

Leikkauspotilaan digihoitopolun kehittäminen Kanta-Hämeen keskussairaalaan

LAB-ammattikorkeakoulu

Terveystieteiden yksikkö (YAMK) Sosiaali- ja terveyspalvelujen digiasiantuntija

2024

Pilvi Wahlberg

Tiivistelmä

Tekijä(t) Pilvi Wahlberg	Julkaisun laji Opinnäytetyö, YAMK	Valmistumisaika 2024
	Sivumäärä 62, 2 liitesivua	
Työn nimi Leikkauspotilaan digihoitopolun kehittäminen Kanta-Hämeen keskussairaalaan		
Tutkinto ja koulutusala Terveystieteiden (YAMK) Sosiaali- ja terveystieteiden digiasiantuntija		
Toimeksiantajaorganisaatio (jos opinnäytetyöllä on toimeksiantaja) Kanta-Hämeen keskussairaala		
Tiivistelmä Digitalisaation myötä sosiaali- ja terveydenhuollon perinteisiä palveluja sähköistetään ja asiakkaiden vastuu oman terveytensä hoitamisesta kasvaa. Leikkauspotilaan digihoitopolun kehittäminen on ajankohtainen aihe, sillä terveydenhuoltoalan resursseja täytyy säästää. Digihoitopolun avulla terveydenhuollon ammattilaisten työpanosta saadaan kohdennettua oikein. Leikkauspotilaan digihoitopolun kehittäminen tukee Kanta-Hämeen hyvinvointialueen digistrategiaa. Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistyönä laadullisia menetelmiä käyttäen. Tarkoituksena oli selvittää leikkauspotilaiden digihoitopolkujen tilannetta kansallisella tasolla. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, millainen on toimiva leikkauspotilaan digihoitopolku. Tavoitteena oli selvityksen tulosten perusteella kuvata ehdotus toimintamallista, jota voidaan hyödyntää tulevaisuudessa leikkauspotilaan digihoitopolun kehittämisessä Kanta-Hämeen keskussairaalassa. Aineisto kerättiin teemahaastatteluilla ja vertaisarvioinnilla. Analyysimenetelmänä käytettiin teemoittelua. Tulosten mukaan digihoitopolun kehittäminen vie aikaa, mutta siihen kannattaa panostaa. Digihoitopolusta hyötyvät sekä terveydenhuollon ammattilaiset että asiakkaat. Kehittämistyön tuloksena syntyi ehdotus leikkauspotilaan digihoitopolun kehittämisestä.		
Asiasanat digitalisaatio, Kanta-Hämeen hyvinvointialue, leikkauspotilas, digihoitopolku		

Abstract

Author(s) Pilvi Wahlberg	Type of Publication Thesis, UAS	Published 2024
	Number of Pages 62, 2 pages of appendix	
Title of Publication A proposal how to develop a digital care pathway for surgical patients at Kanta-Häme Central Hospital		
Degree, Field of Study Master of Health Care		
Organisation of the client (if the thesis work is commissioned by another party) Kanta-Häme Central Hospital		
Abstract As a result of digitalization, traditional healthcare and social welfare services will be digitalised and clients' responsibility for taking care of their own health will increase. The development of a digital care pathway for surgical patients is a current topic, as there has to be savings in healthcare resources. With the help of the digital care pathway, the work input of healthcare professionals can be targeted correctly. The development of a digital care pathway for surgical patients supports the digital strategy of the Welfare District of Kanta-Häme. The thesis was implemented as research-based development work using qualitative methods. The purpose was to investigate the situation of digital care pathways for surgical patients at the national level and also to find out what is a proper digital care pathway like. Based on the results of the study, the aim was to describe a proposal for an operating model that can be utilised in the future in the development of the digital care pathway for surgical patients at Kanta-Häme Central Hospital. The material was collected through thematic interviews and peer review. Theming was used as the analysis method. According to the results, developing a digital care pathway requires time, but it benefits both healthcare professionals and customers. As the result was a proposal for developing a digital care pathway for surgical patients.		
Keywords digitalisation, the Welfare District of Kanta-Häme, surgical patient, digital care pathway		

Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Kehittämistyön lähtökohdat.....	2
2.1	Kohdeorganisaatio	2
2.2	Nykytila ja kehittämistarve	3
2.3	Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	5
3	Digitalisaatio	7
3.1	Digitalisaation vaikutus terveydenhuoltoon	7
3.2	Digitalisaation tuoma muutos terveydenhuollon johtamiseen.....	9
4	Leikkauspotilas erikoissairaanhoidossa	11
4.1	Potilaan palvelupolku erikoissairaanhoidossa.....	11
4.2	Potilaan digihoitopolku erikoissairaanhoidossa.....	13
4.3	Leikkaushoidonsuunnittelu	13
5	Lähestymistapa ja toteutus	17
5.1	Tutkimuksellinen kehittäminen.....	17
5.2	Aineiston keruu.....	18
5.3	Analyysi.....	22
6	Tulokset.....	27
6.1	Benchmarkkaus.....	27
6.2	Teemahaastattelut.....	28
6.2.1	Digihoidopolun käyttöönottoa edeltävät vaiheet.....	28
6.2.2	Moniammatillinen yhteistyö.....	30
6.2.3	Esihenkilön tuki.....	31
6.2.4	Digihoidopolun rakentaminen	32
6.2.5	Potilaan yksilöllinen huomioiminen	33
6.2.6	Potilaan eteneminen digihoitopolulla.....	34
6.2.7	Digihoidopolun sisältö.....	36
6.2.8	Ammattilaisten käyttökokemukset.....	38
6.2.9	Potilaspalautteet.....	40
7	Johtopäätökset ja ehdotus digihoitopolun käyttöönotosta	42
8	Pohdinta ja arviointi	46
8.1	Tulosten tarkastelu	46
8.2	Eettisyys ja luotettavuus	50
8.3	Jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotukset	53
	Lähteet	55

Liite 1. Infokirje haastateltavalle

Liite 2. Haastatteluteemat ja apukysymykset

1 Johdanto

Digitaalisia palveluita suunnitellaan, kehitetään ja otetaan käyttöön jatkuvasti. Digitalisaatio muuttaa merkittävästi myös sosiaali- ja terveysalan palvelujärjestelmää. Pelkästään Suomessa käytetään useita eri potilastietojärjestelmiä ja uusia digitaalisia ratkaisuja kehitetään jatkuvasti perinteisten terveydenhuoltopalvelujen rinnalle. Niin sanotut omahoitopalvelut osallistavat potilaita aikaisempaa enemmän. (Tuomikoski ym. 2020, 326.) Digitalisaatiosta puhuttaessa digiosallisuus ja sen edistäminen ovat Suomen ja Euroopan Unionin yksi keskeinen tavoite. Digiosallisuuden osa-alueet tulisi huomioida digiratkaisua suunnitellessa, toteuttaessa, käyttöönottaessa ja arvioidessa. (Kuusisto ym. 2022, 10, 13.)

Digipalvelujen painoarvo sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden strategiassa on korostunut viime aikoina. Digipalvelut voidaan sisällyttää hyvinvointialueen yleiseen strategiaan tai erilliseen digistrategiaan. (Pennanen ym. 2023, 20.) Digitalisaation avulla terveydenhuollon kustannuksia voidaan alentaa muun muassa hyödyntämällä tekoälyä töiden organisoimisessa ja kehittämällä keskitettyjä tietojärjestelmiä sekä tarjoamalla erilaisia etähoitopalveluita, jotka ovat edullisempia kuin paikan päällä tarjottavat palvelut. (Neittaanmäki ym. 2021, 198.) Maailman terveysjärjestö WHO on luonut maailmanlaajuisen digistrategian vuosille 2020–2025. Sen visiona on parantaa ihmisten terveyttä erilaisten digiratkaisujen avulla. Digistrategiassa otetaan huomioon terveydenhuollon asiakkaat, ammattilaiset ja organisaatiot. (World Health Organization 2021, 10–11.)

Leikkauspotilaan hoitoprosesseja on digitalisoitu kehittämällä digihoitopolkuja. Tästä esimerkkinä on Terveyskylä-sivusto, josta löytyy sekä potilaille että terveydenhuollon ammattilaisille erilaisia digitaalisia työkaluja. Terveyskylän ovat kehittäneet Suomen yliopistosairaalat ja sen sisältö kytkeytyy vahvasti yliopistolliseen tutkimustietoon. Näin ollen Terveyskylästä löytyvä tieto on luotettavaa. Omapolku-osiosta potilas löytää hoitoonsa ja tulevaan leikkaukseensa liittyvää tietoa. (Terveyskylä 2023a.)

Tämän opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimi Kanta-Hämeen keskussairaala. Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistyönä. Kehittämistyön tarkoituksena oli selvittää, millaisia digihoitopolkuja leikkauspotilaille on käytössä Suomessa ja miten niiden käyttö toteutuu käytännössä. Kehittämistyön tavoitteena oli kuvata ehdotus toimintamallista, jonka avulla Kanta-Hämeen keskussairaalassa voidaan tulevaisuudessa suunnitella ja ottaa käyttöön leikkauspotilaan digihoitopolku. Kehittämistyössä käytettiin laadulliselle tutkimukselle ominaisia menetelmiä. Aineisto kerättiin teemahaastatteluilla ja benchmarkkauksen eli vertaisarvioinnin avulla. Analyysimenetelmänä käytettiin teemoittelua. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää leikkauspotilaan digihoitopolun kehittämisessä Kanta-Hämeen keskussairaalassa.

2 Kehittämistyön lähtökohdat

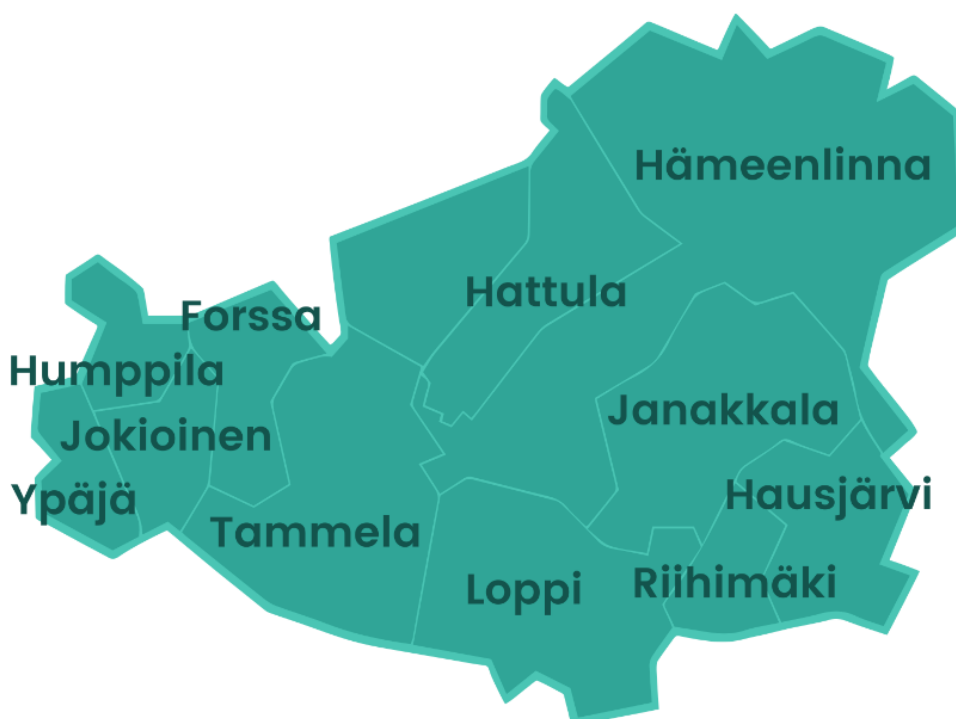
2.1 Kohdeorganisaatio

Kanta-Hämeen keskussairaala on Suomen viidenneksi suurin ei-yliopistollinen sairaala, jossa toimii ympärivuorokautinen päivystys. Kanta-Hämeen keskussairaalla on toimipisteet Hämeenlinnassa ja Riihimäellä. (Oma Häme 2023a.) Kanta-Hämeen keskussairaalla tehdään kuukausittain keskimäärin 200–250 päivystysleikkausta ja noin 450 elektivistä eli ennalta suunniteltua leikkausta. Vuositasolla leikkauksia tehdään yhteensä noin 7600–7700. (Lyytinen 2023.) Erikoisaloina ovat vatsaelinkirurgia, urologia, lasten kirurgia, yleiskirurgia, plastiikkakirurgia, verisuoni- ja thoraxkirurgia sekä ortopedia. Leikkaussaliolosuhteissa toimenpiteitä tehdään myös naistentautien, silmätautien ja korva-kurkku-nenätautien erikoisaloilla sekä anestesiaa eli nukutusta vaativissa suu- ja hammastoimenpiteissä. Tällä hetkellä leikkauksia tehdään ainoastaan Hämeenlinnassa. Hämeenlinnan lisäksi poliklinisia toimenpiteitä tehdään Riihimäen sairaalassa. Hämeenlinnan sairaalan leikkaus- ja toimenpideyksikön isolla puolella on 10 leikkaussalia ja niin sanottuja päiväkirurgisia saleja neljä. Tällä hetkellä kaikkia saleja ei kuitenkaan pystytä pitämään auki haastavan henkilökuntatilanteen vuoksi (Lyytinen 2023). Päiväkirurginen potilas kotiutuu tehdystä toimenpiteestä ja voinnistaan riippuen joko toimenpidepäivänä tai sitä seuraavana aamuna niin kutsutun yön yli-yksikön kautta. Isompien leikkausten jälkeen jatkohoito tapahtuu kirurgisella vuodeosastolla. (Kanta-Hämeen keskussairaala 2023a.)

