähipalvelusairaaloissa 60 % oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä, että oli saanut tarpeeksi koulutusta tai perehdytystä Uoman käyttöön. 40 % oli jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä väittämän kanssa. Heikommin suoriutuviissa lähipalvelusairaaloissa 33 % oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä, että oli saanut tarpeeksi koulutusta tai perehdytystä Uoman käyttöön. Yli

puolet (53 %) oli jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä väittämän kanssa. 13 % ei ollut samaa eikä eri mieltä (kuvio 2).



KUVIO 2. Vastausjakauma kysymyksessä 6.

Paremmiin suoriutuviin lähipalvelusairaaloissa puolet vastaajista kertoi saaneensa Uoman käyttöä aloittaessaan koulutuksen tai Uoman käyttö oli käyty läpi perehdytyksen yhteydessä. 40 % vastaajista ei ollut saanut lainkaan koulutusta ohjelmiston käyttöön. He kaipasivat perusasioiden läpikäymistä, perehdytystä alkuun ja tietoa, kuinka potilas siirretään jatkohoitoon lähipalvelusairaalaan käyttäen Uomaa. Yksittäisessä vastauksessa mainittiin, että ohjelmisto on opittu toisilta. Eräs haastateltavista kuvasi saamaansa koulutusta seuraavasti: ”Kerrottu toimintaperiaatteet ja miten sitä käytetään, miten toimii ongelmatilanteissa, että jos on kysyttävää... aika simppelein peruskoulutuksen oon saanu.”

Heikommin suoriutuviin lähipalvelusairaaloissa kolmasosa koki, että Uoma on käyty läpi joko perehdytyksessä tai Uoman käytön aloituksen yhteydessä. Kolmasosa vastaajista kertoi oppineensa ohjelman omatoimisesti, ilman koulutusta. Positiivisena nähtiin kollegoilta saatu apu ja ohjelmiston yksinkertaisuus. Yksittäinen hoitaja toi myös esille työryhmät, joissa käydään läpi Uoman päivitykset ja hän vie tätä tietoa eteenpäin kollegoilleen. Yksi haastateltavista hoitajista kertoi seuraavaa: ”Sillon, ku me aloitettiin Uoma, me saatiin tunnukset ja sanotti, et käykää tutustuun. Elikkä me ei saatu mitään opastusta, itse opiskeltiin sitte.”

Heikommin suoriutuviissa lähipalvelusairaaloissa kaivattiin töihin tulon tai Uoman käytön aloituksen yhteyteen koko ohjelmiston läpikäyntiä esimerkiksi osastotunnilla tai perehdytyksessä. Negatiivisena nähtiin, että ei tiedetä, kuka Uomaan perehdyttää, eikä kenelläkään ole tietoa, kuka tarvitsee Uoma-perehdytyksen. 20 % vastaajista ei osannut siirtää potilaita pois omasta lähipalvelusairaalaasta käyttämällä Uomaa. Osa vastaajista kaipasi myös lisäkoulutusta muutoksiin liittyen. Yksi vastaajista kuvasi asian: ”Alkuun ihan sen koko ohjelman läpikäymistä silloin... oltais yhdessä käyty jossain osastotunnilla läpi koko ohjelma porukalla.”

Koulutukseen ja perehdytykseen liittyy vahvasti myös tuki. Kysymyksessä 10 kysyttiin, kokevatko hoitajat saavansa tarpeeksi tukea sitä kaivatessaan. Paremmiin suoriutuviissa lähipalvelusairaaloissa puolet koki saavansa tukea kollegoiltaan ja 33 % esimiehiltä. Kaiken kaikkiaan 70 % vastaajista oli täysin samaa mieltä, että saa tukea tarvittaessa, 20 % ei samaa, eikä eri mieltä ja yksi vastaajista jätti kohdan tyhjäksi. Ainoana yksittäisenä negatiivisena asiana paremmiin suoriutuviissa lähipalvelusairaaloissa nousi esiin Uoma-tuen olemassaolo. Vastaaja ei ollut varma, onko tällaista tai voiko sinne soittaa.

Heikommin suoriutuviissa yksiköissä suurin osa (73 %) oli täysin samaa tai joksseenkin samaa mieltä, että he saavat tukea Uoman käyttöön tarvittaessa. Kaksi vastaajista jätti vastaamatta kysymyksen. Jatkokysymyksessä 66 % vastaajista toi esiin, että saavat tukea työkavereilta ja 13 % kertoi saavansa tukea esihenkilöiltä. Myös kotiutushoitaja ja Unitary mainittiin tuen lähteinä. 20 % vastaajista toi esiin, että ei tiennyt, mistä saada tukea tarvittaessa, paitsi kollegoilta.

### **6.3 Resurssit / Organisatoriset tekijät**

Hoitajilta kysyttiin kysymyksessä 7, onko heillä mielestään tarpeeksi aikaa käyttää Uomaa työpäivänsä aikana. Kysymyksessä 8 haluttiin tietää, koetaanko Uoma työtaakkaa lisäävänä tekijänä. Näiden lisäksi organisatoriset tekijät ja resurssit nousivat myös muissa kysymyksissä esiin.

Heikommin suoriutuviissa yksiköissä 80 % koki, ettei heillä ole tarpeeksi aikaa käyttää Uomaa työpäivänsä aikana (täysin samaa tai joksseenkin samaa mieltä).

Vastaava luku paremmin suoriutuville lähipalvelusairaaloissa oli 40%, mutta 33 % ei ollut samaa, eikä eri mieltä väittämän kanssa. Paremmin suoriutuville lähipalvelusairaaloissa 60 % koki Uoman työtaakkaa lisääväksi tekijäksi, kun taas heikommissa vastaava luku oli 47 %. Kysymyksessä 9 Uoma helpottaa työtäni, 100% paremmin suoriutuville lähipalvelusairaaloissa työskentelevistä oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa, kun vastaava luku oli heikommin suoriutuville 73 %.

Paremmen suoriutuville lähipalvelusairaaloissa 70 % vastaajista toi esiin perustyön vievän ajan Uoman käytöltä. Perustyön synonyymeiksi laskettiin hoitotyö, työnteko, potilaat, kenttätyö, potilaiden hoito ja potilastyö. Yksittäisessä vastauksessa tuotiin esiin se, että hoitajia on liian vähän. Työtä lisääviksi tekijöiksi koettiin Uoman käyttö, sinne tietojen kirjaus, tilanteen tasalla oleminen (jatkuva ohjelmiston seuranta, mihin potilaita otetaan ja onko riittävästi henkilökuntaa) ja kaiken tämän tekeminen potilastyön ohella.

Heikommin suoriutuville yksiköissä 47 % koki perustyön vievän aikaa Uoman käytöltä. Lisäksi kiire, ajan puute iltavuoroissa ja se, ettei hoitaja ehdi olla koko ajan koneen ääressä, nostettiin esille useammassa vastauksessa. Yksiköissä tuotiin esille työtä lisäävänä tekijänä puhelinsoitot toisista yksiköistä Uomassa oleviin potilassiirtoihin liittyen. Puhelinsoitot koettiin stressiä lisäävänä tekijänä. Yksittäisissä vastauksissa tuotiin esille Uoman olevan taakka ilta- ja yövuorossa perustyön ohella, tilannetietoisuuden ylläpidon lisäävän työtä (potilaspaikkojen määrä ja potilaiden sijoittelu) ja vajailla tiedoilla saapuneista potilaista lähettävään yksikköön soittaminen. Eräs vastaajista toi esille seuraavaa: ”Tossa ite työssä menee niin paljon aikaa, että sitte ei kerkee sillä lailla vahtia sitä ja sen takia tulee yleensä niitä vihaisia puheluita sieltä Acutan päästä.”

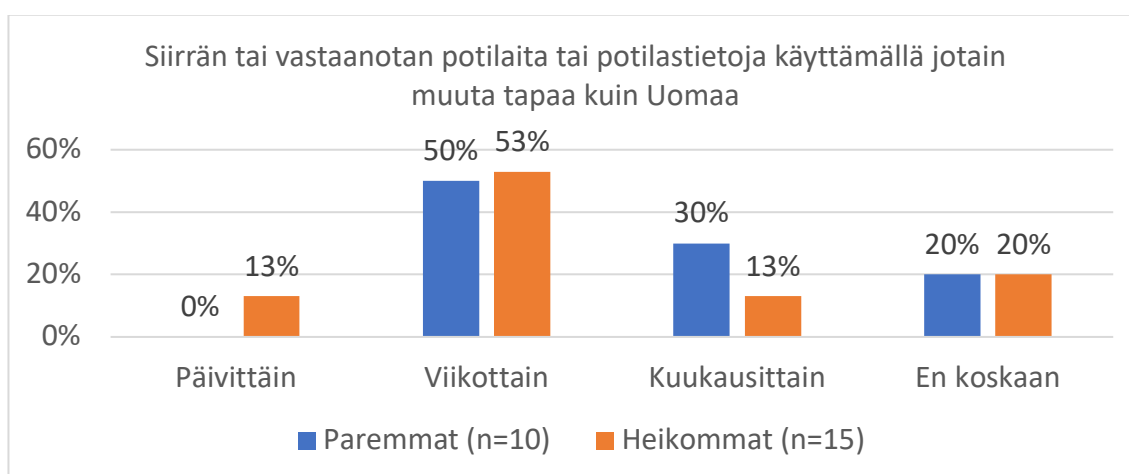
Sekä heikommin että paremmin suoriutuville lähipalvelusairaaloissa nostettiin esiin Uoman vähentävän puhelintyötä ja näin helpottavan työtä. Positiivisena koettiin Uoma-koordinaattori tai tilanne, jossa yksi ihminen koordinoi Uomaa. Tilanne, jossa Uomaa koordinoi yksi henkilö, toteutui osassa yksiköistä virkaaikana ja tämän ulkopuolella Uoma oli hoitajille oman työn ohella suoritettava työtehtävä. Asia kuvattiin muun muassa näin: ”Ei tarvii niinku puhelimitse, vaan me

pystytään sieltä lukee, että ketä siellä on tarjolla, että se ei tarvitse aina olla siin puhelimesta, ni kyllähän se on paljon nopeempaa.”

## 6.4 Hoidon jatkuvuus

Kysymyksen 3 jälkeen esitettiin jatkokysymys, mikäli hoitaja siirsi potilaita tai potilastietoja käyttämällä jotain toista tapaa kuin Uomaa, koska haluttiin tarkentaa, mitä tapaa ja miksi. Kysymys 11 käsitteli viivettä potilaiden vastaanottamisessa ja siihen liittyviä potilaspaikkojen hallinnasta johtuvia tekijöitä. Kysymysten myötä nousi esiin useita potilaiden hoidon jatkuvuuteen liittyviä tekijöitä. Hoidon jatkuvuutta käsiteltiin myös paljon kysymyksen 9 vastauksissa, mutta myös muissa kysymyksissä sivuttiin usein teemaa.

Potilaiden siirtämiseen tai vastaanottamiseen käytettiin muita tapoja kuin Uomaa sekä paremmin että heikommin suoriutuviissa lähipalvelusairaaloissa. Paremmin suoriutuviissa lähipalvelusairaaloissa puolet hoitajista siirsi tai vastaanotti potilaita tai potilastietoja käyttämällä jotain muuta tapaa kuin Uomaa viikoittain, kolmasosa kuukausittain ja 20 % ei käyttänyt koskaan mitään muuta tapaa tämän datan siirtämiseen tai vastaanottamiseen. Heikommin suoriutuviissa 13 % vastaajista siirsi tai vastaanotti potilaita tai potilastietoja kiertämällä Uomaa päivittäin, yli puolet (53 %) viikoittain, 13 % kuukausittain ja 20 % ei käyttänyt koskaan mitään muuta tapaa kyseisen datan siirtämiseen (kuvio 3). Suurin osa käytti siirtoon puhelinta, mutta myös faksi ja hoitajan kasvokkain antama suullinen raportti mainittiin vastauksissa.



### KUVIO 3. Vastausjakauma kysymyksessä 3.

Paremmiin suoriutuvat lähipalvelusairaalat siirsivät potilaita tai potilastietoja Uoman ohi puhelimitse omasta päivystyksestä tai toisista yksiköistä, ja lupapaikkapotilaat saattoivat saapua suoraan kotoa osastolle. Lisäksi puhelinta käytettiin kotisairaalaan siirtyvien potilaiden kohdalla ja ajanvarauspotilaiden kanssa. Muutoin puhelimella täydennettiin tietoja potilaista, esimerkiksi lääkityksen suhteen ja pyydettiin potilaspapereita. Yksittäinen vastaaja toi esiin, että käyttää tietojen siirtoon ajoittain faksia.