Hämeenlinnaan ollaan parhaillaan rakentamassa uutta sairaalaa, jonka on määrä valmistua vuoden 2025 aikana. Muutto uusiin tiloihin on suunniteltu tapahtuvan vuonna 2026. Erikoissairaanhoidon lisäksi Ahveniston sairaalaan eli Assiin muuttavat muun muassa Tays Sydänsairaala, Fimlabin laboratoriopalvelut, perusterveydenhuollon vuodeosastoja sekä Pelastuslaitoksen sivupaloasema. Assissa tullaan käyttämään innovatiivista teknologiaa ja digitaalisia ratkaisuja. Leikkauspotilaiden hoidossa hyödynnetään jatkossa toiminnanohjausjärjestelmää, jonka kehittäminen on parhaillaan käynnissä. Toiminnanohjausjärjestelmän avulla tiettyjä toimintoja automatisoidaan ja lääkäreiden sekä hoitotyön ammattilaisten työaika voidaan keskittää potilastyön kannalta oleellisiin asioihin. Vuositasolla Assissa arvioidaan tehtävän noin 11 500 leikkausta. (Ahveniston sairaala 2023a; Ahveniston sairaala 2023b.)

Kanta-Hämeen keskussairaala kuuluu Kanta-Hämeen hyvinvointialueeseen, joka muodostuu Kanta-Hämeen 11 kunnasta (Kuva 1). Oma Häme vastaa kantahämäläisten sosiaali- ja terveystalouksista, pelastustoimesta sekä ensihoidon palveluista. Ennen hyvinvointialuee-

seen liittymistä 1.1.2023 Kanta-Hämeen keskussairaala kuului Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriin. (Oma Häme 2023b.) Oma Hämeen strategia perustuu arvoihin, jotka aluevaltuusto hyväksyi vuonna 2022. Nämä arvot ovat vaikuttavuus, rohkeus, yhdenvertaisuus ja asiakaslähtöisyys. (Oma Häme 2023c.) Asiakaslähtöisyyden perustana voidaan pitää hyvää asiakaskokemusta. Saarijärven ja Puustisen (2020, 34) mukaan digitalisaation myötä asiakaskokemus korostuu entisestään ja se on nostettu useassa organisaatiossa yhdeksi kehittämisen tavoitteeksi toiminnan näkökulmasta. Asiakkaan ja ammattilaisten välinen vuorovaikutus on muuttunut ja kosketuspisteitä on aikaisempaa enemmän.



Kuva 1. Kanta-Hämeen hyvinvointialueeseen kuuluvat kunnat (Oma Häme 2023d)

2.2 Nykytila ja kehittämistarve

Hänninen & Jaakkola (2023, 36–38, 42) selvittivät, minkälaisia toiveita Oma Hämeen asukkailla on digipalveluja koskien. Suurin osa kyselyyn vastanneista haluaisi käyttää etä vastaanottoa tai chat-palvelua terveydenhuollon ammattilaisen kanssa. Lisäksi vastaajat kokivat tärkeäksi sen, että digipalvelujen avulla palveluja voi käyttää ajasta ja paikasta riippumatta. Tulosten mukaan valtaosa vastaajista haluaisi saada esimerkiksi toimenpiteeseen valmistautumisohjeet ja esitietolomakkeet sähköisessä muodossa. Oma Hämeellä on käytössään joitain digitaalisia palveluita, kuten etä vastaanottoja, chat-palveluita ja sähköinen

ajanvaraus. Jotkut näistä palveluista ovat vain joidenkin Oma Hämeeseen kuuluvien kuntien käytössä, mutta tavoitteena on palveluiden yhtenäistäminen ja kehittäminen. (Oma Häme 2023e.) Kanta-Hämeen keskussairaalassa on käytössä sähköinen palvelualusta Oma Raitti. Oma Raittia kehitetään jatkuvasti ja tällä hetkellä sen kautta voi liittyä etä vastaanotolle ja täyttää joitain esitietolomakkeita. Hoitoaikani-aikajanan kautta asiakas näkee lähimenneisyydessä olleet sekä tulevat ajanvarauksensa. Oma Raitti-palveluun kirjaudutaan vahvalla tunnistautumisella, kuten henkilökohtaisilla pankkitunnuksilla tai mobiilivarmenteella. (Kanta-Hämeen keskussairaala 2023b.) Vuoden 2023 lopussa julkaistu Oma Häme-mobiilisovellus tarjoaa mahdollisuuden etäasiointiin terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Oma Häme-mobiilisovelluksesta kerrotaan enemmän luvussa 6.1.

Tässä kehittämistyössä keskitytään leikkauspotilaan digihoitopolkuun. Leikkauspotilaiden kohdalla Oma Raitista ja Oma Häme-mobiilisovelluksesta näkee tulevat ajanvaraukset, kuten varatun toimenpidepäivän ja puhelinhaastatteluaajan. Lisäksi Oma Raitin kautta voi täyttää leikkaukseen tulevan potilaan esitietolomakkeen. Lomaketta pääsee täyttämään vasta kun potilaalle on varattu käynti häntä hoitamaan yksikköön ja lomake on kohdistettu hänelle. Lomakkeen käyttöä pilotoitiin ensin muutamalla erikoisalalla. Pilottivaiheen jälkeen lomaketta on ollut mahdollista käyttää kaikilla erikoisaloilla, mutta tällä hetkellä terveydenhuollon ammattilaisen täytyy kohdistaa lomake manuaalisesti jokaiselle potilaalle erikseen. Toisena vaihtoehtona on täyttää perinteinen paperilomake, joka postitetaan potilaalle jo poliklinikakutsun mukana. Potilas täyttää lomakkeen ja tuo sen tullessaan poliklinikalle. (Uusitalo 2023; Vaahtovuo 2023.)

Oma Raittia käytetään leikkauspotilaalle myös leikkausta edeltävässä haastattelussa, jolloin hoitaja kohdistaa anestesiaesitietolomakkeen potilaalle ja täyttää lomakkeen haastattellessaan potilasta. Tällä hetkellä suurin osa leikkauspotilaista haastatellaan hoidonsuunnittelijan tai Leiko-yksikön hoitajan toimesta, mutta hoidonsuunnittelijat ja anestesiaälääkärit ovat laatineet yhdessä kriteerit, joiden perusteella osan potilaista voi jättää haastattele-matta. Tämä toimintamalli on otettu käyttöön vuonna 2023, mutta se ei ole vähentänyt puhelinhaastattelujen määrää merkittävästi. Kun potilas jätetään haastattele-matta, leikkaukseen valmistautumisohjeet lähetetään kutsukirjeen yhteydessä. Nykyään vain harva leikkauspotilas kutsutaan esikäynnille, useimmiten silloin, jos potilaan terveydentila vaatii anestesiaälääkärin normaalia tarkempaa kannanottoa leikkauriskeihin ja anestesia- muodon valintaan liittyen. Valtaosan kohdalla anestesiaälääkäri tutustuu potilaaseen anestesiaesitietolomakkeen perusteella näkemättä potilasta. (Kanta-Hämeen keskussairaala 2023b; Uusitalo 2023.)

Hoidonsuunnittelijat ovat keskeisessä roolissa leikkauspotilaan hoitopolun suunnittelu- ja toteutusvaiheessa. Kanta-Hämeen keskussairaalassa käytetään Lifecare-potilastietojärjestelmää. Leikkauspäätöksen tehnyt lääkäri asettaa potilaan leikkausjonoon, jonka jälkeen hoidonsuunnittelija kutsuu potilaan leikkaukseen Lifecaren leikkaushoito- ja kutsusovelluksia käyttämällä. Leikkauspäivän lisäksi hoidonsuunnittelija varaa tarvittavat tutkimukset ja esikäynnin tai -haastattelun sekä muokkaa potilaan kutsukirjeen erilaisia fraaseja käyttämällä. Kirjeen muokkaamisen jälkeen se tulostetaan ja postitetaan potilaalle. Tämä on aikaa vievää työtä, minkä lisäksi kirje ei välttämättä ehdi ajoissa perille. Näitä toimintoja digitalisoimalla hoidonsuunnittelijan työpanosta voitaisiin keskittää niihin toimintoihin, joihin tarvitaan hoitotyön ammattilaista. Digihoitopolkua käyttämällä potilas voisi täyttää esitietolomakkeen ja tutustua valmistautumisohjeisiin missä ja milloin haluaa. Lisäksi kaikki ohjeet olisivat tallessa digitaalisessa muodossa, eikä kirjetä tarvitsisi enää lähettää kaikille leikkauspotilaille. (Uusitalo 2023; Vaahtovuori 2023.) Leikkauspotilaan digihoitopolusta olisi hyötyä sekä Kanta-Hämeen keskussairaalalle, että sen potilaille. Digihoitopolun kautta potilas saa tietoa automaattisesti. Lisäksi jokainen potilas saa saman informaation riippumatta siitä, kuka varaa potilaalle ajan ja liittää digihoitopolulle. Potilaan ilmoittamat esitiedot ovat ajan tasalla ja ne siirtyvät sähköisesti ilman kaavakkeiden postittamista ja skannaamista. Tarvittaessa potilas saa yhteyden terveydenhuollon ammattilaiseen tietoturvalaisen viestitoiminnon kautta. (Rauhala 2024.)

Ennen uuden sairaalan valmistumista ja sinne muuttamista Kanta-Hämeen keskussairaalassa ollaan ottamassa käyttöön leikkaustoimintojen ohjausjärjestelmä. Leikkauspotilaan prosessikuvausta varten perustettiin Leikkauspäätöksestä kotiin-niminen projekti vuonna 2020. Projektin tarkoituksena oli saada kokonaisvaltainen käsitys kaikista niistä vaiheista, jotka linkittyvät leikkauspotilaan hoitoon. Tämä prosessikuvaus on välttämätön toiminnan ohjausjärjestelmän kannalta, jotta siitä saatava hyöty palvelee kaikkia leikkauspotilaan hoitoon osallistuvia henkilöitä. Leikkauspotilaan digihoitopolku tukee osaltaan Oma Hämeen digistrategiaa.

2.3 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Kehittämistyön tarkoituksena oli selvittää leikkauspotilaiden digihoitopolkujen tilannetta kansallisella tasolla. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, millainen on toimiva leikkauspotilaan digihoitopolku. Tiedontuottajina haastatteluissa oli leikkauspotilaan digihoitopolun parissa työskenteleviä hoitajia sekä digihoitopolkujen rakentamisen ja teknisen toteuttamisen tunteva henkilö vertaisarvioinnin kohteeksi valituista sairaaloista. Tavoitteena oli selvityksen tulosten perusteella kuvata ehdotus toimintamallista, jota voidaan hyödyntää tulevaisuudessa leikkauspotilaan digihoitopolun kehittämisessä Kanta-Hämeen keskussairaalassa.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Millaista hyötyä leikkauspotilaan digihoitopolku tuo leikkauspotilaan hoitoon osallistuvalla hoitohenkilökunnalle?
2. Millaista osaamisen uudistamista leikkauspotilaan digihoitopolun käyttöönotto edellyttää organisaatiossa?

3 Digitalisaatio

3.1 Digitalisaation vaikutus terveydenhuoltoon

Digitalisaatiolle on olemassa monia eri määritelmiä. Neittaanmäen ym. (2021, 11) mukaan digitalisaatio voidaan ajatella esimerkiksi perinteisten toimintatapojen muokkautumisena uuteen maailmaan, jolloin samalla uudet palvelut ja toimintamallit saavat alkunsa. Digitalisaation avulla voimme luoda paremmin toimivia palveluja kyseenalaistamalla nykyiset toimintatapamme ja käyttämällä uusinta teknologiaa apunamme. Digitalisaatiota voidaan tarkastella eri tasoilla, esimerkiksi yhteiskunnan tasolla tai yksittäisen toimijan, kuten organisaation tasolla. (Ilmarinen & Koskela 2015, 23.)

Teknologinen kehitys kiihtyy entisestään ja monet palvelut ovat siirtyneet digialustoille. Älylaitteet, koneoppiminen ja tekoäly tuovat uusia ratkaisuja sekä ammattilaisten että asiakkaiden ulottuville. Tämä muutos näkyy myös terveydenhuollossa, jossa jo nyt käytetään useita sähköisiä ratkaisuja. Asiakkaista tuotetaan dataa useaan eri digijärjestelmään, kuten potilastietojärjestelmään ja Kelan Kanta-arkistoon. Digiratkaisujen avulla osa terveydenhuollon ammattilaisten ja asiakkaiden välisestä fyysisestä vuorovaikutuksesta on jo jonkin aikaa korvattu videovastaanotoilla ja chat-palveluilla. Jatkossa etäpalvelujen kautta voidaan hyödyntää esimerkiksi erikoislääkäriä, kuten kirurgin, asiantuntijuutta paikassa, jossa ei ole paikallista osaamista. (Neittaanmäki ym. 2021, 12–13, 63–64.) Digiratkaisujen avulla asiakkaille voidaan periaatteessa tarjota palveluja aikaisempaa tasapuolisemmin, sillä digipalvelujen käyttö ei ole aikaan eikä paikkaan sidonnainen. Näin ollen myös syrjäseudulla asuvat henkilöt pystyvät käyttämään sellaisia palveluja, joita heidän ei muuten olisi mahdollista käyttää. Digitalisaation myötä asiakkaiden aktiivista osallisuutta omaan hoitoonsa voidaan tukea aiempaa paremmin. (Kaasalainen 2021, 179; Juntunen 2022, 4.) Samoin varsinkin syrjäseudulla työskentelevien terveydenhuollon ammattilaisten työhön voidaan saada helpotusta muun muassa etäkokousten ja –konsultaatioiden avulla (Sihvo ym. 2014, 16).

Digitalisaation myötä ammattilaisille jää enemmän aikaa kohdata potilaita, jotka tarvitsevat ammattilaisen osaamista. Palvelujen digitalisoiminen on myös kustannustehokasta, sillä tiettyjä toimintoja pystytään automatisoimaan esimerkiksi toiminnanohjausjärjestelmän avulla. Palveluista tulee myös paremmin saavutettavia, koska digipalvelut mahdollistavat terveysasioiden hoitamisen ajasta ja paikasta riippumatta. (Tuomikoski ym. 2020, 330.) Palveluita digitalisoimalla parannetaan palveluiden saatavuutta ja palveluiden monikanavaisuutta. Samalla terveydenhuoltopalveluista saadaan aiempaa kustannustehokkaampia ja palvelujärjestelmä kevenee rakenteellisesti. (Alén 2022, 20.)

Digitalisaation toteuttamisessa tarvitaan sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten, että asiakkaiden panosta. Sote-palvelut lähtevät asiakkaiden tarpeista ja ne pitää olla kaikkien saatavilla. Tämän takia on tärkeää arvioida palvelukohtaisesti, soveltuuko kyseinen palvelu toteutettavaksi digiratkaisun avulla. Palvelujen täytyy olla aina turvallisia ja laadukkaita asiakkaille, olivatpa palvelut perinteisesti toteutettuja tai digitaalisia. (Saranto ym. 2020, 182–188, 192.) Asiakkaat on hyvä ottaa mukaan jo uusien palvelujen suunnitteluvaiheissa, sekä hyödyntää heidän voimavarojaan myös palvelujen kehittämis- ja toteuttamisvaiheissa (Sihvo ym. 2014, 17). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) arvioi hyvinvointialueiden digipalvelujen kypsyystasoa palvelujen järjestämisvastuun siirtyessä kunnilta hyvinvointialueille. Kypsyystason arvioinnin tarkoituksena oli selvittää, millaisia valmiuksia hyvinvointialueilla on digipalvelujen tuottamiseen, kehittämiseen ja ylläpitämiseen liittyen. Arvioinnin tulosten avulla hyvinvointialueet ovat pystyneet suunnittelemaan ja toteuttamaan toimenpiteitä, joita tarvitaan yhdenvertaisten ja saavutettavien digipalvelujen kehittämiseen. Seuraava kypsyystason arviointi tehdään vuoteen 2025 mennessä, jolloin Suomen kestävä kasvun ohjelma (RRP) päättyy. (Pelkonen ym. 2023, 3, 6, 14.)

Useiden hyötyjen lisäksi digitalisaatioon liittyy myös haasteita. Etäkontaktissa on mahdollista, että asiakas ymmärtää asian väärin tai vuorovaikutus jää puutteelliseksi. Digipalvelujen käyttö ei ole kaikille helppoa eikä välttämättä edes mahdollista esimerkiksi tarvittavien laitteiden tai taitojen puuttuessa. Niin sanottu digitaalinen eriarvoisuus on maailmanlaajuisen ongelma. Siihen ei vaikuta pelkästään laitteiden saatavuus, vaan ennemminkin teknologian ymmärtäminen ja sen käyttötapa sekä sosiaaliset tekijät kuten ympäristö ja sosiaalinen asema. (Kaasalainen 2021, 173, 179.) Digitalisaatio muuttaa myös terveydenhuollon ammattilaisten työtä. Työtehtävät muuttuvat ja vaikka digiratkaisuilla saadaan usein helpotusta työntekoon, uuden opettelu vie alussa aikaa. Lisäksi uusien käytäntöjen oppiminen saattaa olla haastavaa. (Melarti 2023, 33.) Hyvinvointialueen sisällä olevien digipalvelujen käyttöä ei ole vielä saatu täysin yhtenäistettyä sote-uudistuksen myötä, eli digipalvelujen käytössä voi olla kuntakohtaisia eroja. Näin ollen yhdenvertaisuus palvelujen suhteen ei täysin toteudu asiakkaiden näkökulmasta. (Pennanen ym. 2023, 26–27.) Fyysiset palvelut, kuten lääkärin ja hoitajan vastaanotot, pitää säilyttää digipalvelujen rinnalla, sillä kaikkien henkilöiden ei ole mahdollista käyttää digipalveluita. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista säättää, että *jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä* (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992, 3 §).

Terveydenhuollon ammattilaisten perinteinen työnkuva ja toimintaprosessit ovat muuttuneet digitalisaation myötä. Etenkin hoitajien työhön on tullut paljon työtehtäviä, jotka ovat

ennemmin teknisiä kuin varsinaisesti hoidollisia työtehtäviä. Uudet työtehtävät monipuolistavat tehtävänkuvaa, mutta toisaalta myös haastavat opettelemaan uusia työskentelytapoja ja käyttämään digitaalisia työvälineitä. Lisäksi potilastietoja käsitellessä täytyy olla erityisen varovainen tietosuojan toteutumisen kanssa (Saranto ym. 220, 188).

Terveystieteiden digitalisaatio edellyttää uudenlaista teknologista osaamista ammattilaisilta. Ammattilaiset saattavat olla epävarmoja digiratkaisujen käyttöön liittyen ja sen takia motivaatio niiden käyttämiseen ei välttämättä ole kovin korkea. Myös tietynlaista muutosvastarintaa on havaittavissa. (Tuomikoski ym. 2020, 330–333; Pennanen ym. 2023, 41–43.)

Terveystieteiden ammattilaisen ja potilaan välinen hoitosuhde ja vuorovaikutus eroavat perinteisestä fyysisestä kontaktista. Järvisen (2020, 5, 7) mukaan hoitohenkilöstön täytyy olla motivoitunut, jotta työnkuvan muutokseen suhtaudutaan myönteisesti. Henkilöstön täytyy myös tietää, mitä lisäarvoa ja hyötyä digitaalinen palvelu tuo käytännön työhön. Terveystieteiden digiratkaisujen kautta terveydenhuollon ammattilaisille voi myös tulla uusia nimikkeitä, kuten digihoitaja. Potilaan ohjaamisen ja tukemisen merkitys hoitajan työssä korostuu entisestään palvelujen digitalisoituessa (Kivekäs ym. 2019, 27). Työtä on myös mahdollista tehdä kokonaan etänä tai lähi- ja etätöiden yhdistävällä hybridimallilla. Etätöitympäristön on todettu olevan vähemmän stressaava ja rauhallisempi kuin perinteinen fyysinen työympäristö. Näin ollen etätö voi olla jopa työhyvinvointia lisäävä tekijä. (Laitinen 2024, 44.)

3.2 Digitalisaation tuoma muutos terveydenhuollon johtamiseen

Digitalisaation myötä työkuultuuri on muuttunut. Työntekijät eivät enää pysy samassa työsuhteessa vuosikymmeniä kuten aiemmin oli tapana. Työntekijöiden täytyy oppia jatkuvasti uutta ja mukautua muutoksiin ja nopeasti vaihtuviin tilanteisiin. Tekoälyn avulla joitain työtehtäviä voidaan siirtää ihmiseltä koneelle. Samalla syntyy uusia työpaikkoja, joiden tarkkaa sisältöä on tässä vaiheessa vaikea ennustaa. Tekoäly ja robotit eivät kuitenkaan kykene vielä pitkään aikaan korvaamaan kokonaan ihmisen tekemää työtä. (Neittaanmäki ym. 2021, 32–33.) Nämä muutokset vaativat johtamiselta muutosta, sillä teknologia kehittyy jatkuvasti ja muuttaa terveydenhuoltoalaa muun muassa erilaisten tietojärjestelmien myötä. Organisaatioiden täytyy tunnistaa muutokset sisäisissä ja ulkoisissa asiakastarpeissa ja muuttaa toimintatapojaan ja valmiuksiaan. (Juntunen 2022, 5, 7.)

Yksi suurimmista terveydenhuoltoalan muutoksista on digitalisaatio. Tässä digimurroksessa terveydenhuoltoalan johtajilta ei edellytetä pelkästään teknistä osaamista, vaan tärkeämpää on johtaa ihmisiä ja parantaa työntekijöiden välisiä ihmissuhteita ja kommunikointia. Muutoksen johtaminen on sitä vaikeampaa, mitä suurempi muutos tulee olemaan.

Tärkeää on myös organisaatiokulttuurin muuttaminen. Muutoksen edessä työntekijöillä täytyy olla oikeanlainen asenne ja motivaatiota, jotta muutos on mahdollista toteuttaa ja uudet työskentelytavat omaksua. Johtajalla onkin tärkeä rooli työntekijöidensä motivoimisessa ja kannustamisessa. Uuden edessä myös ajattelutapaa täytyy muuttaa. (Ziadlou 2021, 376–377, 382, 384.) Jotta digimuutos onnistuisi mahdollisimman hyvin, johtajien täytyy olla motivoituneita ja sitoutuneita muutoksen läpivientiin. Tässä korostuu varsinkin lähiesihenkilöiden rooli, koska he työskentelevät läheisesti käytännön työtä tekevien ammattilaisten kanssa. Muutokseen liittyy aina epävarmuutta. Hyvään johtamiseen kuuluu työntekijöiden tukeminen ja heidän vakuuttamisensa muutoksen tuomista hyödyistä. (Ilmarinen & Koskela 2015, 233–234.) Usein digimuutoksen epäonnistumisen taustalla ovat riittämättömät resurssit ja niiden tehon johtaminen. Avoin viestintä työntekijöiden ja johtajien välillä on ehdottoman tärkeää muutoksen onnistuminen kannalta. Puutteellinen viestintä voi pahimmassa tapauksessa johtaa muutoksen epäonnistumiseen. Johtajuuden voidaan ajatella olevan yksi tärkeimmistä terveydenhuollon digitalisaation onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä. (Juntunen 2022, 32, 36, 43; Pennanen 2023, 52.)