Heikommin suoriutuviissa yksiköissä puhelinta käytettiin laajemmin. Puhelimella otettiin osastolle vastaan potilaita toisen hyvinvointialueen päivystyksestä, jaksopaikkalaisia, kotihoidon kautta kriisipaikoille, lääkärin vastaanotolta, omasta päivystyksestä, yksiköistä, joissa ei ole Uomaa käytössä, lupapaikkapotilaita, ajanvarauspotilaita, kotiutushoitajan kautta, suoraan ensihoidolta ja toisen hyvinvointialueen osastoilta. Lisäksi puhelinta käytettiin, kun palautettiin potilaita kotihoidon piiriin, omaan hoitoyksikköön, ilmoitettiin omaisille tietoja, siirrettiin potilaita ambulanssilla eteenpäin, siirrettiin toiseen yksikköön paikan vapautuessa ja tehostettuun hoitoon siirrettäessä. Puhelimella tiedusteltiin myös lisätietoja potilaasta, jos potilaalla ei ollut potilaspapereita mukana tai mukana olivat väärät paperit. Puhelimen lisäksi viidesosa hoitajista mainitsi siirrot suoraan omasta päivystyksestä sairaanhoitajan suullisella raportilla samalla kun hoitaja tiedustelee paikkaa osastolta.

Paremmiin suoriutuviissa lähipalvelusairaaloissa työtä helpottavana tekijänä koettiin potilaasta etukäteen saatavat tiedot ja esitiedot. Tämän toi esiin jatkokysymyksessä 33% vastaajista. Hoitoa pystyttiin suunnittelemaan etukäteen ja hoidon jatkuvuus nähtiin positiivisena. Positiivisena mainittiin myös potilasvirran hallinta. Viivettä potilaspaikkojen hallinnassa loi jatkohoitopaikkojen puute, kotiutuminen ei toteutunut suunnitellusti, pitkäaikaispotilaat, potilaiden kotiutus iltapäivällä, potilaspaikkojen määrä sekä jatkohoidon suunnitelman avoimuus ja osasto riippumattomat tekijät.

*Se että saa rauhassa miettiä, että mihin se potilas laitetaan ja neuvotella ja suunnitella niinku sen tiimin kanssa, että kuka ottaa tän ja näin ja mihin kellonaikaan ja näin ni se niinkun luo sitä jatkuvuutta paljon paremmin eikä lisää sitä stressiä sille työntekijälle.*

Heikommin suoriutuvissa lähipalvelusairaaloissa useammassa kysymyksessä nousi esiin potilastietojen puutteellisuus tai valheellisuus. Esimerkiksi kysymyksessä 4 kohdassa d kolmasosa vastaajista kertoi tarkentavassa kysymyksessä, että potilastiedot voi kirjoittaa väärin tai voi kirjoittaa mitä tahansa. Saman kysymyksen kohdassa c viidesosa vastaajista piti hyviä taustatietoja positiivisena tekijänä, koska potilaan hoitoon ja hoitoisuuteen on helppo reagoida näiden pohjalta. Myös kysymyksessä 9 positiivisena pidettiin, että tiedetään etukäteen, minäläisiä potilaita on tulossa ja potilastietoihin ehtii tutustua rauhassa. Avoimissa kysymyksissä kuitenkin jälleen peräänkuulutettiin potilastietojen paikkansa pitävyttä ja sitä, että ulkopaikkakuntalaisia potilaita siirtyy vajain tiedoin sekä suoraa huijaamista potilastiedoissa. Yksi hoitajista kuvaili asiaa seuraavasti: ”Joskus sieltä ainakin meille on tullut ihan väärää tietoa, et potilaat onki sitte ihan erilaisia, mitä on kirjoitettu.... usein on ollu huonompikuntosia kun esimerkiksi ollaan tiedetty.”

Heikommin suoriutuvissa lähipalvelusairaaloissa viivettä potilaspaikkojen hallinnassa, ja näin hoidon jatkuvuudessa, loivat pitkäaikaispotilaat, jotka odottivat tehostetun palveluasumisen paikkaa, kotiutus ja sen venyminen pitkälle iltapäivään, muut pitkäaikaispotilaat, jatkohoitopaikkojen puute, jatkohoitoon siirtymisen hitaus muun muassa kyytien odottamisen vuoksi ja henkilökunnan resurssipula. Lisäksi mainittiin, että lääkäri on ainoastaan viikolla paikalla, laboratorionkoikeita saa vain kolmena päivänä viikossa ja isot sairaalat varaavat paikkoja potilaille, joilla on vielä tutkimukset kesken ja näin potilaspaikkoja pidetään tyhjänä, kunnes potilas siirretään sairaalasta lähipalvelusairaalaan.

## **6.5 Kommunikaatio**

Kommunikaatiota ei suoraan käsitelty yksittäisessä kysymyksessä, mutta kommunikaatio nousi jatkuvana teemana esille useissa vastauksissa. Paremmin suoriutuvissa lähipalvelusairaaloissa useammassa vastauksessa positiivisena tekijänä nousi esiin Uoman käytön olevan tehokkaampaa ja nopeampaa puhelimeen verrattuna. Lisäksi chat-ominaisuutta keuhuttiin useammassa vastauksessa ja 30

% vastaajista kehui ominaisuutta spontaanisti avoimissa kysymyksissä. Yksittäisessä vastauksessa pidettiin positiivisena sitä, että tietää kenen kanssa kommunikoi. Yhdessä haastattelussa asiaa tuotiin esiin seuraavasti: ”Mä oon erittäin tyytyväinen siihen chattiominaisuuteen, että siihen pystyy laittaa kommentteja ja kysymyksiä, jos siellä ollaan niinku kans yhtä lailla hermolla, niin sitten sitä kautta pystyy viestiin.”

Paremmiin suoriutuviin yksiköissä esiin nousi lisäinformaation tarve. Vastauksissa toivottiin enemmän informaatiota potilaasta, enemmän informaatiota mopedi monipotilas-tilanteista ja luottoa toisiin. Lisäksi yksikön sisäinen kommunikaatio nousi esiin Uoman käytön yhteydessä, kun hoitajat kertoivat kysyvänsä apua toisilta ja oppivansa peruskäyttöä kollegoiltaan. Sisäinen kommunikaatio nousi esiin samoissa asioissa myös heikommin suoriutuviin lähipalvelusairaaloissa.

Heikommin suoriutuviin lähipalvelusairaaloissa kysymyksessä 94 % vastaajista nosti esille Uoman vähentävän puheluja tai sanoi, että Uoman ansioista ei tarvitse hoitaa asioita puhelimitse. Samassa kysymyksessä yksittäinen hoitaja tarkensi puhelimesta asioiden sopimisen olevan työläämpää kuin Uomassa. Koettiin, että lisätietojen kysyminen on nopeaa Uoman kautta.

Avoimissa kysymyksissä, heikommin suoriutuviin yksiköissä, kommunikaatio nousi usean hoitajan vastauksissa esille. Hoitajat kaipasivat rehellisyyttä muilta lähipalvelusairaaloilta paikkatilanteidensa suhteen, yhteen hiileen puhaltamista, kun ollaan yhtenäistä hyvinvointialuetta, ja asiallista keskustelua osapuolten kesken. Lisäksi koettiin, että mopedi-tilannetta Tampereen päivystyksessä, jolloin potilaita tulee ottaa nopeasti, käytetään liian herkästi ja se tuntui epäreilulta. Hoitajat toivoivat myös, ettei suoritettaisi niin sanottua kermankuorintaa, eli otettaisi vain ”helppoja” potilaita omaan yksikköön ja jätettäisi haastavia muille.

*Aina välillä meistä tuntuu, että kaikki ei käytä sitä ihan rehellisesti, että siellä välttämättä ei näy onko paikkoja vai eikö oo paikkoja... mutta yhteishenki sen käytössä, että joka paikassa tehtäs työtä vähän niinku nyt Pirhassa ollaan niin samaan kimppaan.*

## 7 OHJEIDEN LUOMINEN UOMAN KÄYTTÖNOTON PARANTAMISEKSI

Opinnäytetyön kehittämistoimenpiteenä tehtiin ohje heikommin suoriutuville yksiköille, millä haluttiin kehittää potilastietojärjestelmä Uoman käyttöönottoa ja käyttöä Pirkanmaan lähipalvelusairaaloissa perustuen tutkimustuloksiin (liite 5). Haastattelututkimuksen tulosten perusteelta ohjeeseen kirjattaviksi asioiksi nousivat: tunnukset kaikille yksikössä työskenteleville, hoitohenkilökunnan koulutus Uoman käytön aloituksen yhteydessä ja lisäkoulutus tarvittaessa, kommunikation siirtäminen Uomaan, ohjelmistoon kirjattavien tietojen standardointi / paikansa pitävyys ja ajan resursointi Uomaan, kuten koordinaattori, joka huolehtii potilasvirrasta.

Tällä hetkellä Uoman käyttöön koulutetaan hoitohenkilökunta sen käyttöönoton yhteydessä. Tavoitteena on, että kolmasosa henkilökunnasta olisi koulutettuna ennen aloitusta, minkä jälkeen henkilökunta voi kouluttaa toisiaan ohjelmiston käyttöön. Koulutusten lisäksi tarjolla on tallennettua materiaalia koulutuksista ja ohjeet Uoman käyttöön itse ohjelmiston yhteydessä. Uomaan toivotaan henkilöstöresurssia jokaiselta hyvinvointialueelta, mutta tämä on hyvinvointialueiden ja yksiköiden päätettävissä, resursoidaanko Uomaan erikseen vastuuhenkilöä. Uoma on ollut Pirkanmaalla osassa yksiköissä käytössä jo seitsemän vuotta, joten yksiköihin on syntynyt omia käytäntöjä ohjelmiston suhteen. (Valkonen 2023.)

Luvussa 6.1 käsiteltiin ohjelmiston käyttöä ja sen mahdollistajia. Positiivisiksi tekijöiksi nähtiin ohjelmiston yksinkertaisuus ja selkeys. Positiivisena tuloksissa nähtiin myös tilanne, jossa kaikilla yksikön hoitajilla oli tunnukset. Kuitenkin heikommin suoriutuviissa yksiköissä kerrottiin, ettei tunnuksia ole kaikilla. Jos tunnukset on kaikilla, pääsevät kaikki näkemään potilasliikenteen Uoman kautta, eikä tunnuksettomien tarvitse turvautua vaihtoehtoisin reitteihin, kuten puheliimeen, potilasta siirrettäessä. Tästä tiivistettiin ohjeeseen seuraava kohta: Luo Uoma-tunnukset kaikille yksikössä työskenteleville.

Koulutuksen suhteen ero oli selkeä paremmin ja heikommin suoriutuviissa yksiköissä (luku 6.2). Heikommin suoriutuviissa yksiköissä suurin osa hoitajista koki, ettei ole saanut koulutusta, kun taas paremmin suoriutuviissa yli puolet koki saaneensa koulutusta ohjelmiston käyttöön. Heikommin suoriutuviissa yksiköissä

hoitajat eivät osanneet myöskään käyttää kaikkia Uoman toimintoja, kuten potilaan siirtämistä yksiköstä ulospäin Uoman avulla. Koulutuksella on siis tulosten mukaan vaikutusta siihen, miten Uomaa käytetään yksikössä. Tästä tiivistettiin ohjeeseen seuraavat kohdat: Kouluta hoitohenkilökunta Uoma-ohjelmistoon sen käyttöönoton tai työn perehdytyksen yhteydessä. Tarjoa lisäkoulutusta matalalla kynnyksellä.

Luvussa 6.4 käsiteltiin hoidon jatkuvuutta ja Uoman käytön kiertotapoja. Heikommien suoriutuviissa yksiköissä käytettiin Uoman käytön kiertotapoja, kuten puhelinta, potilaiden tai potilastietojen siirtämiseen useammin kuin paremmin suoriutuviissa yksiköissä. Tämä voi myös vaikuttaa suoriutumisarvoon, koska kaikki siirrot eivät kirjaudu Uomaan ja yksikön suoritusarvo laskee. Kun kaikki potilassiirrot ja kommunikaatio siirretään Uomaan, vähenee puhelinliikenne, joka koettiin perustyötä keskeyttäväksi ja stressaavaksi. Hoidon jatkuvuus ja laatu myös paranee, kun hoitaja voi palata sähköiseen siirtopyyntöön, kun hänellä on enemmän aikaa perustyöltään. Tämä tiivistettiin ohjeeseen seuraavasti: Siirrä kaikki potilassiirrot tapahtuvaksi Uoman kautta.

Useammassa kysymyksessä ja teemassa (6.4 ja 6.5) tuli esille molemmissa ryhmissä, että potilastietoja vääristellään, potilaista valehdellaan Uoma-raportissa tai tiedot ovat vajavaisia eli Uomassa annettu potilasraportti ei ole totuudenmukainen. Lähipalvelusairaalat voivat siirtää potilaita myös toisilleen ja jokaisessa lähipalvelusairaalassa on mahdollisuus lähettää potilaita jatkohoitoon Uoman kautta. Siksi tärkeää onkin tiedon riittävyys, standardointi ja paikkansa pitävyys. Tämä tiivistettiin ohjeeseen seuraavasti: Ohjeista kirjaamaan potilastiedot Uomaan totuudenmukaisesti ja kattavasti.