Terveydenhuollon johtamisessa korostuvat lainsäädäntö ja poliittiset linjaukset. Terveydenhuollon johtajat toimivat tiiviissä yhteistyössä eri sidosryhmien kanssa. Julkisen terveydenhuollon tavoitteena on julkisten varojen mahdollisimman tehokas käyttö potilaiden hoitamiseen. Hyvinvoinnin johtaminen on tietoon perustuvaa toimintaa. Tiedon saamisen edellytyksenä on arviointi ja seuranta, joita toteutetaan suunnitelmallisesti. Organisaation selkeä strategia on terveydenhuollon johtajien mielestä merkittävässä roolissa digitaalisen transformaation onnistumisessa. (Kaasalainen 2021, 180; Juntunen 2022, 5, 32.)

Johtajien vastuulla on hankkia tarkoituksenmukaisia ja vaikuttavia digipalveluita. Lisäksi johtajien täytyy pystyä arvioimaan digipalvelujen vaikutuksia sekä olla mukana digipalvelujen käyttöönoton suunnittelussa ja johtaa käyttöönottoa. (Pennanen ym. 2023, 45–46.) Käyttöönoton onnistumisen kannalta organisaatiolla täytyy olla selkeät tavoitteet ja visio. Johtajien täytyy tarjota työntekijöilleen digiosaamiseen liittyvää koulutusta. Uuden palvelun käyttöönotosta tiedottamisen pitää olla tehokasta ja avointa. Samoin digipalvelun tuomista hyödyistä täytyy tiedottaa selkeästi. (Niemelä ja Rintala 2022, 33.) Riittävä rahoitus ja taloudellinen tuki edesauttavat terveydenhuollon johtajia läpiviemään digitaalisia muutoksia. (Juntunen 2022, 32.) Parhaimmillaan digitalisaatio voi parantaa työntekijöiden välistä kommunikaatiota, lisätä työn laatua, vahvistaa päätöksenteon tukea ja parantaa tiedon jakamista (Ziadlou 2021, 381).

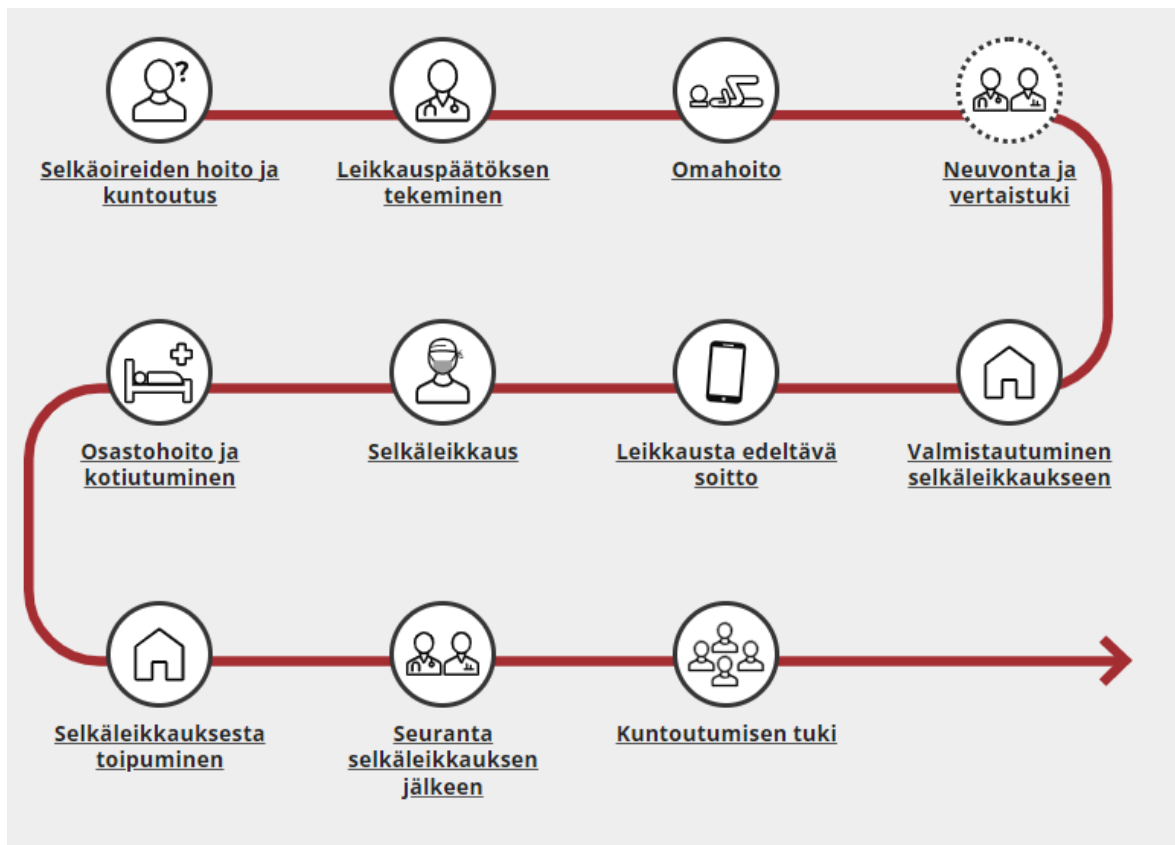
4 Leikkauspotilas erikoissairaanhoidossa

4.1 Potilaan palvelupolku erikoissairaanhoidossa

Potilaan palvelupolulla tarkoitetaan sairaan- ja terveydenhoidon eri palveluiden muodostamaa kokonaisuutta. Palvelupolut ovat keskenään erilaisia, riippuen hoidettavasta oireesta tai sairaudesta. Toimiva palvelupolku on kuvattu mahdollisimman yksityiskohtaisesti vaihe vaiheelta. (Nuutinen 2000.) Hoitopolkuja käyttämällä tiettyjä toimintatapoja voidaan vakioida ja näin prosesseista saadaan tehokkaita (Aspland ym. 2019). Vaikka palvelupolun keskiönä on aina potilas, palvelupolkuja voi rakentaa monesta eri näkökulmasta. Aspland ym. (2019) kirjallisuuskatsauksen mukaan potilaan palvelupolkuja voidaan kuvata painottaen muun muassa tarvittavia hoitokäytäntöjä, -välineitä tai tiloja.

Palvelupolussa kuvataan toiminnan etenemistä eri vaiheiden ja kontaktipisteiden kautta (Alén 2022, 30). Palvelupolun avulla potilas hahmottaa palvelukokonaisuuden. Potilaiden lisäksi myös ammattilaiset hyötyvät palvelupolkujen käyttöönotosta, sillä usein palvelupolku voi olla epäselvä tai ei tiedetä, mitä kukin ammattilainen tekee palvelupolun eri vaiheissa. Palvelupolku auttaa siis ymmärtämään kollegoiden välistä työnjakoa potilaan palvelukokonaisuudessa ja samalla ammattilaisten tekemä työ saadaan aikaisempaa näkyvämmäksi. Palvelupolun tavoitteena on tuottaa hyvä asiakaskokemus sekä mahdollistaa hoidon sujuvuus yli yksikkö- ja organisaatorajojen. Palvelupolkuja kuvaamalla voidaan tuottaa uusia toimintamalleja ja niiden avulla voidaan perehdyttää uusia työntekijöitä. (Mäkynen 2023.)

Kanta-Hämeen keskussairaala on kuvannut eri asiakasryhmien palvelupolkuja. Palvelupoluista vastaavat ammattilaiset ovat kuvanneet palvelupolkuja yhteistyössä muun muassa asiakkaiden, järjestöjen ja työterveyshuollon kanssa. Leikkauspotilaiden osalta tällä hetkellä palvelupolku on kuvattuna kaihi-, selkä- ja tekonivelleikkaukseen tuleville. Myös rintasyöpäpotilaan palvelupolku on käytettävissä. Kuvassa 2 on esimerkkinä selkäleikkaukseen tulevan potilaan palvelupolku. Palvelupolussa on kuvattuna kaikki olennaiset vaiheet ennen sekä jälkeen leikkauksen. Kuvaketta klikkaamalla asiakkaalle aukeaa jokaisesta palvelupolun kohdasta lisätietoa uuteen ikkunaan. Palvelupolkua seuraamalla potilas saa kattavasti tietoa oireestaan, linkkejä eri liittojen ja yhdistysten sivuille sekä yhteystiedot omalle terveysasemalleen. Potilaalle kerrotaan myös leikkausta edeltävistä toimenpiteistä, leikkauspäivän kulusta ja leikkauksen jälkeisestä ajasta kuntouttamisohjeineen. Palvelupolku on potilaalle luotettavan tiedon lähde. (Kanta-Hämeen keskussairaala 2023c; Kanta-Hämeen keskussairaala 2023d.)



Kuva 2. Selkäleikkaukseen tulevan potilaan palvelupolun nykytila Kanta-Hämeen keskussairaalassa (Kanta-Hämeen keskussairaala 2023d)

Päästäkseen leikkaukseen potilaan täytyy ensin saada lähete erikoissairaanhoidon. Lähetteen voi kirjoittaa julkisen tai yksityisen terveydenhuollon tai työterveyshuollon lääkäri. Lähetteitä tulee myös päivystyksen kautta. (Lyytinen 2023.) Lähetteen saapumisen jälkeen lääkäri käsittelee lähetteen ja määrittelee kiireellisyysluokan, jonka mukaan potilas kutsutaan poliklinikalle lääkärin vastaanotolle. Suurin osa leikkauspotilaista kutsutaan kirurgian poliklinikalle, mutta leikkauspäätöksiä tehdään myös naistentautien, silmätautien, korva-nenä-kurkkutautien ja hammas- ja suusairauksien poliklinikoilla. Vastaanotolla lääkäri tutkii potilaan. Jos leikkauksikriteerit täyttyvät, lääkäri ja potilas tekevät yhteisymmärryksessä leikkauuspäätöksen. Sen jälkeen lääkäri tekee potilaalle hoidonvarauksen eli asettaa potilaan leikkausjonoon. Joskus lääkäri voi tehdä leikkauuspäätöksen pelkän lähetteen perusteella, jos lähetteen laatinut lääkäri on todennut selkeästi leikkaushoitoa vaativan vaivan. Tässäkin tapauksessa potilas kutsutaan usein poliklinikalle, jossa potilaalle annetaan informaatio tulevasta leikkauksesta (Lyytinen 2023). Hammaspotilaista lähes kaikki laitetaan leikkausjonoon lähetteen perusteella, samoin osa korvapotilaista (Vaahtovuori 2023).

4.2 Potilaan digihoitopolku erikoissairaanhoidossa

Digihoitopolku korvaa perinteisen hoitopolun, jossa on fyysisiä kontakteja terveyden- tai sairaanhoitoa tuottaviin palveluntarjoajiin. Digihoitopolulta potilas löytää kaiken sen tiedon, joka on aiemmin saatu perinteiseltä hoitopolulta. (Sulin 2020, 6.) Digihoitopolun avulla potilas pystyy hoitamaan terveysasioitaan digitaalisten ratkaisujen avulla. Digihoitopolkua käyttävällä potilaalla ei välttämättä ole yhtään fyysistä kontaktia terveydenhuollon ammattilaisiin. Digihoitopolulla potilas voi muun muassa täyttää erilaisia lomakkeita, tehdä ajanvarauksia, osallistua etävastaanotolle, toteuttaa oireseurantaa ja lukea potilasohjeita. (Tuomikoski ym. 2022, 329.) Digihoitopolun etuna on se, että sitä seuraamalla potilas pystyy itse vaikuttamaan siihen, kuinka paljon tietoa kerralla haluaa (Mäkynen 2023). Digihoitopolkujen avulla voidaan myös säästää terveyden- ja sairaanhoidon resursseja niin kustannuksissa kuin ajankäytössä. (Sulin 2020, 5–6.) Digihoitopolun avulla kaikki potilaat saavat yhtä laadukasta ohjausta ja ohjauksen saa oikea-aikaisesti (Kastikainen 2023, 34).

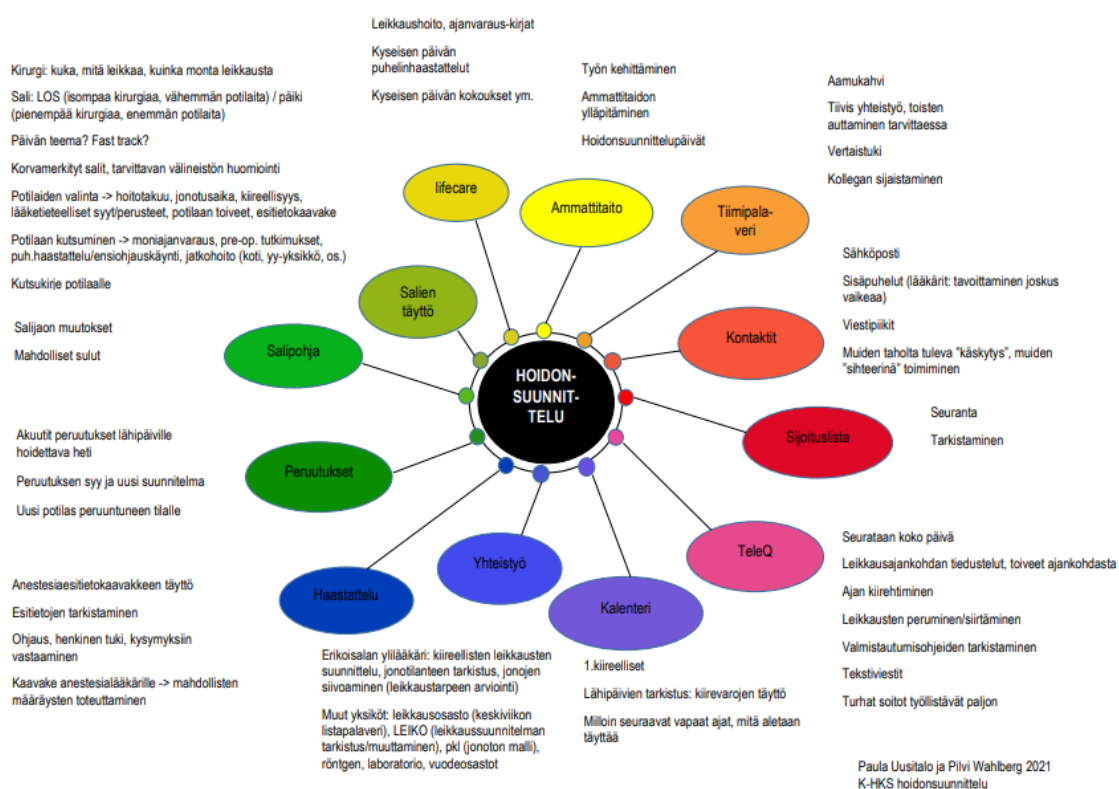
Digihoitopolkua käyttävä potilas osallistuu omaan hoitoonsa aikaisempaa enemmän (Tuomikoski ym. 2020, 328). Digihoitopolun käyttö edellyttää potilaalta jonkin asteista tietoteknistä osaamista sekä tietokonetta tai älylaitetta, jossa on turvallinen ja toimiva internet-yhteys. Nykyään valtaosa väestöstä kuitenkin osaa käyttää digitaalisia palveluita. Digihoitopolut edellyttävät vahvaa tunnistautumista, kuten henkilökohtaisten pankkitunnusten käyttämistä. Tietoturvan lisäksi oleellista on, että digihoitopoluilla huomioidaan potilasturvallisuus. Kuten Järvinen (2020, 14, 20) toteaa opinnäytetyössään, digihoitopolkuun sisältyvä viestitoiminto lisää potilasturvallisuutta. Lähetetyt viestit tallentuvat digihoitopolulle sanasta sanaan, eivätkä jää ammattilaisen kirjaamisen varaan. Digihoitopolkua käyttävä asiakas voi myös jälkikäteen käydä kertaamassa annettuja ohjeita, kun taas puhelimitse annettu neuvonta jää usein muistin varaan. Samoin ammattilaisen tekemä ohjaustyö tulee aiempaa näkyvämmäksi. (Sulin 2020, 5–6.) Terveyskylä julkaisi vuonna 2018 ammattilaisille tarkoitetun digihoitopolun aloitusvalmennuksen. Verkkovalmennus uudistettiin vuonna 2023 ja samalla sen nimeksi vaihdettiin Digipolut ja itsehoito-ohjelmat – tutustu ja kehitä. Kurssi palvelee sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia, jotka ottavat käyttöön Omapolkua työyksikössään. Kurssia voidaan käyttää osana uusien käyttäjien perehdytystä. (Terveyskylä 2023b.)

4.3 Leikkaushoidonsuunnittelu

Leikkaushoidonsuunnittelu pitää sisällään kaiken leikkausta edeltävän suunnittelutyön. Leikkausjonoon asettamisen jälkeen hoidonsuunnittelija alkaa suunnitella potilaalle leikkausaikaa. Hoidonsuunnittelu ei ole pelkästään ajan antamista ja siitä syystä hoidonsuunnittelijat ovat koulutukseltaan sairaanhoitajia. Suurimmalla osalla hoidonsuunnittelijoista on

kokemusta leikkaus- ja toimenpideyksikössä tai kirurgian vuodeosastolla työskentelystä. Hoidonsuunnittelijalla täytyy olla ymmärrys leikkauspotilaan koko hoitoprosessista. Yhteistyötahoja on monia ja vahvat kommunikointitaidot ovat ehdoton edellytys työn onnistuneen suorittamisen kannalta. Laadukkaalla ja huolellisella hoidonsuunnittelulla voidaan vähentää peruuntuneiden toimenpiteiden määrää. (Uusitalo 2023; Turunen 2018, 2–3, 15–16.)

Kanta-Hämeen keskussairaalassa työskentelee kuusi hoidonsuunnittelijaa ja heille on nimetty tietyt erikoisalajat hoidettavakseen. Hoidonsuunnittelijat kuuluvat hallinnollisesti kirurgian poliklinikkaan. Hoidonsuunnittelijat tekevät yhteistyötä nimetyn erikoisalakohdanteen vastuulääkärin kanssa. Lääkäreiden lisäksi yhteistyötä tehdään poliklinikoiden, leikkaus- ja toimenpideyksikön, vuodeosastojen, hoitolaitosten, kliinisen fysiologian, röntgenin ja laboratorion kanssa. Lasten kirurgian leikkaukset suunnitellaan lasten vuodeosaston kautta, poikkeuksena korva-nenä-kurkku- sekä suu- ja hammaspotilaat, joiden toimenpiteiden suunnittelusta vastaa näiden erikoisalojen hoidonsuunnittelija. Kuvasta 3 näkee, kuinka monesta eri osasta hoidonsuunnittelijan työ koostuu. Seuraavissa kappaleissa kerrotaan tarkemmin hoidonsuunnittelijan työnkuvasta. (Uusitalo 2023; Vaahtovuori 2023.)



Kuva 3. Hoidonsuunnittelijan työnkuva Kanta-Hämeen keskussairaalassa (Uusitalo & Wahlberg 2021)

Lääkärin määrittämä leikkauskiireellisyys kertoo, millä tavoiteaikataululla leikkaus yritetään järjestää. Kiireelliset leikkaukset, kuten syöpäleikkaukset, pyritään tekemään kuukauden sisällä leikkausjonoon asettamisesta. Kiireettömät leikkaukset jaotellaan 2. kiireellisiin eli 2–3 kuukauden sisällä tehtäviin ja 3. kiireellisiin eli 3–6 kuukauden sisällä tehtäviin leikkauksiin. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen mukaan *hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito ja neuvonta on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu* (Terveystieteiden tutkimuslaki 1326/2010, 52 §). Tällä hetkellä kuuden kuukauden hoitotakuu ei kuitenkaan toteudu, vaan kiireettömään leikkaukseen voi joutua odottamaan jopa yli vuoden. (Uusitalo 2023.)

Kiireellisyysluokan lisäksi leikkausajan suunnitteluun vaikuttaa salijako eli mitä erikoisalaa leikataan minäkin päivänä. Myös lääkäreiden sijoituslistat ja potilaan toiveet ajankohdasta täytyy ottaa huomioon. Potilaalla voi olla myös tauotettavia lääkkeitä tai muita tutkimus- ja toimenpideaikoja, jotka vaikuttavat leikkausajan suunnitteluun. Hoidonsuunnittelu vaatii työntekijältä organisointikykyä, taitoa työskennellä osana moniammatillista tiimiä, itsenäistä työskentelyotetta sekä paineensietokykyä. Lisäksi hoidonsuunnittelijalla täytyy olla valmius tehdä päätöksiä nopealla aikataululla, koska tilanteet muuttuvat hetkessä, jos esimerkiksi leikkaus peruuntuu ja tilalle täytyy löytää uusi potilas. Työtehtävien priorisointi on oleellista. (Uusitalo 2023; Vaahtovuori 2023.)

Leikkausajan ja leikkausta edeltävien aikojen varaamisen jälkeen potilaalle lähetetään postitse kutsukirje. Kanta-Hämeen keskussairaalassa ei ole käytössä e-kirjettä. Jos leikkausaika annetaan lyhyen ajan päähän eikä kirjettä ehditä lähettää, potilaalle soitetaan tai lähetetään tekstiviesti Aurora teleQ-takaisinsoittojärjestelmän kautta. Myös turvasähköpostin lähettäminen on mahdollista. Hoidonsuunnittelijoille tulee päivittäin useita yhteydenottoja potilailta, jotka kysyvät leikkausaikaa. Usein kysymykset koskevat myös valmistautumisohjeita tai itse toimenpidettä. Kutsukirje liitteineen on niin pitkä, että potilas ei aina jaksa lukea kirjettä loppuun saakka. Tärkeät asiat, kuten ravinnotta oleminen, saattavat jäädä huomioidmatta. (Uusitalo 2023; Vaahtovuori 2023.)

Hoidonsuunnittelussa on usein tilanteita, jolloin sovittu toimenpide peruuntuu ja tilalle täytyy löytää uusi potilas. Yleisin syy peruuntumiselle on potilaan äkillinen sairastuminen. Tällaisessa tilanteessa potilaan ajat täytyy perua ja hänelle täytyy järjestää uusi leikkausaika. Lisäksi vapautuneelle leikkausajalle pitää löytää uusi potilas. Usein sairastumisen takia peruuntuneet leikkaukset tulevat lähipäiville, jopa seuraavalle päivälle. Silloin hoidonsuunnittelijan täytyy priorisoida työnsä siirtämällä kiireettömät työt myöhempään ajankohtaan ja

käyttämällä aikansa uuden potilaan löytämiseen. Joskus uuden potilaan löytää helposti, sillä moni potilas on ilmoittanut pääsevänsä mahdolliselle peruutusajalle hyvin lyhyelläkin varoitusaajalla. Välillä potilaan löytäminen on haastavampaa ja usein hoidonsuunnittelija joutuu käyttämään useamman tunnin löytääkseen sopivan potilaan. Peruutusajalle ei voi ottaa ketä tahansa potilasta jonosta. Ratkaisevin tekijä on se, kuinka pitkä leikkausaika vapautuu. Lisäksi täytyy ottaa huomioon leikkauslista eli samassa leikkaussalissa leikattavat muut potilaat. Myös leikkausvuorossa oleva lääkäri vaikuttaa siihen, minkälaisen toimenpiteen tilalle voi ottaa.