Luvussa 6.3 käsiteltiin Uomaan liittyviä resursseja ja organisatorisia tekijöitä. Näissä tuloksissa tuli ilmi, että kun yksi henkilö koordinoi Uoman kautta tulevia potilaita, kokivat hoitajat, että käyttö oli sujuvampaa, koska sitä ei tarvinnut tehdä muun työn ohella. Resurssit hoitotyössä koettiin muutenkin rajallisena, joten aikaa Uoman käytölle ei aina löytynyt. Potilastilanteesta ajan tasalla pysyminen ja Uoman käyttö oman työn ohella koettiin raskaaksi ja resurssit menivät perustyyöhön. Ei myöskään tiedetty, kuka henkilöstöstä tietää kenet on koulutettu Uoman käyttöön, mikä liittyy myös edelliseen lukuun. Tämä kaikki voitaisiin ratkaista

Uoma-vastuuhenkilöllä, joka olisi ajan tasalla osaston potilastilanteesta ja hoitajien koulutustilanteesta. Tästä tiivistettiin ohjeeseen seuraavat kohdat: Resursoi aikaa Uoman käytölle. Käytä Uoma-koordinaattoria vuorossa mahdollisuuksien mukaan ja määritä yksikköön vastuuhenkilö, joka osaa ohjeistaa Uoman käytössä ja tietää hoitohenkilökunnan perehdytyksen tilan.

Ohje tehtiin ohjeistusmuodossa pitäen näkökulmana, että ohjeistus lähetetään lähipalvelusairaaloiden osastonhoitajille tai apulaisosastonhoitajille. Nämä henkilöt eivät välttämättä käytä Uomaa, mutta ovat vastuussa yksiköstä ja sen ohjelmistojen käytöstä. Henkilöt, jolle ohje lähetetään, voivat käyttää sitä apuna henkilöstönsä tarpeiden ja osaamisen ylläpitämisessä.

Ohje kulkee kronologisessa järjestyksessä: Hoitajan saapuessa yksikköön tulee hänelle turvata tunnukset, koulutus ja hoitajan tulee käyttää Uomaa sille tarkoitetulla tavalla eli kaikkien siirtojen tulee tapahtua Uoman kautta. Tiedot potilaista on kirjattava asianmukaisesti. Lisäksi ohjeeseen lisättiin resursointia koskeva asia, jolla voidaan helpottaa hoitajien jokapäiväistä työtä, kun kaikkien ei tarvitse olla vastuussa potilassiirroista, vaan yksi henkilö on tilanteen tasalla ja näin voidaan vähentää muiden työkuormaa potilasliikenteen osalta.

Ohje haluttiin pitää mahdollisimman yksinkertaisena, joten asiat pyrittiin tiivistämään lauseeseen tai kahteen, jotta ohjeet olisivat helpot ja nopeat lukea. Työ otsikoitiin ”kohti parempia potilassiirtoja”, josta lukijalle selviää, mitä hyötyä ohjeiden seuraamisesta on yksikölle. Lisäksi alakulmaan lisättiin teksti, jossa tuodaan esille, että ohjeet perustuvat YAMK-opinnäytetyöhön ja tulokset ovat nousseet Uomaa käyttäviltä hoitajilta tutkimushaastattelussa. Tällä haluttiin lisätä ohjeen painoarvoa, sillä ohjeet perustuvat opinnäytetyön tuloksiin perustuvaan tutkittuun tietoon ja tulevat näin itse Uoman käyttäjiltä. Taustaksi valikoituivat Uoma-ohjelmiston värit ja logo, koska tällöin ohje on helppo yhdistää ohjelmistoon. Tausta, fontti ja kuviot valittiin myös pitäen mielessä yksinkertaisuus ja nopealukuisuus. Jos ohjeista olisi lähdetty tekemään liian monisanaisia tai -sivuisia, voisi se vähentää vastaanottajan motivaatiota lähteä perehtymään niihin. Yksinkertaisiin ja tiiviisiin ohjeisiin on helppo perehtyä ja palata, kun ohjeen ydintä ei tarvitse etsiä useiden lauseiden seasta. Kuviolla kuvataan askel askeleelta tapahtuvaa polkua kohti tarkoituksenmukaista Uoman käyttöä vastaanottajan yksikössä.

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Opinnäytetyöllä haettiin vastauksia tutkimuskysymyksiin: mitkä tekijät vaikuttavat sähköisen potilassiirtojärjestelmän tarkoituksenmukaiseen käyttöön lähipalvelusairaaloissa, miten lähipalvelusairaaloissa voidaan edistää hoitohenkilökunnan sujuvaa Uoman käyttöä ja minkälaista tukea lähipalvelusairaaloiden hoitohenkilökunta kokee tarvitsevansa Uoman käytössä. Tarkoituksenmukaisella käytöllä tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä tilannetta, jossa kaikki lähipalvelusairaalaan saapuvat potilaat ilmoitetaan Uoman kautta ja näin tilastoituvat Uoman omiin järjestelmiin, joista myös opinnäytetyössä käytetyt suoritumisarvot ovat tulleet.

Opinnäytetyön tavoite oli kehittää potilassiirtojärjestelmä Uoman käyttöönottoa ja käyttöä lähipalvelusairaaloiden jatkohoitopaikoissa luomalla siihen ohje tutkimustuloksiin perustuen. Tutkimustulosten perusteella tehtiin seitsemänportainen ohje, jonka avulla lähipalvelusairaalat voivat parantaa Uoman käyttöä yksiköissään. Ohjeen eri kohdat tulivat suoraan tutkimustuloksista. Tutkimustulokset ovat monipuoliset ja näitä ohjeen kohtia seuraamalla Uoman käyttö paranee yksiköissä. Ohjetta voi käyttää myös Uoman käyttöönotossa uusissa yksiköissä, koska se etenee kronologisesti ohjelmiston käyttöönotosta alkaen. Ohje on siis monipuolinen ja yleispätevä ja sen avulla voi kehittää Uoman käyttöä yksiköissä. Opinnäytetyön tavoite saavutettiin.

### 8.1 Tutkimustulosten johtopäätökset ja arviointi

Sähköisen potilassiirtojärjestelmä Uoman tarkoituksenmukaiseen käyttöön lähipalvelusairaaloissa vaikuttivat ohjelmiston yksinkertaisuus, hoitajien tunnusten saatavuus, kaiken potilasliikenteen siirtäminen Uomaan ja lähipalvelusairaalan resurssit Uoman käyttöön. Lisäksi tarkoituksenmukaista käyttöä voidaan lisätä mahdollistamalla ohjelmiston käyttö hoitajien työrytmiin sopivana toimintona.

Yleisesti lähipalvelusairaaloissa ohjelmiston selkeys ja yksinkertaisuus helpottivat sen käyttöä. Ohjelmiston käytöstä oli myös huolehdittu infrastruktuurin näkökulmasta, sillä hoitajille oli tarpeeksi koneita ja niissä oli ohjelmiston käyttömah-

dollisuus. Fennelly ym. (2020) mukaan infrastruktuurin parannus tai hankinta sisältäen ohjelmiston, laitteet ja huonekalut ovat kriittisen tärkeitä potilastietojärjestelmien implementoinnissa (Fennelly ym. 2020).

Etenkin heikommin suoriutuviissa lähipalvelusairaaloissa tuotiin esille, että kaikilla hoitajilla ei ollut Uoma-tunnuksia käytössä. Kun hoitajalla ei ole tunnuksia, turvautuu hän luultavasti muiden tapojen, kuten puhelimen käyttöön siirrettäessä potilaita jatkohoitoon. Puuttuvat tunnukset voivat estää Uoman tarkoituksenmukaista käyttöä ja tätä voitaisiin parantaa varmistamalla tunnukset kaikille yksikössä työskenteleville hoitajille. Tällöin kaikki potilaat ja potilaistiedot siirtyisivät Uoman kautta ja tilastoituisivat järjestelmiin. Ohjelmiston käytön kiertäminen puuttuvien tunnusten vuoksi voi osittain selittää, miksi jokin lähipalvelusairaala näyttäytyy heikommin suoriutuvana. Pelkkä infrastruktuurin mahdollistaminen ei siis riitä parantamaan tarkoituksenmukaista käyttöä vaan hoitajille tulee huolehtia myös tunnukset ohjelmistoon.

Uoman lisäksi puhelinta ja faksia käytettiin potilaiden tai potilastietojen siirtoon. Puhelimen käyttö tuotiin usein esille, kun potilaasta tarvittiin lisätietoja tai potilas siirtyi jatkohoitopaikkaan tai paikasta, jossa ei ollut Uomaa käytössä. Saranto ym. (2021) tutkimuksessa puhelinta tai faksia käytettiin, kun potilaasta saadut tiedot olivat puutteellisia ja vaaransivat näin hoidon jatkuvuuden. Myös tilanteissa, kun hoitoon liittyi useita tahoja, kuten palvelukoti ja erikoissairaanhoido, käytettiin puhelinta tai faksia. Potilasta koskevien tietojen siirto koettiin haasteelliseksi ja työtä vaativaksi. (Saranto ym. 2021.)

Uoman tarkoituksenmukaisessa käytössä kaikki potilaat siirtyvät Uoma kautta, joten esiin tullutta puhelimen käyttöä tulisi vähentää. Tällöin kaikki potilaat, myös omasta päivystyksestä ja toisista yksiköistä, siirtyisivät Uoman kautta. Fraczkowski ym. (2020) tutkimuksessa todetaan, että hoitajat ovat kertoneet sähköisen dokumentaation olevan kompastuskivi ja aikaa vievää. Hoitajat ovat myös tottuneet dokumentoimaan useita tehtäviä yhtä aikaa, joten hoitajat kokivat käytettävät työkalut rajallisiksi. Tällöin he keksivät innovatiivisia ratkaisuja kokemiinsa ongelmiin. Tällaiset kiertotavat altistavat yleisesti virheille ja epätarkoituksenmukaisille seurauksille. (Fraczkowski ym. 2020.) Omasta päivystyksestä paikkaa tie-

dusteltaessa voidaan kokea helpommaksi raportin antaminen saman puhelun aikana kuin potilaan kirjaaminen erikseen siirrettäväksi Uoman kautta. Tämä kuitenkin vääristää Uoman tilastoja ja potilaiden siirtäminen oli yleisempää vaihtoehtoista reittiä käyttämällä, kuten puhelinta, heikommin suoriutuvissa yksiköissä. Puhelimen tai suullisen raportin kautta siirtyminen varmasti selittää osaltaan tulosta, miksi lähipalvelusairaalat näyttäytyivät heikommin suoriutuvina. Jotta Uomaa käytettäisiin tarkoituksenmukaisesti, jatkossa kaikki siirrot tulisi dokumentoida myös Uomaan, jotta tilastollisesti lähipalvelusairaalan suoriutuminen esittäytyisi oikein.

Riski Uoman ohi siirtämiselle kasvaa, jos hoitajalla ei ole resursseja käyttää ohjelmistoa. Lähipalvelusairaaloissa on vastausten perusteella liian vähän resursseja, jotta työt hoituisivat toivotulla tavalla. Etenkin heikommin suoriutuvissa yksiköissä työntekijät kokivat, että heillä ei ole tarpeeksi aikaa työpäivänsä aikana Uoman käyttöön. Hoitajien aika meni potilastyössä, jonka he priorisoivat toimistotyön edelle. Potilaiden sähköinen vastaanottaminen on yksi oleellinen osa lähipalvelusairaalan arkea, mutta vajailla resursseilla sitä on mahdoton toteuttaa toivotusti. Tästä seurasikin usein puheluita potilaita lähettävistä yksiköistä, joissa tiedusteltiin, onko lähipalvelusairaalassa paikkaa vai ei. Vastaanottavan yksikön hoitajan työ keskeytyi, hän ei ollut ehtinyt koneelle tarkistamaan Uomaa, eikä välttämättä tiennyt paikkatilannetta. Hän ei näin pystynyt hoitamaan perustyötään kunnolla keskeytyksen vuoksi, eikä välttämättä pystynyt vastaamaan puhelimesta esitettyyn kysymykseen. Tämä lisää stressiä ja työtä. Lisäksi tämä voi osaltaan selittää tutkimustulosta, miksi osa heikommin suoriutuvista yksiköistä näyttäytyy heikompana. Kun hoitaja ei ehdi koneelle, reagointiaika kasvaa ja yksikön suoriutumisarvo laskee.

Useampi hoitaja nosti esiin kehitysehdotuksia ohjelmiston suhteen (luku 7). Yleisesti kaivattiin mobiiliversiota ohjelmistosta. Nykyinen puhelinversio nähtiin riittämättömänä ja siihen kaivattiin lisätoimintoja. Fennelly ym. (2020) tutkimuksessa mainitaan, että asiantuntijoiden mukaan palvelun tarjoajan tulisi harkita sekä mobiili- että työpisteverzioita laitteista, työrytmiin sopivia toimintoja ja huomioida loppukäyttäjän mieltymyksiä käytettävyyden suhteen. (Fennelly ym. 2020.) Hoitajat nostivat esille, että eivät ehdi olla jatkuvasti koneella ja puhelin kulkee mukana

perustyössä. Uoman käyttöä voisikin siis tehostaa versio, jossa puhelimesta olevalla mobiiliversiolla voisi tehokkaammin vastata uusiin paikkatiedusteluihin tai muihin kysymyksiin. Tällä voitaisiin parantaa reagointiaikaa ja vähentää puhelimesta tapahtuvia siirtoja, eli parantaa yksikön suoritumisarvoa. Mahdollistamalla työrytmiin sopiva mobiiliversio voitaisiin vähentää edestakaisin kansliassa kävelyä ja usein mainittuja puhelinsoittoja potilassiirron perään, kun hoitaja ei ehdi koneelle vastamaan Uomaan. Tämä vähentäisi myös perustyön jatkuvaa keskeytymistä.