5 Lähestymistapa ja toteutus

5.1 Tutkimuksellinen kehittämistyö

Kuten Vilkkä (2021) toteaa, tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa uutta tietoa. Varsinkin työelämässä hyötyä saadaan sellaisesta tutkimuksesta, jonka avulla aiemmin tuotettua tietoa voi hyödyntää erilaisissa kehittämistöissä tai käyttää vanhaa tietoa uudella tapaa. Kehittämistoiminnassa tärkeää on selkeä yhteisymmärrys työyhteisössä, motivaatio kehittämiselle sekä osallisuus. On tärkeää muistaa, että kehittämistoimintaan osallistuvilla henkilöillä on erilaisia näkemyksiä ja tasavertainen osallistuminen edellyttää kaikkien osallistujien näkemysten hyväksymistä (Toikko & Rantanen 2009, 10). Myös johtajuudella on suuri rooli kehittämistoiminnassa. (Salonen ym. 2017, 19, 24.)

Kehittämistoiminnan kannalta oleellista on tietää, mitä ja miksi kehitetään ja miten kehittämiskohde rajataan. Kehittämistoiminta on aina perusteltua (Toikko & Rantanen 2009, 56). Lisäksi on tärkeää tehdä selväksi, mitä tavoitteita kehittämistoiminnalla on, millaisia menetelmiä kehittämisessä käytetään ja miten sitä arvioidaan. Kehittämisen tavoitteena on muutoksen aikaansaaminen. Tällä muutoksella halutaan saada aikaan parannusta nykyiseen toimintatapaan tai -malliin. (Salonen ym. 2017, 29.) Kehittämisen lähtökohtana ei välttämättä tarvitse olla nykyisessä toiminnassa havaitut ongelmat tai puutteet, vaan kehittämisellä voidaan myös tavoitella jotakin uutta (Toikko & Rantanen 2009, 16).

Kehittämistoiminta etenee prosessinomaisesti. Sille on tyypillistä, että sen tuotos on konkreettinen ja sitä pystytään hyödyntämään työelämässä. Kehittämistoiminta on aina suunniteltua toimintaa. Kehittämistoiminnan tavoitteena on muuttaa jotain jo olemassa olevaa prosessia tai toimintamallia. Kehittämistoiminnassa tiedonkeruuseen voidaan hyödyntää erilaisia menetelmiä ja samalla etsitään ja hyödynnetään aiempia tutkimuksia sekä aiheesta löytyvää kirjallisuutta. (Salonen ym. 2017, 34–37.) Usein uusi tieto syntyy siinä ympäristössä, jossa toiminta oikeasti tapahtuu (Toikko & Rantanen 2009, 42).

Tässä kehittämistyössä noudatetaan laadullisen tutkimuksen peruseriaatteita. Laadulliselle tutkimukselle on ominaista se, että tutkimuskohdetta pyritään tutkimaan niin kokonaisvaltaisesti kuin se on mahdollista. Tutkimuksen kohteena on usein yksittäisiä tapauksia eikä suurta joukkoa, kuten määrällisessä tutkimuksessa (Puusa & Juuti 2020, 76). Tiedonsaannin välineenä käytetään usein henkilöitä, jotka tuntevat tutkittavan ilmiön hyvin. Laadullinen tutkimus perustuu ihmisten omakohtaisiin kokemuksiin, ajatuksiin ja näkemyksiin (Puusa & Juuti 2020, 81). Laadullisen tutkimuksen aineisto kerätään todellisissa tilanteissa. Tiedon-

keruumenetelmänä voidaan käyttää esimerkiksi avoimia kyselyitä, haastatteluja ja havainnointia. Lisäksi voidaan käyttää valmista aineistoa, kuten arkistoja ja dokumentteja. (Hirsjärvi ym. 2007, 152–160.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuskohdetta lähestytään usein sen luonnollisessa ympäristössä. Tutkija ei aseta etukäteen hypoteeseja eli olettamuksia, vaikka usein tutkijalla on jonkunlainen ajatus tai käsitys tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisessa tutkimuksessa käytetään usein niin sanottua induktiivista päättelyä eli havainnot tehdään yksittäisistä tapauksista, jotka yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi (Kylmä & Juvakka 2014, 23). Laadullisen tutkimuksen prosessi lähtee liikkeelle aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen perehtymällä, jotta tutkittavaa ilmiötä pystytään rajaamaan ja alustavat tutkimuskysymykset voidaan muodostaa (Koski 2020, 158). Laadullisessa tutkimuksessa hypoteesit kuitenkin nousevat analysoitavasta aineistosta. Hypoteeseja ei siis muodosteta teoriasta tai kirjallisuudesta. (Puusa & Juuti 2020, 76, 79.)

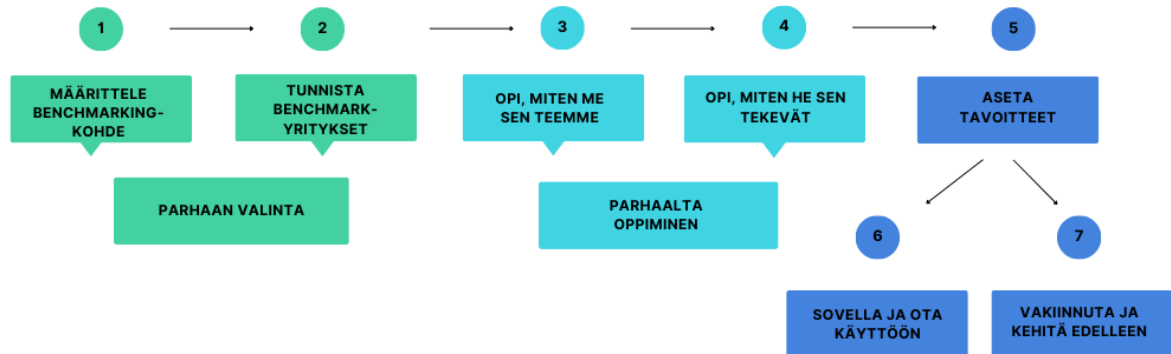
Laadulliselle tutkimukselle on ominaista, että tutkimuskysymykset muuttuvat tutkimuksen edetessä. Alustavat kysymykset voivat muuttua, kun tutkija syventää ymmärrystään tutkittavasta ilmiöstä ja arvioi käsitystään, joka hänellä oli tutkimuksen alkuvaiheessa. Tutkimuskysymyksiä voi myös syntyä lisää tutkimuksen edetessä (Kylmä & Juvakka 2014, 26). Samoin tutkimuksen viitekehys tai keskeiset käsitteet voivat rajautua tarkemmin. Laadullista tutkimusta tehdessä teoria kulkee yhdessä tutkimusaineiston kanssa. On tärkeää perehtyä huolellisesti kirjallisuuteen ja aikaisempiin tutkimuksiin, sillä näiden pohjalta saadaan muodostettua tutkimuksen viitekehys. (Puusa & Juuti, 80–82.)

5.2 Aineiston keruu

Benchmarking

Benchmarkkauksen eli vertaisarvioinnin avulla voidaan löytää parhain mahdollinen tapa toimia. Tavoitteena on etsiä toimivimmat menetelmät ja käytännöt ja näiden käyttöönotolla parantaa nykyisiä prosesseja ja toimintatapoja. (Reponen ym. 2021.) Tuominen (2016, 8–10) on kehittänyt Benchmarking-prosessiaskeleet, jota mukaillen kuviossa 1 on havainnollistettu seitsemän kohtaa, joita seuraamalla benchmarking-menetelmää pystyy hyödyntämään oman organisaation toiminnan parantamisessa.

Benchmarking-prosessiaskeleet



Kuvio 1. Benchmarking-prosessiaskeleet (mukaillen Tuominen, 2016)

Ensimmäisessä vaiheessa määritellään kohde, jota halutaan kehittää vertaisarvioinnin avulla. Toisessa vaiheessa etsitään yritykset tai organisaatiot, joissa sama asia tehdään paremmin tai jopa parhaalla tiedetyllä tavalla ja jotka sen takia menestyvät. Tässä vaiheessa on tärkeää tunnistaa prosessit, jotka edesauttavat menestystä. Kolmannessa vaiheessa tutustutaan oman organisaation toimintamalliin tai prosessiin, jotta kohdassa neljä pystytään tekemään sama benchmarkattaville organisaatioille ja sen jälkeen vertailemaan omaa ja vertaisarvioitavia organisaatioita keskenään. Tämän vaiheen tavoitteena on etsiä ja valita parhaat menetelmät ja toimintatavat. Sen jälkeen, kun parhaat prosessit ja toimintatavat on valittu, on aika asettaa tavoitteet. Kuudennessa vaiheessa uutta valittua mallia sovelletaan ja otetaan käyttöön. Seitsemäs vaihe on uusien toimintamallien, prosessien ja menetelmien vakiinnuttaminen ja edelleen kehittäminen. Kehittämistä jatketaan aloittamalla Benchmarking-prosessiaskeleet uudelleen alusta. (Tuominen 2016, 8–10.)

Tämän opinnäytetyön tekijän esiymmärryksen mukaan vertaisarvioinnin kohteeksi valikoitui kolme sairaalaa: Satasairaala, Keski-Pohjanmaan keskussairaala sekä Oulun yliopistollinen sairaala eli OYS. Satasairaala ja Keski-Pohjanmaan keskussairaala valittiin mukaan, koska ne ovat kohdeorganisaation kanssa samaa suuruusluokkaa. OYS valittiin mukaan,

koska se on yksi Suomen viidestä yliopistollisesta sairaalasta ja tähän kehittämistyöhön haluttiin yhdeksi vertailukohteeksi huomattavasti suurempi sairaala. Opinnäytetyön tekijän esiymmärrystä lisäsi aiheen käsitteleminen päiväkirurgisilla koulutuspäivillä syyskuussa 2022.

Tässä kehittämistyössä benchmarkkaus tapahtui vertailemalla kohdeorganisaatiota edellä mainittuihin kolmeen organisaatioon. Benchmarkkaus toteutettiin vertailemalla kohdeorganisaation nykyistä leikkauspotilaan hoitopolkua toisten organisaatioiden digihoitopolkuihin. Tarkoituksena oli löytää edellytykset, joilla digihoitopolun käyttäminen kohdeorganisaatiossa on mahdollista tulevaisuudessa.

Teemahaastattelu

Haastattelua käytetään usein laadullisessa tutkimuksessa päämenetelmänä, koska se on joustava aineistonkeruumenetelmä. Haastattelua voidaan ajatella keskusteluna, jolla on jokin tavoite (Puusa 2020a, 103). Haastattelun kulkua pystyy ohjailemaan haastateltavan mukaan. Kysymysten järjestystä ja jopa muotoa voi vaihtaa. Haastattelutilanteessa haastattelija voi havainnoida myös haastateltavan non-verbaalista eli sanatonta viestintää, kuten eleitä ja ilmeitä, ja näin haastattelija voi saada vihjeitä asioista, joihin kannattaa kiinnittää huomiota (Puusa 2020a, 107). Tähän kehittämistyöhön ensisijaiseksi aineiston keruumenetelmäksi valittiin haastattelu, sillä tietoa haluttiin saada henkilöiltä, jotka käyttävät työssään leikkauspotilaan digihoitopolkua. Haastattelun valinnan perusteena on lisäksi se, että tutkija pystyy esittämään tarkentavia lisäkysymyksiä ja näin haastateltavilta saatavia vastauksia pystyy tarvittaessa tarkentamaan. (Hirsjärvi 2020, 193–194.) Laadullista tutkimusta tehdessä aineistonkeruuta tehdään usein ainakin osittain samanaikaisesti analyysivaiheen kanssa. Laadullisen tutkimuksen aineistolle luonteenomaista on, että se on hyvin rikas ja siitä löytää monia mielenkiintoisia näkökulmia, myös sellaisia, joita tutkija ei ole osannut odottaa. Tämän takia onkin tärkeää rajata tutkittava ilmiö mahdollisimman tarkkaan, jotta siitä pystyy kertomaan ja sitä on mahdollista tulkita perusteellisesti. (Puusa 2020b, 145–146.)

Haastatteluihin ryhtyessään tutkijan täytyy pitää mielessä, että niiden toteuttamiseen kuluu aikaa. Senkin takia haastateltavien määrä pyritään pitämään mahdollisimman pienenä, kunhan aineistoa saadaan tarpeeksi. Riskinä on se, että haastateltava voi antaa vastauksia, joiden kokee olevan yleisesti hyväksyttyjä, vaikkei henkilökohtaisesti ajattelisikaan asiasta niin. (Hirsjärvi 2020, 195.) Lisäksi haastateltava usein miettii, miten vastata kysymyksiin, jotta vastaukset sisältäisivät tutkittavan aiheen kannalta mahdollisimman oleellisia asioita. (Alasuutari 2011, 149.)

Haastattelun lajeja on erilaisia. Tässä kehittämistyössä käytettiin teemahaastattelua, joka on strukturoidun eli lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun välimuoto. Teemahaastattelussa ei käytetä valmiiksi muotoiltuja kysymyksiä eikä noudateta samaa järjestystä kysymysten esittämisessä. Teemahaastattelussa on valmiiksi mietityt teemat eli aihealueet ja niiden pohjalta muodostetaan kysymyksiä. Haastatteluissa esitetyt kysymykset voivat siis erota toisistaan. (Hirsjärvi 2020, 197–201.) Oleellista on, että teemat on muodostettu huolella, jotta saadaan mahdollisimman hyvin tutkittavaa ilmiötä kuvaavaa ja tutkimuskysymyksiin vastaavaa aineistoa. Ennen teemahaastatteluun ryhtymistä tutkijan täytyy selvittää tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon aikaisempien tutkimusten ja kirjallisuuden avulla, jotta hänelle muodostuu siitä kokonaisvaltainen ymmärrys. Tätä kehittämistyötä varten haastattelun teemat muodostettiin huolellisesti sen jälkeen, kun kehittämistyön tekijä oli perehtynyt kirjallisuuden ja aiempien tutkimusten avulla tutkittavaan aiheeseen. Muodostui neljä teemaa (Liite 2), joiden alle mietittiin muutamia apukysymyksiä, jos haastateltavaa täytyisi johdatella enemmän käsiteltävään teemaan. Kaikki teemat muodostettiin niin, että niitä käsittelemällä haastateltavilta saataisiin aineistoa, josta kehittämistyön tekijä löytäisi vastauksia tutkimuskysymyksiin aineiston analyysin edetessä. (Puusa 2020a, 112–114.)

Laadullista tutkimusta tehdessä tärkeää on löytää sellaiset henkilöt, jotka tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon ja joilta saa tutkimuksen kannalta oleellista tietoa (Puusa & Juuti 2020, 84). Tämän kehittämistyön haastatteluihin kutsuttiin neljä henkilöä, joista kolme oli leikkauspotilaan digihoitopolun tuntevia hoidonvaramia ja -suunnittelijoita. He ovat olleet mukana tekemässä digihoitopolkuja ja käyttäneet niitä työssään. Neljännellä haastateltavalla oli enemmän tietoa digihoitopolkujen rakentamisesta ja teknisestä toteuttamisesta. Alkuperäisen suunnitelman mukaan tarkoitus oli haastatella yksi henkilö kolmesta sairaalasta. Neljäs haastateltava otettiin mukaan, sillä häntä ehdotettiin tämän opinäytetyön tekijälle. Koska tarkoituksena oli saada tietoa ja ymmärrystä siitä, mitä kaikkea digihoitopolku pitää sisällään ja mitä sen käyttöönottaminen edellyttää, aineiston saturaatio eli kyllääntyminen tapahtui odotetusti jo muutaman haastattelun jälkeen. Saturaatiolla tarkoitetaan sitä pistettä, jolloin aineisto alkaa toistaa itseään eikä sitä keräämällä luultavasti saa enää uutta merkityksellistä tietoa. Aineistoa voidaan ajatella kertyneen tarpeeksi silloin, kun tutkija voi sen pohjalta vastata tutkimuksensa tutkimuskysymyksiin (Ronkainen ym. 2014, 117). Koska aineiston saturaatiota esiintyi siinä vaiheessa, kun haastatteluja oli toteutettu neljä, ei niitä tarvinnut tehdä lisää. Laadullisessa tutkimuksessa ei ole kyse aineiston suuruudesta vaan sen laadusta. Jo pienellä otoksella voidaan saada merkittävää ja toistuvaa tietoa, mikä auttaa ymmärtämään tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä. (Hirsjärvi ym. 2007, 171.)

Haastateltaville lähetettiin sähköpostitse infokirje (Liite 1) ja haastatteluteemat apukysymyksiineen (Liite 2) ennen haastattelua. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina Teams-etäyhteydellä. Opinnäytetyöntekijä otti yhteyttä haastateltaviin etukäteen puhelimitse tai sähköpostitse ja kysyi halukkuudesta osallistua haastatteluun. Haastateltavien tietokoneen ominaisuuksista riippuen osassa haastatteluja oli videoyhteys, osassa vain ääniyhteys. Haastattelut tehtiin elo-lokakuussa 2023. Haastatteluista lyhin kesti 39 minuuttia ja pisin 73 minuuttia. Haastattelut tallennettiin Teams-sovelluksen tallennusominaisuudella.

5.3 Analyysi

Tutkimusprosessiin kuuluu, että kerätty aineisto analysoidaan eli käsitellään. Analyysin tavoitteena on pystyä tekemään aineistoon perustuvia luotettavia johtopäätöksiä (Puusa 2020b, 148). Analyysimenetelmiä on erilaisia. Tässä kehittämistyössä analyysimenetelmänä käytettiin teemoitteluja. Ennen aineiston varsinaista analyysivaihetta, aineisto luetaan läpi. Samalla tarkistetaan, ettei aineistossa ole puutteita. Sen jälkeen tietoja tarvittaessa täydennetään. Haastattelumenetelmää käyttäessään tutkija voi olla yhteydessä haastateltuun, jos joitain tietoja täytyy tarkentaa tai täydentää. Tietojen täydentämisen jälkeen aineisto järjestetään, jotta sitä on helppo tallentaa ja analysoida. Esivalmistelujen jälkeen aineisto litteroidaan eli kirjoitetaan puhtaaksi sanasta sanaan. Tässä kehittämistyössä haastattelut tallennettiin Teams-sovellukseen, joka litteroi haastattelut reaaliajassa. Haastattelun päätyttyä opinnäytetyön tekijä tarkasti Teams-sovelluksen tekemän litteroinnin kuuntelemalla tallenteen ja täydentämällä tai korjaamalla joitain sanoja, joita Teams-sovelluksen aukikirjoitus-ominaisuus ei ollut kirjoittanut oikein. Litteroinnista jätettiin pois muun muassa tauot, äännähdykset ja naurahdukset, sillä niillä ei ole merkitystä tämän kehittämistyön aineiston laadun kannalta, vaan haastattelujen asiasisältö on oleellinen. Korjattu litterointi kopioitiin uuteen Word-tiedostoon. Välittömästi tämän jälkeen alkuperäisaineisto anonymisoitiin, eli siitä poistettiin kaikki tiedot, joiden avulla haastateltavan voisi tunnistaa suorasti tai epäsuorasti (Tietoarkisto 2023.) Tällaisia tietoja olivat muun muassa työpaikka ja ammatti. Litterointi on työläs ja aikaa vievä prosessi, mutta se kannattaa tehdä huolella, jotta alkuperäisaineiston saa paremmin haltuunsa ja siitä pystyy tekemään havaintoja. Litterointiin panostamalla alkuperäisaineiston analysointi on helpompaa. Käytännössä litterointi on analyysin ensimmäinen vaihe. (Kallio 2023.) Tämän kehittämistehtävän alkuperäisaineiston litterointi tarkistettiin ja korjattiin aina heti haastattelun jälkeen, jolloin haastattelun sisältö oli vielä tuoreessa muistissa. Neljästä haastattelusta litteroitua tekstiä syntyi yhteensä 74 A4-sivua, kun fonttikoko oli 12 riviväli 1,15.

Laadullisessa tutkimuksessa analyysi ei useinkaan ole tietyssä vaiheessa tehtävä tutkimuksen osa, vaan sitä tehdään pitkin tutkimusprosessia. (Hirsjärvi ym. 2020, 209–211.) Laadullisen tutkimuksen analyysi ei myöskään perustu tilastollisiin todennäköisyyksiin kuten määrällisessä tutkimuksessa. Osin tämä perustuu siihen, että laadullisessa tutkimuksessa aineistoa ei saada kerättyä suurelta joukolta, vaan tiedonlähteitä on vähimmillään vain muutamia. (Alasuutari 2011, 38–39.) Usein laadullisen tutkimuksen aineisto on suuri ja sisältää monta kiinnostavaa teemaa. Tutkittava ilmiö täytyy rajata huolella, jotta siitä pystyisi kertomaan mahdollisimman tarkasti ja kokonaisvaltaisesti. Analysointia tehdään usein pitkin tutkimusprosessia, koska aineistonkeruu saattaa tapahtua osittain eri aikaan. Näin ollen harvoin pystyy erottamaan tarkasti, missä kohtaa tietoperustan ja aineiston kerääminen loppuu ja analysointivaihe alkaa. (Puusa 2020b, 146.)

Tämän kehittämistyön varsinainen analyysivaihe aloitettiin, kun kolme ensimmäistä haastattelua oli tehty. Neljäs haastattelu tehtiin hieman myöhemmin haastattelijan ja haastateltavan aikataulujen yhteensovittamisen vuoksi. Aineiston perusteellinen tunteminen on edellytys onnistuneelle analyysille (Puusa 2020b, 151). Tässä kehittämistyössä analysointi aloitettiin lukemalla aineisto useaan kertaan läpi. Aineiston läpikäyminen aloitettiin lukemalla jokainen haastattelu toisistaan erillään. Aineistoa lukiessa on tärkeää pitää mielessä, että tiedonantajat ovat saattaneet lähestyä tutkittavaa ilmiötä eri näkökulmasta kuin tutkija. Oma esiymmärrys saattaa johdatella tutkijaa. Tästä syystä aineistoa pyrittiin lukemaan mahdollisimman avoimesti, ilman ennakoasetelmia. Näin tekemällä mahdollistetaan, että aineistosta nousee esiin havaintoja, joita ei ehkä ajateltu löytyvän. Nämä havainnot voivat olla hyvin arvokkaita tutkimuksen tulosten kannalta. (Puusa 2020b, 152.) Teemoittelussa teoria kulkee aineiston rinnalla koko tutkimusprosessin ajan. Joskus analyysistä voi nousta asioita, joita ymmärtääkseen ja tulkitakseen tutkijan täytyy etsiä lisää teoretietoa ja mahdollisesti jopa muuttaa teoreettista ajatteluaan. (Ronkainen ym. 2014, 122; Koski 2020, 159.)

Aineistoa analysoidessa aineisto pilkotaan ensin osiin sen menetelmän mukaan, joka on valittu. Aineiston pilkkomisen jälkeen se kootaan uudelleen kasaan. Tästä uudelleen kasatusta aineistosta tutkija tekee tulkintoja ja johtopäätöksiä. Aineistoa tarkastellaan aina teoreettisen viitekehyksen näkökulmasta. (Puusa 2020b, 146–147.) Teemoittelussa aineistosta pyritään löytämään yhdenmukaisuuksia, joita ryhmitellään tiettyjen otsikoiden alle. Teemoittelua ohjaa usein aineiston keruuvaiheessa määritellyt teemat. Toisaalta aineiston pohjalta voi nousta myös täysin uusia teemoja, jotka liittyvät tutkimukselle asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Aineiston teemoittelu aloitetaan etsimällä ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimuskysymyksissä esitettyihin aiheisiin. Apuna tässä vaiheessa voidaan käyttää koodaamista eli samaa asiaa tai aihetta tarkoittavat ilmaisut merkitään samalla tavalla. Koodauk-

sen jälkeen alkuperäisilmaisut saatetaan pelkistettyyn muotoon. Näistä pelkistetyistä ilmaisuista muodostetaan myöhemmässä vaiheessa teemat. (Koski 2020, 165; Puusa 2020b, 152–153.) Teemoittelu ei siis suinkaan ole pelkästään koodaamista, vaan koodaus toimii teemojen muodostamisen apuvälineenä (Javadi & Zarea 2016, 34). Kokonaiskuvan muodostumisen jälkeen aineistoa alettiin lukea tarkemmin, huomioiden enemmän yksityiskoh-
tia. Aineistosta etsittiin ilmaisuja, jotka liittyvät digihoitopolun tuomiin hyötyihin hoitohenkilö-
kunnalle sekä osaamisen uudistamiseen. Koodaus tehtiin merkitsemällä samaa asiaa tar-
koittavat ilmaisut samalla värillä.