Lähipalvelusairaaloiden hoitohenkilökunta koki tarvitsevansa tukea Uoman käytössä sen aloituksen yhteydessä koulutuksen tai perehdytyksen muodossa. Koulutuksen suhteen tutkimuksen tulos oli heikommin suorituvissa yksiköissä samansuuntainen Saranto ym. (2021) tekemän tutkimuksen kanssa, jossa 59-60% vastaajista koki, että työnantajan tarjoama koulutus potilas- tai asiakastietojärjestelmiin oli puutteellinen (Saranto ym. 2021). Tarve koulutukselle tai perehdytykselle yksiköissä nousi esiin hoitajan aloittaessa Uoman käyttöä. Hoitajat toivatkin esille, että ohjelmiston käyttö oli itse opittua tai he olivat saaneet perehdytyksen kollegoilta. Kysymykset hoitohenkilökunnan tuen tarpeesta ja Uoman tarkoituksenmukaisesta käytöstä nivoutuivatkin yhteen, sillä jos hoitaja osaa käyttää koulutuksen jälkeen Uomaa oikein, hän myös todennäköisesti käyttää sitä tarkoituksenmukaisesti.

Etenkin heikommissa lähipalvelusairaaloissa ohjelmiston itse oppiminen ja perehdytyksen puute nousivat esille, jolloin hoitajat turvautuivat kolleegaan, joka oli saattanut myös opiskella ohjelmiston itse. Hoitajia voidaan siis tukea varmistamalla perehdytys ja tarvittaessa lisäkoulutus. Virheen mahdollisuus kasvaa, kun kukaan ei ole saanut perehdytystä tai koulutusta ja hoitajat opettavat itse opittuja, mahdollisesti väärä, käytäntöjä toisilleen. Tämä voi osin selittää myös teeman ohjelmiston käyttö vastauksia, jossa heikommin suorituvissa lähipalvelusairaaloissa hoitajat kokivat, että Uoman käytössä voi tehdä virheitä, kun paremmin suorituvissa Uomaa osattiin käyttää virheettömämmin.

Useassa tutkimuksessa potilastietojärjestelmiin liittyen nostettiin esiin koulutus (Mulchan ym. 2021; Fennelly ym. 2020; Ratwani ym. 2016; Bani-issa ym. 2016) ja tuki (Fennelly ym. 2020; Ratwani ym. 2016; Schoville & Titler 2020). Fennelly

ym. (2020) toteaa, että peruskoulutus tietokoneen ja potilastietojärjestelmän käyttöön on avain onnistuneeseen potilastietojärjestelmän implementointiin. Jatkuva koulutusta suositellaan sekä uudelle että vakituiselle henkilökunnalle optimoidakseen heidän järjestelmänsä käyttöä. (Fennelly ym. 2020.) Yksiköille pitäisi olla ympärivuorokauden avoinna oleva tuki koulutuksen lisäksi (Ratwani ym. 2016). Jokaiseen yksikköön voitaisiin nimetä ”superkäyttäjä”, joka antaisi henkilökohtaista ajantasaista apua ja pysyisi henkilökunnan tavoitettavissa, joko puhelimitse tai paikan päällä, tarjotakseen lisätukea (Mulchan ym. 2021).

Tarjoamalla hoitajille koulutusta Uomasta, kun he saapuvat töihin yksikköön, voidaan tutkimustulosten mukaan edistää hoitohenkilökunnan sujuvaa Uoman käyttöä. Hoitajille tulisi myös tarjota täydennyskoulutusta, mikäli he kokevat, että eivät osaa käyttää Uomaa oikein tai kokevat sen käytön haasteelliseksi. Heikommin suoriutuviissa lähipalvelusairaaloissa tuotiin esille, että kukaan ei tiedä, kuka perehdyttää ohjelmiston käyttöön tai ei tiedetä, kenet on perehdytetty. Ei ollut myöskään selvää, mistä tukea voisi saada, jos sitä tarvitsee. Määrittelemällä vastuuhenkilöt huolehtimaan Uoman perehdytyksestä voidaan pitää yllä listaa, ketkä on perehdytetty ja ketkä vielä kaipaavat koulutusta. Yhden henkilön ollessa vastuussa perehdytyksestä osaavat koulutusta tai tukea kaipaavat hoitajat kääntyä hänen puoleensa ja tietävät saavansa apua. Tätä kirjallisuudessa ”superkäyttäjäksi” määritettyä henkilöä voisi ohjelmiston mukaan kutsua Uoma-vastuuhenkilöksi.

Uoman sujuvaa käyttöä lähipalvelusairaaloissa voidaan edistää nimeämällä Uoma-vastuuhenkilö eli henkilö, joka on vastuussa Uoman käytöstä yksikössä ja tietoinen henkilöstön perehdytyksen tilasta. Lisäksi sujuvaa käyttöä voidaan edistää potilasraportoinnin parantamisella ja tiedon standardoimisella, vapautuvien paikkojen ennakoimisella ja kommunikation parantamisella eri hoitolaitosten välillä. Viimeiseksi mainituilla voidaan parantaa myös potilaiden hoidon jatkuvuuden laatua.

Uoma-vastuuhenkilö eli henkilö, joka koordinoi potilasliikennettä Uomassa, nähtiin positiivisena. Myös opinnäytetyön käsitteellisessä viitekehysessä ”superkäyttäjä” ts. hoitaja, joka on perehtynyt järjestelmään ja jolta saa tukea tarvittaessa tuotiin esii (Chang ym. 2016; Ratwani ym. 2016; Schoville & Titler 2020;

Fennelly ym. 2020.) Mulchan ym. (2021) tutkimuksessa ajankäytöllisten esteiden vuoksi hoitotyön ammattilaiset toivat esiin suuremman henkilökunnan tuen tarpeen terveydenhuollon siirroissa suunnittelun ja dokumentoinnin suhteen. He ehdottivat, että yksi henkilö suunnittelisi ja koordinoisi siirrot, joka klinikalla. Tällaisia koordinaattoreita on koitettu ja näiden menestys riippui klinikoiden erityispiirteistä (esim. henkilökunta, rahoitus, nähty tarve viralliselle siirto-ohjelmalle ja potilas-massat). (Mulchan ym. 2021.)

Kun yksi ihminen on vastuussa Uomasta esimerkiksi Uoma vastuuhenkilön roolissa, voidaan potilasvirtaa paremmin hallinnoida. Tämä vastuuhenkilö siis tietää potilaspaikkatilanteen, sekä saapuvat ja lähtevät potilaat. Kuitenkaan joka lähipalvelusairaalassa ei ollut erikseen resursoitu henkilöä tähän tehtävään ja se saattoi olla tehtävä lisänä muiden työtehtävien päälle. Sujuva Uoman käyttö vaatii sen, että Uoma-vastuuhenkilön muuta työtä on kevennetty, eikä hän tee potilasliikenteen koordinointia oman työnsä ohessa. Tämä helpottaa kaikkien yksikössä työskentelevien työtaakkaa, kun potilasliikenteen hallinta on selkeästi organisoitua, eikä kaikkien tarvitse huolehtia tästä oman perustyönsä lisäksi.

Lähipalvelusairaaloissa positiivisena ja työtä helpottavana tekijänä nähtiin esitietojen paikkansa pitävyys ja hyvät esitiedot. Nämä helpottivat hoidon suunnittelua ja näin paransivat potilaan hoidon jatkuvuutta lähettävän ja vastaanottavan yksikön välillä. Väärät tai puutteelliset tiedot taas vaikeuttivat hoitoa ja potilaat saattoivat olla voimiltaan tai toimintakyvyltään hyvinkin erilaisia kuin mitä Uomassa oli potilaasta raportoitu. Heikommin suoriutuviissa yksiköissä nostettiin esiin vajaille tiedoilla siirtyvät ulkopaikkakuntalaiset, koska ryhmän potilaat koettiin haasteellisiksi hoidettaviksi tietojen puutteellisuuden vuoksi. Tietojen puutteellisuus johtui siitä, että hoitavassa yksikössä ei ollut ulkopaikkakuntalaisesta potilaasta mitään muuta tietoa kuin Uomassa raportoitu ja potilaan mukana saapuneet tulosteet. Samal ym. (2016) tutkimuksen mukaan potilastietojärjestelmät, jotka eivät toimi yhteneväisesti aiheuttavat tiedon puutetta, koska jatkohoitoon siirtyvät vain ambulanssille tulostetut paperit. Tämä aiheuttaa merkittäviä puutoksia hoidon jatkuvuuden koordinoinnin suhteen. (Samal 2016.) Opinnäytetyön kanssa samankaltaisesti Powell ym. (2020) tutkimuksessa nousi esille, että osastolla hoitajat kokivat, että raporteilla jätettiin pois tietoja. Saman tutkimuksen mukaan

myös muissa tutkimuksissa on todettu, että kaikki informaatio ei siirry raportilla. (Powell ym. 2020.)

Parhaimmillaan Uoma helpottaa hoitajien työtä, kun he ovat etukäteen voineet järjestää resurssit ja suunnitella potilaan jatkohoitoa, jos annetut esitiedot ovat paikkansa pitäviä. Tämä vaatii sen, että hoitajalla on ollut aikaa perehtyä potilaan tietoihin ennen potilaan saapumista, eikä hoitoa ole tarvinnut lähteä suunnittelemaan potilaan saapuessa kesken muiden töiden. Hoitaja saa tällöin toimia omien työrytmiensä mukaan ja tämä voi helpottaa myös stressiä ja kiireen tuntua. Jos taas hoitaja on suunnitellut hoidon ja yksikköön saapuukin erilainen potilas kuin on odotettu, voi tämä lisätä työtä ja aiheuttaa stressiä sekä kiirettä, kun suunnitelma joudutaan tekemään uusiksi potilaan saapumishetkellä.

Interventioita kommunikaation ja informaation siirtymisen parantamiseksi tarvitaan (Powell ym. 2020). Informaation standardointi siirtojen yhteydessä nähdään positiivisena usean tutkijan toimesta. Uskotaan, että sähköisen ohjelmiston käyttö lisää merkittävästi informaation siirtymisen tehokkuutta. (Johnson ym. 2016). Käyttämällä standardoitua kommunikaatio työkalua siirroissa, potilasdatan siirto paranee (Kelly ym. 2012). Hoitohenkilökunnan sujuvaa Uoman käyttöä voidaan siis edistää standardoimalla saatava informaatio. Uomassa on kentät, jotka täytyy täyttää ennen siirtoa, mutta sisältöä tai sen pituutta ei ole määritelty. Standardointi vaatii erityisesti työtä lähettävissä yksiköissä, kuten ensiavuuissa, jotta tiedot kirjataan oikein. Tätä tulee harjoittaa myös itse lähipalvelusairaaloissa, kun potilaita siirretään jatkohoitoon varmistamalla, että siirtyvien potilaiden tiedot ovat kirjattu oikein Uomaan. Vaikka kysymys on hoidon jatkuvuudesta, on se myös resurssillinen ongelma, sillä jos hoitajalla ei ole resursoitu aikaa Uoman käyttöön, voivat kirjaukset herkästi jäädä pintapuolisiksi.

Mainittavaa on, että molemmissa ryhmissä potilaspaikkojen hallinnassa viivettä loi pitkäaikaispaikkojen puute, kotiuttamisen venyminen myöhälle iltapäivään ja jatkohoitoon siirtymisen viiveet. Tämä luonnollisesti luo viivettä myös Uomassa uusien potilaiden hyväksymisen suhteen ja hoidon jatkuvuus kärsii potilaiden odottaessa jatkohoitoa erinäisissä yksiköissä. Herrigel ym. (2016) tutkimuksessa todetaan, että potilaiden siirtymiseen tarvitaan räätälöity menetelmä, jossa tulee ottaa huomioon tyyppillisten siirtymisten esteiden, eli aikaviiveiden, informaation

jakamisen ja toimijoiden monitulkinnallisuuden lisäksi organisaatiollisia esteitä. Organisaatiollisilla esteillä tarkoitetaan potilaspaikkojen hallintaa, joka lisää aikataulullisen haasteen kiinteiden ja usein ylikuormitettujen potilaspaikkojen vuoksi, sekä siirtojen koordinoitua yli useiden eri palveluntarjoajien aikataulujen. Siirtoja saattaa tapahtua useiden palvelujen tarjoajien kesken, jolloin yksi potilas otetaan sisään, kun toinen potilas poistuu. (Herrigel ym. 2016.)

Jatkohoitopaikkojen puute ja potilaspaikkojen hallinta luo hoidon jatkuvuudelle ongelman, jota ei yksinään Uoman käytöllä voida ratkaista. Päätösten venyminen pitkälle iltapäivään siirtää kaikkien potilaiden siirtymistä jatkohoitoon iltapäivään tai iltaan saakka. Osastot ottavat potilaita, kun saavat edelliset pois, kuten myös Herrigelin tutkimuksessa todetaan normaaliksi toimintavaksi. Sujuvaa Uoman käyttöä voitaisiin edistää, jos jo aiemmin päivästä tiedettäisiin, vapautuuko osastolle paikkoja, jolloin voitaisiin hyväksyä uusia potilaita ja aloittaa heidän jatkohoitonsa koordinoitua. Tämä tokikaan ei ole Uoman tai hoitajien ratkaistavissa, vaan on organisatorinen toimintatapa.

Molemmissa ryhmissä organisaatioiden sisäinen kommunikaatio koettiin positiivisena ja kollegoilta saatiin apua ja tukea hankalissa tilanteissa koskien Uomaa. Vastaavasti molemmissa ryhmissä yksikön ulkoinen kommunikaatio koettiin usein haastavana ja jopa vihaisena. Myös Rosenthal ym. (2016) tutkimuksessa hoitajat toivat esille negatiiviset suhteet eri terveydenhuollon yksiköiden työntekijöiden välillä ja useat lähettävien yksiköiden hoitajat kuvasivat kommunikaatiota vastaanottavien yksiköiden kanssa tylyksi, vaikeaksi ja epämiellyttäväksi (Rosenthal ym. 2016).

Johnson ym. (2021) toteaa sairaaloiden välisiä siirtoja käsittelevässä tutkimuksessaan, että palveluntarjoajien välisten suhteiden rakentaminen voi johtaa parempiin tuloksiin potilassiirroissa. Vaikutus voi olla suurempi sairaaloiden kesken kuin ensi- ja erikoispoliklinikoissa. Voidaan sanoa, että poliklinisilla toimijoilla on rajoitetut resurssit, joita sijoittaa yhteistyöyrityksiin. Näiden yritysten taustalla saattaa olla myös poliklinikoiden rooli yhteistyössä, etenkin jos ensi- tai erikoispoliklinikka on ”integraattorin” roolissa terveydenhuollossa, eli yhdistää eri tekijöitä. (Johnson ym. 2021.) Parantamalla kommunikaatiota hoitolaitosten ja ensiavun

välillä voidaan mahdollisesti parantaa hoidon koordinoitua, taata hoidon jatkuvuus, vähentää riskiä lääkevirheille ja parantaa hoidon laatua potilaiden kohdalla, joilla on suurempi riski lääketieteellisiin virheisiin, johtuen puuttuvista tai vajaista potilastiedoista. (Kelly ym. 2012.)

Molemmissa ryhmissä vastauksissa nousi esiin Acuta eli Tampereen yliopistollisen sairaalan päivystys ja sieltä saapuvat soitot. Acutan toiminta mainittiin useamman kerran negatiivissa yhteydessä niin tietojen puutteellisuuden kuin soittojenkin vuoksi. Kuten edellä mainittu Johnson ym. (2021) tutkimuksen mukaan ensiavulla voi olla erilainen rooli ja suhteiden rakentaminen voi olla haasteellista (Johnson ym. 2021), mutta lähipalvelusairaalat ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa päivystyksen kanssa. Sujuvaa Uoman käyttöä edistäisi yhteistyö molemmin puolin ja kommunikaation parantaminen. Yhteistyön parantaminen vaatii työtä, yhteisiä sääntöjä ja yhteen hiileen puhaltamista. Työskentely yhdessä voitaisiin aloittaa avoimella kommunikaatiolla siitä, mitä lähipalvelusairaalat kaipaavat ja mitä Acuta kaipaavat ja miten yhteiseen tavoitteeseen päästään parhaiten. Erinomainen ensiaskel on myös opinnäytetyön tutkimuksessa kehitetty chat-toiminto, jossa hoitajat voivat vapaammin viestiä keskenään ja käyttää mm. hymiöitä pehmentääkseen viestiään. Hoitajat pystyvät perustelemaan tilannetta ja viestimään vapaasti toisten yksiköiden kanssa.

## 8.2 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu

Uoman tarkoituksenmukaiseen käyttöön vaikuttaa resurssien puute, mikä näkyy niin, ettei hoitajilla ole tarpeeksi aikaa perustyönsä ohella käyttää Uomaa. Kun Uomaa ei käytetä, voi potilaita siirtyä ohjelmiston ohi, jolloin myös lähipalvelusairaan suoritusarvo Uomaan rekisteröityneistä tiedoista laskettuna voi olla virheellinen. Lähipalvelusairaalaan voi siirtyä potilaita muita reittejä, mikä tuli esiin yleisemmin heikommin suoriutuvissa yksiköissä. Kun yksi ihminen on vastuussa Uomasta esimerkiksi koordinaattorin roolissa, voidaan potilasvirtaa paremmin hallinnoida ja tällä hoitajalla on aikaa käyttää Uomaa. Kuitenkaan joka lähipalvelusairaalassa ei ollut resursoitu henkilöä tähän tehtävään erikseen ja tehtävä saattoi olla lisänä muiden työtehtävien päälle.

Hoitohenkilökunnan sujuvaa Uoman käyttöä lähipalvelusairaaloissa voidaan edistää varmistamalla tunnukset kaikille yksikössä työskenteleville hoitajille, huomioimalla hoitajien työrytmiin sopivat ohjelmiston sovellukset, kuten mobiiliversio, standardoimalla potilaasta saatava informaatio, koordinoimalla potilaiden hoitoa esimerkiksi ennakoimalla kotiutuvat ja jatkohoitoon siirtyvät, sekä tarjoamalla koulutusta ja varmistamalla koulutuksen ajantasaisuus ja tarve nimittämällä Uomasta vastuuseen henkilö, joka tietää, ketkä on koulutettu tai koulutuksen tarpeessa. Sujuvaan käyttöön vaikuttavat niin organisaation käytänteet kuin resurssit.

Jos lähipalvelusairaalassa on henkilö tai henkilöt, jotka on nimitetty vastuuseen Uomasta, voidaan lisätä tarkoituksenmukaisen käytön (kuten edellä avattu) lisäksi sujuvaa käyttöä. Tämä henkilö voi koordinoinnin lisäksi huolehtia tunnuksista, hoitohenkilökunnan koulutuksista ja niiden tarpeista. Työntekijöiden on helppo pyytää häneltä apua esimerkiksi näiden asioiden suhteen, koska he tietävät, että hän on niistä vastuussa ja osaa auttaa. Lisäksi vastuuhenkilöllä on ajantasainen kuva osaston tilanteesta ja hän voi ylläpitää hoidon jatkuvuutta ennakoimalla lähtevät ja tulevat potilaat. Virka-ajan ulkopuolellakin olisi hyvä yhden henkilön olla vastuussa yksikön potilasvirrasta, jolloin kokonaiskuva on parempi ja hoidon jatkuvuus laadukkaampaa.

Unitary Healthcare Oy:n puolelta voidaan sujuvaa käyttöä edistää kuulemalla hoitajien toiveet, miten helpottaa ja tukee sujuvaa Uoman käyttöä. Esimerkiksi mobiiliversio on yksi näistä eteenpäin vietävistä asioista, joka tapahtuu yhteistyössä Unitaryn ja lähipalvelusairaaloiden kesken. Tiedon standardointia voidaan myös edistää Unitaryn puolelta, kun käyttöönottokoulutuksissa painotetaan kattavaa ja paikkansa pitävää raportointia ohjelmiston kautta läpi eri yksiköiden.

Lähipalvelusairaaloiden hoitohenkilökunta koki tarvitsevänsä tukea perehdytyksen ja koulutuksen muodossa. Varmistamalla hyvä koulutus joko käyttöönoton tai töihin tulon yhteydessä voidaan tukea henkilökuntaa. Hoitohenkilökunnan tulee myös tietää, mistä saa apua tarvittaessa. Jälleen Uoma-vastuuhenkilön rooli nousee avaintekijäksi. Jos lähipalvelusairaalassa on selkeä ohje, keneltä saada tukea sitä tarvitessaan, on kynnyksensä kysymiselle matalampi. Henkilökunta voi saada tukea myös Unitary Healthcare Oy:ltä, mutta tämä ei vaikuttanut olevan

selvää lähipalvelusairaaloissa. Olisikin hyvä, että hoitajat tietäisivät, kuinka ottaa yhteyttä Unitaryyn ongelman ilmetessä.

Kaikissa tutkimuskysymyksissä yhteisenä tekijänä nousi esiin Uoma-vastuuhenkilön merkitys. Voidaan siis pitää avaintekijänä Uoman käytön kannalta, että joku yksikössä koordinoi käyttöä ja on tietoinen ohjelmiston mahdollisuuksista ja mahdollisista päivityksistä. Uoman laajentuessa aina uusille hyvinvointialueille ja yksiköihin on siis suositeltavaa, että jokaiseen yksikköön määritetään vastuuhenkilö. Tällä voidaan helpottaa koko yksikön työtaakkaa ja ohjata resursseja oikein. Näin voidaan myös koordinoida hoitoa ja varmistaa hoidon jatkuvuus. Hoitajien lisäksi myös potilas hyötyy ohjelmiston käyttämisestä oikein. Lähipalvelusairaaloissa suoritettujen haastatteluiden perusteella saadut tulokset ovat siis laajennettavissa myös muiden yksiköiden, kuten sairaalan osastojen, käyttöön yli hyvinvointialueiden rajojen.

### **8.3 Opinnäytetyön luotettavuus**

Kvalitatiivisen tutkimuksen reliabiliteettia arvioitaessa toistettavuus ei voi olla mittari, eikä laadullisen tulkinnan osuvuutta voi verrata tilastollisen mallin osuvuuteen. Selvästi rajattua aineistoa voi arvioida kiinnittämällä huomiota ainakin aineiston merkittävyyteen ja sen yhteiskunnalliseen tai kulttuuriseen paikkaan, aineiston riittävyyteen, analyysin kattavuuteen ja analyysin arvioitavuuteen ja toistettavuuteen. (Apo ym. 1990, 47-48.)

Aineistoa voidaan pitää riittävänä ja tutkimuksen aikaista tilannetta kuvaavana. Aineistossa toistuivat tietyt asiat ja teemat on luotu näiden ympärille. Mikään tulos ei nojaa yksittäisen haastattelun antamaan vastaukseen, vaan esitetyt tulokset ovat useamman vastaajan esiin nostamia. Tutkimuksessa esitetään myös yksittäisten hoitajien vastauksia, koska ne on nähty tilannetta kuvaavina, mutta tulokset eivät perustu näihin. Analyysia on tehty laajasti ja yhdistetty sitä abduktiivisen tavan mukaisesti teoriaan. Suuri osa tutkimuksen tuloksista on yhteneväisiä jo aiemmin tutkitun kanssa, vaikka sähköisiä potilassiirtojärjestelmiä on tutkittu vielä verrattain vähän.

Aineiston merkittävyyttä tutkittaessa haastattelusta analysoidaan tiedon aitoutta. Haastattelu on poikkeuksellinen tilanne, joten on tärkeä pohtia aineiston todellisuutta ja sen luonnollisuutta. Riittävyttä mitataan aineiston kylläntymisellä: kun uudet tapaukset eivät tuo enää uutta tietoa, aineiston kerääminen voidaan lopettaa. Kattavuudella tarkoitetaan, ettei analyysi perustu satunnaisiin poimintoihin. Jos aineistoa on liikaa, tutkija turvautuu helposti selailulta vaikuttaviin perusteluihin. Analyysin arvioitavuudella tarkoitetaan, että lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyä ja että hänelle annetaan mahdollisuus hyväksyä tutkijan näkemykset tai riitauttaa ne. Toistettavuus tarkoittaa, että toinen tutkija päätyy samoihin tuloksiin soveltamalla yksiselitteisesti esitettyjä luokittelu- ja tulkintasääntöjä. (Apo ym. 1990, 49-50, 52-53.) Reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Esimerkiksi kahden arvioijan päätyessä samaan tulokseen voidaan tulosta sanoa reliaabeliksi. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2013, 231.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereiksi on määritetty tutkimuksen luotettavuus/todellisuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Luotettavuudella tarkoitetaan, että tutkimustulokset ovat totuudenmukaisia eli vastaavat tutkittavaa ilmiötä. Totuudellisuutta arvioidaan dokumentaation tarkkuuden perusteella, ulkopuolisten arvioiden tulisi pystyä tarkistamaan koodaus, ryhmittely ja tulkinta. Muiden pitäisi tulla myös samaan lopputulokseen aineiston pohjalta. Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistämään vaan ymmärtämään. Kuvamalla tarkasti ilmiön lähtökohtatilanteen ja oletukset, voi siirtäjä näistä päätellä, onko tulokset siirrettävissä hänen tilanteeseensa. Riippuvuudella tarkoitetaan sitä, päätyvätkö ulkopuoliset tulkitsijat samaan tulokseen, jolloin tulkintaa voidaan pitää oikeana. Kuitenkaan laadulliseen tutkimukseen ei ole yhtä ainoaa oikeaa vastausta, mutta riippuvuus pitää tämän oletuksen sisällään. Vahvistettavuutta arvioidessa aineisto ja tulkinta luetaan sillä, jota se koskee. Jos informantti luettuaan vahvistaa tutkijan tulkinnan ja tutkimustulokset, voidaan tutkimuksen katsoa olevan luotettava tutkittavan kannalta. (Kananen 2015, 353-354.)

Haastateltavia hoitajia tuli suunniteltua enemmän ja näin aineiston laajuus oli suurempi kuin odotettiin (N=25). Haastattelussa kysyttiin hoitajien mielipiteitä ja pyrittiin näkemään ilmiö, tässä tutkimuksessa Uoman käyttö, heidän näkökantanaan. Mielipiteitä on yhtä paljon kuin ihmisiä ja näin ollen, jos olisi haastateltu useampaa ihmistä, olisi varmasti noussut vielä enemmän uusia mielipiteitä tai

kehitysehdotuksia. Kuitenkin 25 haastateltavalla saatiin käsitys ilmiöstä, koska vastauksissa alkoi toistua tietyt teemat ja hoitajien käyttämät fraasit. Joissain kysymyksissä, esimerkiksi tiedusteltaessa Uoman miellyttävyyttä subjektiivisesti, kylläänntyminen vastauksissa tuli nopeasti, sillä molemmissa tutkittavissa ryhmissä suurin osa oli sitä mieltä, että Uoma on subjektiivisesti miellyttävä, yksittäisiä poikkeuksia lukuun ottamatta. Vastaajien määrää voidaan pitää riittävänä opinnäytetyön laajuuteen nähden, koska tutkimuksesta saatiin tuloksia, jotka eivät nojaa yksittäisiin mielipiteisiin ja jotka ovat yleistettävissä.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa tarkka kuvaus tutkimuksen toteuttamisesta koskien kaikkia vaiheita. Tutkijan tulisi siis kertoa aineiston tuottamisen olosuhteet tarkasti, selvästi ja totuudenmukaisesti. Tällä tarkoitetaan, että kerrotaan haastatteluiden olosuhteista ja paikoista, joissa aineistot kerättiin, haastatteluihin käytetty aika, häiriötekijät, mikäli niitä esiintyi, virhetulkinnat ja tutkijan oma itsearviointi tilanteesta. Luokittelusta tulisi kertoa luokittelun syntymisen juuret ja perusteet. (Hirsijärvi ym. 2013, 232.)

Opinnäytetyössä on kuvattu tarkasti, miten haastattelu on suoritettu, missä, koska ja kuinka kauan haastattelut ovat kestäneet. Työssä on kuvattu myös yksittäiset häiriötekijät. Haastatteluja suoritettaessa yksi vastaajista kuuli kysymykset etukäteen tehdessään samalla omia töitään tietokoneella, kun yksikön toista hoitajaa haastateltiin. Häneen vaikuttivat näin osittain kollegan vastaukset, koska yhdessä vastauksessa hän myötäili kollegansa kertomia asioita. Kuitenkin haastattelua voidaan pitää luotettavana, koska hoitaja kertoi asiat omasta näkökulmastaan, vaikka hänen mielipiteensä oli ainakin yksittäisessä asiassa samankaltainen kuin kollegansa. Yksi haastattelu myös keskeytyi hetkellisesti toisen hoitajan kävellessä huoneeseen, mutta se ei vaikuttanut haastattelun kulkuun muuten, mutta haastattelu keskeytyi alle minuutiksi, kun huoneeseen saapuneelle hoitajalle annettiin ohjeistus odottaa huoneen ulkopuolella. Näitä lukuun ottamatta haastattelut olivat hyvin rauhallisia ja yksityisiä tilanteita, joissa hoitajille pyrittiin luomaan kiireetön ja turvallinen tila sanoa, mitä mieltä he asiasta omasta näkökulmastaan ovat.

Lisäksi luotettavuudesta tulee mainita, että kahdessa haastattelussa oli lievä kielimuuri haastateltavan ja tutkijan välillä. Haastateltavat puhuivat suomea, mutta

eivät ymmärtäneet kaikkia kysymyksiä kuten kollegansa. Myös osa numeraalisista vastauksista poikkesi hyvin paljon muuten lähipalvelusairaalan hoitohenkilökunnan antamista. Jatkokysymyksiin ja avoimiin kysymyksiin jätettiin ajoittain vastaamatta näissä haastatteluissa tai vastattiin hyvin lyhytsanaisesti, mikä vahvisti vaikutelmaa, että kysymystä ei välttämättä ymmärretty täysin. Kuitenkin haastattelut otettiin mukaan tutkimusaineistoon, koska hoitajat käyttivät Uomaa työssään. Yksittäisiä poikkeavia vastauksia voidaan pitää hyväksyttävänä ja otanta oli kuitenkin sen verran laaja, että yksittäinen vastaaja ei muuttanut koko tutkimuksen tulosta.

Tehty tutkimus oli laadullinen, mikä sopi ilmiön tarkasteluun, kun haluttiin tietää, miten hoitajat kokevat Uoman käytön. Laadullisella menetelmällä saatiin ymmärrys ilmiöstä, jota määrällisellä tutkimuksella ei olisi ollut mahdollista saada. Tutkimuksen toteuttaminen haastattelututkimuksena oli myös harkittu valinta. Alkuun mietittiin tutkimuksen toteuttamista sähköisellä kyselylomakkeella, joka olisi lähetetty kaikille hoitajille, jotka työskentelevät valituissa terveyskeskuksissa. Kuitenkin sähköiseen lomakkeeseen vastaaminen voi olla suppeampaa, omalta työltä ei välttämättä löydetä siihen aikaa ja avoimet kysymykset olisivat voineet helposti jäädä tyhjiksi. Vastaajamäärä olisi saattanut olla isompi, jos hoitajat olisi saatu vakuuttamaan tutkimuksen tärkeydestä, mutta jo näissä tuloksissa tuli ilmi, ettei hoitajilla ole aikaa istua tietokoneella työpäivänsä aikana ja vastailla edes tutkittavana olevaan Uomaan, joten tuskin kyselylomakkeen täyttämiseksi, ainakaan huolelliselle täyttämiseksi, olisi löytynyt aikaa. Myös työn tuomat keskeytykset olisi varmasti nähty tärkeämpänä kuin haastattelulomakkeeseen vastaaminen. Haastatteluilla hoitajan koko huomio saatiin tutkittavaan aiheeseen ja osa hoitajista vastasi erittäin laajasti haastattelukysymyksiin. Hoitajille saatiin myös olo, että heidän vastauksistaan ja mielipiteistään ollaan kiinnostuneita, kun tutkimus mentiin suorittamaan paikan päälle kasvokkain.

Abduktiivinen menetelmä osoittautui oikeaksi valinnaksi tutkimuksen edetessä. Yksittäisestä ilmiöstä olisi voinut lähteä tekemään yleistystä, mutta kirjallisuuden mukaan ottaminen oli hyödyllistä, koska nyt tutkimuksessa saatuja tuloksia tukee jo aiemmin tutkittu tieto. Näin tutkimuksessa saadut tulokset saavat vahvistusta, eivätkä nojaa ainoastaan tutkijan tekemiin havaintoihin. Tutkimuksesta ei voi

tehdä suoria yleistyksiä, sillä tutkimuksen aikainen ympäristö, ihmiset ja toimintatavat vaikuttavat tuloksiin. Vaikka kirjallisuus tukee saatuja tuloksia, ei tuloksia voi pitää jokaista hoitajaa koskevinä, mikä näkyy myös vastauksista: eivät kaikki hoitajat tutkimusryhmänsä sisälläkään olleet samaa mieltä väittämistä.

Haastattelulomakkeessa ei ollut mukana teoriaa potilassiirroista, joka on lisätty työhön haastattelujen jälkeen. Jälkikäteen tästä teoriasta olisi voinut saada kysymyksiin tarkentavia tekijöitä, kuten standardoinnin tärkeys siirto raportin aikana tai kommunikaation merkitys eri hoitolaitosten kesken. Nämä kuitenkin nousivat suuriksi tekijöiksi hoitajien vastauksissa. Jos näistä olisi osattu kysyä tarkemmin jo haastattelutilanteessa, olisiko tulos voinut olla tarkempi tai kuvata näitä ilmiöitä paremmin. Nyt hoitajat toivat nämä asiat esille avoimissa kysymyksissä, muiden teemojen yhteydessä. Esimerkiksi kommunikaatiota ei kysytty suoraan missään kysymyksessä, mutta se nousi omaksi teemakseen. Tämän ilmiön tutkimista olisi siis voinut parantaa, jos teoriaa olisi ollut enemmän ennen kysymyslomakkeen luomista.

#### **8.4 Opinnäytetyön eettisyys**

Suomessa tutkijaa ohjaavat kaikilla tieteenaloilla yleiset eettiset periaatteet. Nämä eettiset periaatteet ovat: tutkijan tulee kunnioittaa tutkittavien henkilöiden itsemääräämisoikeutta ja ihmisarvoa, tutkijan on kunnioitettava aineellista ja aineetonta kulttuuriperintöä ja luonnon monimuotoisuutta, sekä tutkijan pitää toteuttaa tutkimuksensa niin, että siitä ei koidu haittaa, vahinkoa tai riskejä tutkittavana oleville ihmisille, yhteisölle tai muille tutkimuskohteille. Eettiset kysymykset korostuvat tutkijan ja tutkittavan kohdatessa. Peruslähtökohta ihmiseen kohdistuvassa tutkimuksessa on tutkittavien luottamus tutkijoihin ja tieteeseen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019.)

Pitämällä haastattelut anonymieinä suojattiin haastateltavia ja saatiin totuudenmukaisia vastauksia. Anonymiydellä taattiin myös, että vastaukset eivät tuota haittaa työyhteisölle, jos vastauksissa oli esimerkiksi negatiivinen sävy oman yksikön toiminnasta tai organisaatioiden välisistä suhteista, koska ei voida yhdistää,

missä organisaatiossa ajatellaan toisesta vastauksen esille tuomalla tavalla. Tutkimuksesta ei koitunut haittaa kenellekään ja tutkittavat luottivat tutkijaan.

Keskeinen eettinen periaate ihmiseen kohdistuvassa tutkimuksessa on osallistujan tietoon perustuva suostumus. Kun tutkittava henkilö osallistuu tutkimukseen on hänellä oikeus 1) osallistua vapaaehtoisesti ja oikeus kieltäytyä osallistumasta, 2) keskeyttää tutkimukseen osallistuminen koska tahansa ilman, että siitä syntyy kielteisiä seurauksia hänelle, 3) perua suostumuksensa osallistumisesta tutkimukseen, 4) saada tutkimuksen sisällöstä, henkilötietojen käsittelystä ja käytännön toteutuksesta tietoa, 5) saada totuudenmukainen ja ymmärrettävä informaatio tutkimuksen tavoitteista ja mahdollisista haitoista, mitä osallistuminen voi tuoda ja 6) jos tutkija on muussa kuin tutkijan roolissa, tulee tutkittavaa informoida, että hän on tutkittavana. Tutkittavan antama lupa tutkimukseen osallistumisesta dokumentoidaan tutkijan toimesta. Tutkittavalle ei saa tulla tunnetta, että osallistuminen olisi pakollista tai pelon tunnetta kielteisistä seuraamuksista, jos hän kieltäytyy osallistumasta. Jos tutkittava keskeyttää tutkimuksen, siihen asti kerättyjä tietoja voidaan käyttää. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019.)

Tutkimusta varten tehtävät haastattelut suoritettiin eettisesti, noudattaen yleisiä eettisiä periaatteita. Kysymykset pohjattiin tieteeseen ja kysymykset etenivät haastattelulomakkeen mukaan, kuitenkin haastateltavan vastauksista riippuen hieman toisistaan poiketen. Haastateltavilla oli mahdollisuus kieltäytyä haastattelusta tai keskeyttää haastattelu koska tahansa. Tutkimuksessa ei käsitelty haastateltavien henkilötietoja, eivätkä haastateltavat tai vastaukset ole jäljitettävissä jälkikäteen. Kaikille haastateltaville annettiin Tampereen ammattikorkeakoulun opinnäytetyön tietosuojailmoitus, jossa kerrottiin tutkimuksen vapaaehtoisuudesta ja henkilötietojen käsittelystä (liite 3). Tutkittavien suostumus tutkimukseen kerättiin allekirjoituksen muodossa näiden tiedoksiantojen yhteydessä ja suostumus osallistumisesta dokumentoitiin (liite 4).

Kun tutkimus oli valmis, nauhoitetut ja auki kirjoitetut haastattelut poistettiin pysyvästi. Haastattelulomakkeet, joille merkintöjä oli tehty litteroinnin tueksi, tuhottiin, kun litteroinnit oli saatu valmiiksi. Suostumuslomakkeet, joilla pyydettiin tutkittavien lupa haastatteluun, tuhottiin tutkimuksen valmistuttua silppuamalla.

## 8.5 Jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksen haastatteluvastauksissa nousi esille usein päivystys ja sen vastakainasettelu lähipalvelusairaaloiden kanssa. Myös kirjallisuudessa käsiteltiin aihetta, että päivystyksen rooli poikkeaa muista sairaalan yksiköistä (Johnson ym. 2021.) Päivystyksen kautta kuitenkin kulkee eniten potilaita ja sieltä lähetetään eniten potilaita jatkohoitoon. Jatkotutkimuksena voisi siis tutkia päivystyksen roolia potilassiirroissa ja kuinka päivystyksen hoitaja voisi edistää hyvää potilassiirtoa hyvinvointiteknologian avulla.

Tutkimuksen teoreettista viitekehystä tehtäessä nousi esille, ettei potilassiirroista, saati sähköisistä potilassiirtojärjestelmistä, ole tehty suomalaista tutkimusta. Jatkotutkimusehdotuksena esitetään tutkimusta siitä, millainen on hyvä potilassiirto ja miten siinä voi hyödyntää terveys- ja hyvinvointiteknologiaa.

Uoma-potilassiirtojärjestelmän käyttö laajeni jo opinnäytetyön teon aikana uusille hyvinvointialueille. Sähköistä potilassiirtoa pidetään kirjallisuudessa hyvänä, mutta kansainvälisestä tutkimuksesta puuttui tutkimus sähköisen potilassiirron ohjelmistoista. Uoman käyttöönottoa tukisi tutkittu tieto siitä, kuinka paljon Uoma säästää hoitajan aikaa verrattuna perinteiseen menetelmään eli potilaan siirtämiseen puhelinraportilla. Jatkotutkimusehdotuksena voisi pitää tutkimusta, jossa Uoman käyttöönoton yhteydessä tutkittaisiin, paljonko hoitajalla menee aikaa potilaan siirtoon ennen Uomaa verrattuna esimerkiksi potilassiirtoon kuluvaan aikaan kaksi kuukautta Uoman käyttöönoton jälkeen.

## LÄHTEET

Afrikan, F., Kara, H., Erdogan, E. & Ulker, F. 2022. Barriers to Adoption of Electronic Health Record Systems from the Perspective of Nurses. *CIN: Computers, Informatics, Nursing* 4/2022. Viitattu 1.1.2023 <https://oce-ovid-com.libproxy.tuni.fi/article/00024665-202204000-00005>

Aird, T., Holditch, C., Culgin, S., Vanderheyden, M., Rutledge, G., Encinareak, C., Perri, D., Edward, F. & Boyd, H. 2022. An analysis of a novel Canadian pilot health information exchange to improve transitions between hospital and long-term care/skilled nursing facility. *Journal of Integrated Care* 19.9.2022. Viitattu 19.8.2023 <https://www-emerald-com.libproxy.tuni.fi/insight/content/doi/10.1108/JICA-03-2022-0022/full/html>

Apo, S., Ehrnrooth, J., Eskola, K., Heiskala, R., Hoikkala, T., Montonen M., Mäkelä, K., Nuolijärvi, P., Sulkunen P., Tigerstedt, C., Vilkkö, A. & Mäkelä, K. (toim.) 1990. *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*. Helsinki: Gaudeamus

Bani-issa, W., Yateem, N., Makhzoomy, I. & Ibrahim, A. 2016. Satisfaction of health-care providers with electronic health records and perceived barriers to its implementation in the United Arab Emirates. *International Journal of Nursing Practice* 1.8.2016. Viitattu 1.1.2023 <https://onlinelibrary-wiley-com.libproxy.tuni.fi/doi/10.1111/ijn.12450>

Blijleven, V., Hoxha, F. & Jaspers, M. 2022. Workarounds in Electronic Health Record Systems and Revised Sociotechnical Electronic Health Record Workaround Analysis Framework: Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research* 15.3.2022. Viitattu 13.12.2022 <https://www.jmir.org/2022/3/e33046>

Boyd, J., Roberts, D., Leigh, J. & Stelfox, H. 2018. Administrator Perspectives on ICU-to-Ward Transfers and Content Contained in Existing Transfer Tools: a Cross-sectional Survey. *Journal of General Internal Medicine* 26.7.2018. Viitattu 19.8.2023 <https://link-springer-com.libproxy.tuni.fi/article/10.1007/s11606-018-4590-8>

Chang, C-P., Lee, T-T., Liu, C-H. & Mills, M. 2016. Nurses' Experiences of an Initial and Reimplemented Electronic Health Record Use. *CIN: Computers, Informatics, Nursing* 4/2016. Viitattu 8.1.2023 [https://journals-lww-com.libproxy.tuni.fi/cinjournal/Fulltext/2016/04000/Nurses\\_\\_Experiences\\_of\\_an\\_Initial\\_and.7.aspx](https://journals-lww-com.libproxy.tuni.fi/cinjournal/Fulltext/2016/04000/Nurses__Experiences_of_an_Initial_and.7.aspx)

Craig, K., Willis, V., Gruen, D., Rhee, K. & Jackson, G. 2021. The burden of the digital environment: a systematic review on organization directed workplace interventions to mitigate physician burnout. *Journal of the American Medical Information Association* 3/2021. Viitattu 8.1.2023 <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.libproxy.tuni.fi/33463680/>

Davidson, G., Austin, E., Thornblade L., Simpson, L., Ong, T., Pan, H & Flum, D. 2017. Improving transitions of care across the spectrum of healthcare delivery: A multidisciplinary approach to understanding variability in outcomes across hospitals and skilled nursing facilities. *The American Journal of Surgery*

3/2017. Viitattu 15.8.2023 <https://www-sciencedirect-com.libproxy.tuni.fi/science/article/pii/S0002961016310613?via%3Dihub>

Dobrow, M., Bytautas, J., Tharmalingam, S. & Hagens, S. 2019. Interoperable Electronic Health Records and Health Information Exchanges: Systematic Review. JMIR Publications 6.6.2019. Viitattu 8.1.2023 <https://medinform.jmir.org/2019/2/e12607/>

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. E-kirja. Tampere: Vastapaino. Viitattu 19.2.2023. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.ellibrary.com/reader/9789517685047>

Fennelly, O., Cunningham, C., Grogan, L., Cronin, H., O'Shea, C., Roche, M., Lawlor, F. & O'Hare, N. 2020. Successfully implementing a national electronic health record: a rapid umbrella review. International Journal of Medical Informatics 12/2020. Viitattu 4.1.2023 <https://www-sciencedirect-com.libproxy.tuni.fi/science/article/pii/S1386505620310650?via%3Dihub>

Fraczkowski, D., Matson, J. & Lopez, K. 2020. Nurse workarounds in the electronic health record: An integrative review. Journal of the American Medical Informatics Association 11.7.2020. Viitattu 13.12.2022 <https://academic.oup.com/jamia/article/27/7/1149/5870050?login=true>

Goodman, V. 2011. Qualitative Research and the Modern Library. E-kirja. Oxford: Chandos Publishing. Viitattu 13.1.2023. Vaatii käyttöoikeuden. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/tampere/reader.action?docID=1583645>

Grood, C., Leigh, J., Bagshaw, S., Dodek, P., Fowler, R., Forstere, A., Boyd, J. & Stelfox H. 2018. Patient, family and provider experience with transfer from intensive care unit to hospital ward: multicentre qualitative study. Canadian medical association journal 4.6.2018. Viitattu 15.8.2023 <https://www.cmaj.ca/content/190/22/E669>

Herrigel, D., Carroll, M., Fanning, C., Steinberg, M., Parikh, A. & Usher, M. 2016. Interhospital transfer handoff practices among US tertiary care centers: A descriptive survey. Journal of hospital medicine 4.4.2016. Viitattu 12.1.2023 <https://shmpublications-onlinelibrary-wiley-com.libproxy.tuni.fi/doi/10.1002/jhm.2577>

Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2022. Tutkimushaastattelu. E-kirja. Gaudeamus Oy. Viitattu 16.1.2022. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.ellibrary.com/reader/9789523458123>

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15.-17. painos. Helsinki: Tammi.

Hotus. n.d. Tutkimustiedon hakeminen. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 4.10.2023 <https://www.hotus.fi/tutkimustiedon-hakeminen/>

Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvoori, J. 2017. Tutkimushaastattelun käsikirja. E-kirja. Tampere: Vastapaino. Viitattu 17.1.2023. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.ellibrary.com/reader/9789517686112>

Johnson M., Sanchez, P. & Zheng, C. 2016. Reducing Patient Clinical Management Errors Using Structured Content and Electronic Nursing Handover. *Journal of nursing care quality* 9/2016. Viitattu 12.1.2023 [https://journals-lww-com.libproxy.tuni.fi/jncqjournal/Fulltext/2016/07000/Reducing\\_Patient\\_Clinical\\_Management\\_Errors\\_Using.9.aspx](https://journals-lww-com.libproxy.tuni.fi/jncqjournal/Fulltext/2016/07000/Reducing_Patient_Clinical_Management_Errors_Using.9.aspx)

Johnson, M., Liu, h., Sorra, J., Brock, J., Gass, B., Li, J., Miller Clouser J., Hirschman, K., Carpenter, D., Nguyen, H. & Williams, M. 2021. Development and psychometric properties of surveys to assess provider perspectives on the barriers and facilitators of effective care transitions. *BMC Health Services Research* 20.3.2021. Viitattu 5.7.2023 <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-06369-5>

Kananen, J. 2015. *Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun.* Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Kelly, N., Mahoney, D. & O'Malley, T. 2012. Use of a Transitional Minimum Data set (TMDS) to Improve Communication Between Nursing Home and Emergency Department Providers. *Journal of the American Medical Directors Association* 1/2012. Viitattu 15.8.2023 <https://www-sciencedirect-com.libproxy.tuni.fi/science/article/pii/S1525861011000934?via%3Dihub>

Konstantinidis, G., Anastassopoulos, G., Karakos, A., Anagnostou, E. & Danielides, V. 2012. A User-Centered, Object-Oriented Methodology for Developing Health Information Systems: A Clinical Information System (CIS) Example. *Journal of Medical Systems* 23.4.2010. Viitattu 23.1.2023 <https://link-springer-com.libproxy.tuni.fi/article/10.1007/s10916-010-9488-x>

Kyytsönen, M., Hyppönen, H., Koponen, S., Kinnunen, U-M., Saranto, K., Kivekäs, E., Kaipio, J., Lääveri, T., Heponiemi, T. & Vehko, T. 2020. Information systems as supporters of nurses' work: experiences by system brand. *Finnish Journal of EHealth and EWelfare* 13.10.2020. Viitattu 16.12.2022 <https://journal-fi.libproxy.tuni.fi/finjehew/article/view/95704>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 28.6.1994/559. Viitattu 24.1.2023 <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Mertens, F., Debrulle, Z. & Pype, P. 2020. Healthcare professionals' experiences of inter-professional collaboration during patient's transfers between care settings in palliative care: A focus group study. *SAGE Journals* 30.10.2020. Viitattu 12.1.2022 <https://journals-sagepub-com.libproxy.tuni.fi/doi/10.1177/0269216320968741>

Mulchan, S., Hinderer, K., Walsh, J., McCool, A. & Becker, J. 2021. Feasibility and use of a transition process planning and communication tool among multiple subspecialties within a pediatric health system. *Journal for specialists in pediatric nursing* 11.8.2021. Viitattu 12.1.2023 <https://onlinelibrary-wiley-com.libproxy.tuni.fi/doi/10.1111/jspn.12355>

Pirkanmaan hyvinvointialue. n.d. *Lähisairaalapalvelut.* Viitattu 7.7.2023 <https://www.pirha.fi/palvelut/palveluhakemisto/lahisairaalapalvelut>

- Powell, M., Brown, D., Davis, C., Walsham, J., Calleja, P., Nielsen, S. Mitchell, M. 2020. Handover practices of nurses transferring trauma patients from intensive care units to the ward: a multimethod observational study. *Australian Critical Care* 11/2020. Viitattu 19.8.2023 <https://www-sciencedirect-com.lib-proxy.tuni.fi/science/article/pii/S1036731420300540?via%3Dihub>
- Ratwani, R., Fairbanks, T., Savage, E., Adams, K., Wittie, M., Boone, E., Hayden, A., Barnes, J., Hettinger, Z. & Gettinger, A. 2016. Mind the Gap. A systematic review to identify usability and safety challenges and practices during electronic health record implementation. *Applied Clinical Informatics* 28.6.2016 Viitattu 5.1.2023 <https://www-thieme-connect-de.libproxy.tuni.fi/products/ejournals/pdf/10.4338/ACI-2016-06-R-0105.pdf>
- Roman, L., Ancker, J., Johnson, S. & Senathirajah, Y. 2017. Navigation in the electronic health record: A review of the safety and usability literature. *Journal of Biomedical Informatics* 3/2017. Viitattu 15.12.2022 <https://www-sciencedirect-com.libproxy.tuni.fi/science/article/pii/S1532046417300059?via%3Dihub>
- Rosenthal, J., Okumura, M., Hernandez, L., Li, S-T. & Rehm, R. 2016. Interfacility Transfer to General Pediatric Floors: A Qualitative Study Exploring the Role of Communication. *Academic Pediatrics* 9-10/2016. Viitattu 15.8.2023 <https://www-sciencedirect-com.libproxy.tuni.fi/science/article/pii/S1876285916301310?via%3Dihub>
- Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Teemoittelu. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarasto. Viitattu 19.2.2023 [https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_3\\_4.html](https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html)
- Samal, L., Dykes, P., Greenberg, J., Hasan, O., Venkatesh, A., Volk, L & Bates, D. 2016. Care coordination gaps due to lack of interoperability in the United States: a qualitative study and literature review. *BMC Health Services Research* 22.4.2016. Viitattu 12.1.2023 <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1373-y>
- Saranto, K., Koponen, S., Kivekäs, E. & Vehko, T. 2021. Assessments of nurses' experiences of patient and client information system usage in joint health care and social welfare services and overall in health care. *Finnish Journal of EHealth and EWelfare* 11.10.2021. Viitattu 16.12.2022 <https://journal-fi.libproxy.tuni.fi/finjehew/article/view/109932>
- Schoville, R. & Titler, M. 2020. Integrated Technology Implementation Model. *CIN: Computers, Informatics, Nursing* 11/2020. Viitattu 1.1.2023 [https://journals-lww-com.libproxy.tuni.fi/cinjournal/Fulltext/2020/11000/Integrated\\_Technology\\_Implementation\\_Model\\_.7.aspx](https://journals-lww-com.libproxy.tuni.fi/cinjournal/Fulltext/2020/11000/Integrated_Technology_Implementation_Model_.7.aspx)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2023. Hyvinvointialueet vastaavat sote-palvelujen ja pelastustoimen järjestämisestä 1.1.2023 lähtien. STM.fi 12.1.2023. Viitattu 25.1.2023 <https://stm.fi/hyvinvointialueet>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2023. Sosiaali- ja terveyskeskukset. STM.fi 17.1.2023. Viitattu 31.1.2023 <https://stm.fi/terveyskeskukset>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu 3/2019. Viitattu 8.1.2023 [https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden\\_eettisen\\_ennakoarvioinnin\\_ohje\\_2020.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf)

Unitary Healthcare. n.d. Uoma mukautuu asiakkaan tarpeisiin. Viitattu 16.12.2022 <https://unitary.fi/ominaisuudet/>

Valkonen, E. Avainasiakaspäällikkö. 2023. Unitary Healthcare Oy. Sähköpostiviesti 17.8.2023. Tampere

Valvira. n.d. Lähihoitajat. Valvira.fi. Viitattu 24.1.2023 [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet/hakemusohjeet/suomessa\\_koulutetut/lahihoitajat](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet/hakemusohjeet/suomessa_koulutetut/lahihoitajat)

Veenstra, G., Rietzschel, E., Molleman, E., Heineman, E., Pols, J. & Welker G. 2022. Electronic health record implementation and healthcare workers' work characteristics and autonomous motivation-a-before-and-after study. BMC Medical Informatics & Decision Making 22, 3.3.2022. Viitattu 24.1.2023 <https://bmc-medinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12911-022-01858-x>

## LIITTEET

### Liite 1. Haastattelulomake

#### Haastattelulomake

1. Tiedän mikä Uoma on *kyllä/ei*

jos vastaus on ei, haastattelu päättyy tähän

2. Käytän Uomaa: *päivittäin, viikoittain, kuukausittain, en koskaan*

jos vastaus on en koskaan, haastattelu päättyy tähän

3. Siirrän tai vastaanotan potilaita tai potilastietoja käyttämällä jotain muuta tapaa, kuin Uomaa (esimerkiksi puhelinta, faksia): *päivittäin, viikoittain, kuukausittain, en koskaan*

jos haastateltava siirtää: miten ja mikä on tähän syy/miksi

4. Uoma on mielestäni: *samaa – eri mieltä*
  - a. helppo oppia
  - b. helppo ohjelmisto muistaa
  - c. tehokas käyttää
  - d. helppo ohjelmisto käyttää virheettömästi
  - e. subjektiivisesti miellyttävä

mikäli haastateltava vastaa johonkin kohtaan 1-3, minkä koet olevan tähän syynä? / 4-5 mikä erityisesti tekee Uomasta tällaisen? (joka kohdan kartoitus)

5. Uoman käyttö on mahdollistettu tarpeeksi hyvin yksikössäni (päätelaitteet, tunnukset, ohjelmisto yms.) *samaa – eri mieltä*

mikäli haastateltava vastaa 1-3: mitä kaipaavat lisää / mitä yksiköstäsi mielestäsi puuttuu? / 4-5: mitkä tekijät erityisesti mahdollistavat Uoman käytön?

6. Olen saanut tarpeeksi perehdytystä/koulutusta Uoman käyttöön *samaa – eri mieltä*

mikäli haastateltava vastaa 1-3: mitä tai minkälaista perehdytystä/koulutusta kaipaisit lisää? / 4-5: millaista perehdytystä/koulutusta olet saanut?

7. Minulla on työpäiväni aikana tarpeeksi aikaa käyttää Uomaa *samaa – eri mieltä*

mikäli haastateltava vastaa 1-3: mitkä tekijät vievät mielestäsi sovelluksen käyttöön tarvittavan ajan yksikössäsi? / 4-5: onko Uoman käyttöön jollain tapaa erityisesti varattu aikaa yksikössäsi?

8. Uoma lisää työtaakkaani *samaa – eri mieltä*

mikäli haastateltava vastaa 3-5: miten sovellus lisää työtaakkaasi?

9. Uoma helpottaa työtäni *samaa – eri mieltä*

mikäli haastateltava vastaa vastaus 1-3: mitkä tekijät koet työtäsi hankaloittavaksi? / 4-5: miten sovellus helpottaa työtäsi?

10. Koen saavani tarvitsemani tuen Uoman käytössä, kun sitä tarvitsen *samaa – eri mieltä*

mikäli haastateltava vastaa 1-3: mitä tai minkälaista tukea kaipaisit lisää? / 4-5: mistä saat tukea ja millaista tukea?

11. Viive uusien potilaiden vastaanottamisessa johtuu potilaspaikkojen hallinnasta (esim. siirto sairaaloiden/terveyskeskuksien välillä, kotiuttaminen, pitkäaikaispotilaat tms.) *samaa – eri mieltä*

mikäli haastateltava vastaa 1-3: mikä on erityisen onnistunutta potilaspaikkojen hallinnassa/ potilaiden vaihtuvuudessa? / 4-5: Mikä potilaspaikkojen hallinnassa luo viiveen/jonon?

12. Mitä toivoisin Uomalta, kuinka sen käytettävyyttä voisi parantaa? Tai jos olet tyytyväinen ohjelmistoon, mihin olet erittäin tyytyväinen?

13. Onko jotain muuta mitä haluaisit nostaa esille Uomasta sovelluksena tai sen käytöstä?

## Liite 2. Likertin asteikko

Missä määrin olette samaa tai eri mieltä esitetystä väittämästä	
1	Täysin eri mieltä
2	Jokseenkin eri mieltä
3	En samaa, enkä eri mieltä
4	Jokseenkin samaa mieltä
5	Täysin samaa mieltä

## Liite 3. Opinnäytetyön tietosuojailmoitus

<b>Rekisterin nimi</b>	Sähköisen potilassiirtojärjestelmä Uoman käyttö Pirkanmaan terveyskeskuksissa: vahvuudet ja heikkoudet
<b>Päiväys</b>	9.2.2023
<b>Rekisterinpitäjä(t)</b>	Jenna Näykki, <a href="mailto:jenna.naykki@tuni.fi">jenna.naykki@tuni.fi</a> , 0414346949
<b>Ohjaaja tai oppilaitoksen yhteyshenkilö</b>	Heidi Peltolehto, <a href="mailto:heidi.peltolehto@tuni.fi">heidi.peltolehto@tuni.fi</a>
<b>Henkilötietojen käsittelytarkoitus ja käsittelyperuste</b>	<p>Henkilötietojasi käsitellään sähköiseen potilassiirtojärjestelmä Uomaan liittyvässä opinnäytetutkimuksessa. Tutkimuksessa selvitetään haastattelujen perusteella taustasyitä Pirkanmaan terveyskeskuksissa työskenteleviltä terveydenhuollon ammattilaisilta, miksi Uomaa käytetään tai ei käytetä sille tarkoitetulla tavalla.</p> <p>Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Henkilötietojen käsittelyperusteena on:</p> <p>a) suostumus. Suostumuksen voi peruuttaa milloin tahansa ilmoittamalla tästä rekisterinpitäjälle. Suostumuksen peruuttaminen ei vaikuta ennen suostumuksen peruuttamista suoritettujen käsittelyjen lainmukaisuuteen.</p> <p>Opinnäytetutkimuksen ohjaajalla voi olla pääsy aineistoon opinnäytetyön ohjaamista ja tarkastamista varten. Tällöin rekisterinpitäjänä on Tampereen ammattikorkeakoulu ja käsittelyperusteena yleisen edun mukainen opetustehtävä.</p>
<b>Henkilötietojen säilytysaika</b>	Opinnäytteen/opinnäytteiden valmistuttua aineisto ja henkilötiedot tuhoetaan.
<b>Rekisterin tietosisältö ja tietolähteet</b>	Siltä osin kuin ohjaajalla on pääsy aineistoon opinnäytetyön ohjaamista ja tarkastamista varten, ohjaajat ja tarkastajat käsittelevät henkilötietoja ainoastaan niin kauan kuin on tarpeellista työn hyväksymistä varten.
<b>Rekisteröidyn oikeudet</b>	Suostumuslomakkeelle pyydetään haastateltavan nimi, puhelinnumero ja sähköpostiosoite. Suostumuslomake on erillinen haastattelulomakkeesta, eivätkä vastaukset ole yhdistettävissä yksittäiseen haastateltavaan. Tiedot kerätään tutkittavilta itseltään.
<b>Rekisteröidyn oikeudet</b>	Tietosuojalainsäädännön mukaisesti sinulle kuuluu oikeus saada pääsy tietoihin, oikaista tietoja, oikeus tietojen poistamiseen (oikeus tulla unohdetuksi), rajoittaa tietojen käsittelyä ja vastustaa henkilötietojen käsittelyä. Jos haluat käyttää jotain oikeuttasi, ota yhteys rekisterinpitäjään.
<b>Oikeus valittaa viranomaiselle</b>	Sinulla on oikeus tehdä valitus henkilötietojen käsittelyä valvovalle viranomaiselle, jos epäilet henkilötietojasi käsiteltävän vastoin tietosuojalainsäädäntöä: tietosuoja.fi, puh: 0295666700, sähköposti: <a href="mailto:tietosuoja@om.fi">tietosuoja@om.fi</a>
<b>Henkilötietojen vastaanottajat</b>	Henkilötietojasi ei luovuteta ulkopuolisille.
<b>Rekisterin suojausten periaatteet</b>	Manuaalinen aineisto säilytetään lukitussa tilassa. Digitaalinen aineisto suojataan käyttäjätunnuksella ja salasalla. Aineistosta poistetaan suorat tunnistetiedot. Henkilötietoja ei siirretä suostumuslomakkeilta sähköiseksi.

## Liite 4. Suostumuslomake



1 (1)

**SUOSTUMUSLOMAKE**

Sähköisen potilassiirtojärjestelmä Uoman käyttö Pirkanmaan terveyskeskuksissa: vahvuudet ja heikkoudet

**Suostumus tutkimukseen osallistumiseksi**

Minua on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun tieteelliseen tutkimukseen, ja olen saanut kirjallista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijalla kysymyksiä. Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä peruuttaa suostumus ja keskeyttää tutkimus väliaikaisesti syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisina.

Annan suostumukseni tutkimukseen.

Paikka ja päivämäärä

---

Allekirjoitus

---

Nimenselvennys

---

Puhelinnumero

---

sähköpostiosoite

## Liite 5. Ohje lähipalvelusairaaloille tutkimustuloksiin perustuen

**Kohti parempia potilassiirtoja**

- o Luo Uoma-tunnukset kaikille yksikössä työskenteleville.
- o Kouluta hoitohenkilökunta Uoma-ohjelmistoon sen käyttöönoton tai työn perehdytyksen yhteydessä.
- o Tarjoa lisäkoulutusta matalalla kynnyksellä.
- o Siirrä kaikki potilassiirrot tapahtuvaksi Uoman kautta.
- o Ohjeista kirjaamaan potilastiedot Uomaan totuudenmukaisesti ja kattavasti.
- o Resursoi aikaa Uoman käytölle. / Käytä Uoma-koordinaattoria vuorossa mahdollisuuksien mukaan.
- o Määritä yksikköön vastuhenkilö, joka osaa ohjeistaa Uoman käytössä ja tietää hoitohenkilökunnan perehdytyksen tilan.

 **UOMA**

Varmista  
tarkoituksenmukainen  
Uoman käyttö yksikössäsi

*Ohjeet perustuvat YAMK-opinnäytetyön tuloksiin.  
Tulokset ovat nousseet tutkimushaastatteluisissa  
Uomaa käyttäviltä hoitajilta.*