Seuraavassa vaiheessa muodostetaan alaluokkia, joihin kerätään toisiaan muistuttavat ja samaa asiaa tarkoittavat ilmaisut. Kaikille alaluokille annetaan sitä kuvaava nimi. Alaluok-
kien muodostamisen jälkeen samankaltaiset alaluokat yhdistetään ja näin syntyy yläluokat. Myös yläluokat nimetään. Luokkia voi muodostaa niin kauan kuin aineisto sen sallii. Tee-
moittelua tehdessä voidaan käyttää suoria lainauksia aineistosta, jolloin voidaan osoittaa aineiston alkuperäisyys ja samalla tuoda ilmi, kuinka tutkija on edennyt päättelyssä muo-
dostaessaan eri luokkia. Täytyy kuitenkin muistaa, että suorat lainaukset eivät ole riittävä perustelu tutkimustuloksille tai johtopäätöksille. (Puusa 2020b, 148–154.)

Analyysin tarkoituksena on saada koostettua tutkimusaineistosta kokonaisuus, jonka avulla on mahdollista ensinnäkin tulkita, mutta myös tehdä johtopäätöksiä tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. (Koski 2020, 161–163). Keräystä aineistosta ei voi tehdä johtopäätöksiä suoraan koko tutkittavasta ilmiöstä. Kerätty aineisto ei koskaan kerro koko totuutta, vaan tiedonantajien näkemyksen tai kokemuksen. (Ronkainen ym. 2014, 122.) Analyysi on pit-
käaikainen prosessi, joka ei sisällä ainoastaan aineiston järjestelemistä ja sen sisällöstä kertomista. Analysoidessa aineistoa täytyy oivaltaa, löytää uusia asioita ja tehdä tulkintoja. Analysointi on lukemista, ajattelemista ja kirjoittamista. Usein nämä vaiheet eivät etene näin yksinkertaisesti, vaan niitä tehdään samanaikaisesti. (Günther ym. 2023.)

Analyysivaiheen jälkeen tutkimustulokset täytyy vielä tulkita. Tulkinnan lisäksi tulokset täy-
tyy selittää. Ei siis riitä, että aineisto kerätään ja sen jälkeen analysoidaan. Tutkimustulosten pohdinta on osa tulkintaa. Tutkimustuloksia täytyy peilata tutkimuskysymyksiin ja jokaisesta teemasta on tarkoitus löytää sellaista tietoa, jolla voidaan vastata tutkimuskysymyksiin. (Koski 2020, 170; Puusa 2020b, 154.) Analyysi voi myös tuottaa uutta tietoa jo olemassa oleviin teorioihin. Tämä onkin yksi tutkimuksen tekemisen päätavoitteista (Puusa & Julku-
nen 2020, 200). Kun teemat on analysoitu ja tulkittu, voidaan kirjoittaa tutkimuksen johto-
päätökset. (Koski 2020, 170–171.)

Tässä kehittämistyössä aineiston analyysin tuloksena syntyivät seuraavat yläluokat: digi-
hoitopolun käyttöönottoa edeltävät vaiheet, moniammatillinen yhteistyö, esihenkilön tuki,

digihoitopolun rakentaminen, potilaan yksilöllinen huomioiminen, potilaan eteneminen digihoitopolulla, digihoitopolun sisältö, ammattilaisten käyttökokemukset sekä potilaspalautteet. Kuviossa 2 on kuvattu analyysin avulla muodostetut alaluokat ja yläluokat.



Kuvio 2. Analyysin alaluokat ja yläluokat

Taulukossa 1 näkyy esimerkki teemoitteluista, eli kuinka alkuperäisistä ilmaisuista muodostettiin pelkistetyt ilmaisut, alaluokat sekä yläluokat.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
"Tärkeää on myös se, että sä tiedät siitä tietyn potilaan prosessista jotakin, että se on aika hankala ruveta sitä niinku ulkopuolisena tekemään." "Kyllä se pitäisi tehdä se työyksikössä oleva työntekijä joka siellä on itse siinä prosessissa mukana niin kyllä se on mun mielestä aika semmoinen ehdoton." "Niin kyllähän sen pystyisi sen teorian kirjoittamaan, mutta sitten että mitä täällä yksikössä tapahtuu sinä päivänä niin nehan kaikki avataan sinne polulle."	Potilaan prosessin tunteminen tärkeää Polun tekijäksi ehdottomasti kyseisen yksikön työntekijä Yksikön toiminnan tunteminen tärkeää	Prosessin ja toiminnan tunteminen	Moniammatillinen yhteistyö
"No mä ihan tykkäsin tehdä yksin joo, mutta kyllä mä sitten kysyinkin meidän töissä muilta työntekijöiltä vähän vinkkejä joihinkin asioihin, että en mä niinku sitä ihan totaalisesti yksin tehnyt." "Kyllä mä niitä ideoita sitten kyselin ja tämmöistä että kyllä siihen aina jonkun tarvitsee semmoiseksi että onko tää nyt hyvä näin vai laittaisitko mieluummin näin." "Sitten että olisi siinä työyksikössä motivoitunut porukkaa myös ottaa sitä käyttöön, että sekin on vähän hankalaa jos ihmiset, työntekijät ei siitä oikein välittäisi." "Kaksi ammattilaista valitaan siihen jotka tekevät sitä polkua. Monesti se on ollut niin että yksi on siitä sitten se joka enemmän tekee ja toinen on kaverina että oppii käyttämään sitä sen sisällön syötön näkökulmasta."	Polkua yksin tehdessä kannattaa kysyä vinkkejä työ-kavereilta Kollegoiden tuki tärkeää Työyksikössä täytyy olla motivoituneita työntekijöitä Kaksi ammattilaista valitaan tekemään polkua	Kollegoilta saatava tuki	
"Mutta enemmänhän se on sairaanhoitajien työpanos, niinku se suurin työ." "No ihan alunperin sairaanhoitaja ja osastonhoitaja ideoitiin se alkuun, mutta sitten jossain vaiheessa tarvittiin sihteereiden näkemystä. Että lähinnä siinä vaiheessa kun polkua aletaan ottaa käyttöön, että missä vaiheessa niitä potilaita ruvetaan liittämään." "Lääkäri määrittää, kuka on vastuulääkäri joka vastaa siitä sisällöstä sitten että se on oikein. Lääkäri on oleellinen siinä, että se lääketieteellinen osuus on se minkä hän tarkistaa. Että se on lääketieteellisesti oikein ja siellä on käytetty oikein termejä ja ohjattu oikein potilasta."	Sairaanhoitajan työpanos tärkein Sairaanhoitajan ja osastonhoitajan lisäksi tarvitaan sihteereiden näkemystä Mukana vastuulääkäri, joka tarkistaa lääketieteellisen osuuden, oikeiden termien käyttämisen ja potilaan ohjeistamisen oikealla tavalla	Eri ammattiryhmien mukanaolo	

Taulukko 1. Esimerkki aineiston teemoittelusta

6 Tulokset

6.1 Benchmarkkaus

Ensimmäisenä aineistonkeruumenetelmänä käytettiin benchmarkingia eli vertaisarviointia. Benchmarking tehtiin sairaaloiden kotisivuilta löytyneen tiedon sekä Päiväkirurgisilla koulutuspäivillä esitetyn tiedon perusteella. Benchmarkingin tarkoituksena oli verrata kolmen eri sairaalan leikkauspotilaan digihoitopolkuratkaisuja Kanta-Hämeen keskussairaalaan. Satasairaalassa on käytössä Mobiiliapuri-niminen mobiilisovellus ja OYSissa sekä Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa käytetään Terveyskylän Omapolkua. Tätä opinnäytetyötä aloitettaessa Kanta-Hämeen keskussairaalassa oli käytössä Oma Raitti-niminen sähköinen palvelualusta. Oma Raitista on kerrottu enemmän kappaleessa 2.2. Koska Kanta-Hämeen keskussairaalassa otettiin käyttöön Oma Häme-niminen mobiilisovellus vuoden 2023 lopussa, benchmarkingissa keskitytään Oma Häme-mobiilisovellukseen.

Oma Häme-mobiilisovellus

Oma Häme-mobiilisovellus on Kanta-Hämeen hyvinvointialueen asukkaille tarkoitettu mobiilisovellus, joka julkaistiin vuoden 2023 lopussa. Palvelua voi käyttää myös internet-selaimella. Sovellukseen kirjaudutaan ensimmäisellä kerralla vahvalla tunnistautumisella ja sen jälkeen itse luodulla PIN-koodilla tai esimerkiksi sormenjälkitunnistimella. Sovelluksen kautta voi tarkastella ajanvarauksia, laboratoriotuloksia ja ammattilaisten kirjauksia. Lisäksi asukkaalla on mahdollisuus ottaa yhteyttä ammattilaisiin chatin ja videovastaanoton kautta. Asukas voi myös täyttää käynteihin liittyviä esitetietokaavakkeita sekä ylläpitää ja päivittää lääkityslistaansa, jolloin se on aina ajan tasalla. Mobiilisovellus tarjoaa luotettavaa tutkittua tietoa terveyden ja hyvinvoinnin tueksi. Sovelluksesta löytyy linkkejä muun muassa Omaolo-palveluun, Duodecim Terveyskirjastoon ja Terveyskylään. (Oma Häme 2023f; Rauhala 2024.)

Oma Häme-sovellukseen on rakennettu useita informatiivisia palvelupolkua eri potilasryhmille, mutta varsinaisia digihoitopolkuja ei ole vielä rakennettu eikä otettu käyttöön. (Oma Häme 2023f.) Oma Häme-mobiilisovellukseen on kuitenkin mahdollista rakentaa digihoitopolkuja. Siihen soveltuvaa teknologiaa ollaan parhaillaan kartoittamassa. (Rauhala 2024.)

Satasairaala Mobiiliapuri

Satasairaalassa käytössä oleva Mobiiliapuri-sovellus on suomalaisen Buddy Healthcaren tuote. Sovelluksen voi ladata ilmaiseksi sovelluskaupasta ja sovelluksen käytön voi aloittaa sitten, kun Satasairaala läheteetään latauslinkin sisältävä tekstiviesti. Sovellukseen kir-

jautuminen edellyttää vahvaa tunnistautumista esimerkiksi verkkopankkitunnusta tai mobiilivarmennetta käyttämällä. Mobiiliapuri sisältää kaikki sairaalakäynteihin liittyvät tiedot ja sen kautta voi täyttää esitietoja ja lukea ohjeita sekä kuitata nämä tehtävät tehdyiksi. Sovellus lähettää potilaalle muistutuksia muun muassa esitietojen täyttämisestä ja laboratorioajan varaamisesta oikeaan aikaan. Mobiiliapurin kautta voi keskustella ammattilaisten kanssa ja sieltä löytyvät hoitavan yksikön yhteystiedot. Mobiiliapuri on käytössä usealla erikoisalalla, myös leikkauspotilailla. Leikkauspotilailla Mobiiliapuri on käytössä toimenpiteen jälkeen vielä muutaman viikon ajan, jolloin esimerkiksi kotihoito-ohjeisiin voi palata helposti. (Satasairaala 2023.)

Mobiiliapuri-sovelluksen tarkoituksena on helpottaa potilaiden valmistautumista toimenpiteeseen ja varmistaa potilaiden saapuminen oikeaan paikkaan ohjeiden mukaan valmistautuneina. Sovelluksen avulla potilas otetaan aktiiviseksi toimijaksi mukaan hoitoketjuun. Samalla ammattilaisten työaika vapautuu muihin tehtäviin, peruuntuneiden toimenpiteiden määrä vähenee ja potilasohjaus yhdenmukaistuu. (Aalto 2022.)

Terveyskylä Omapolku

Omapolku on Terveyskylän kehittämä terveyden- ja sosiaalihuollon digitaalinen palvelukanava. Digihoitopolun käyttö edellyttää lähetettä tai hoitosuhdetta kyseiseen hoitoyksikköön. Terveyskylään on luotu digihoitopolku useille eri leikkauspotilasryhmille. Digihoitopolun käytöstä annetaan suulliset ja/tai kirjalliset ohjeet poliklinikalla leikkauspäätöksen tekemisen yhteydessä. Digipolulle kirjautuminen edellyttää vahvaa tunnistautumista ja polulle voi kirjautua sen jälkeen, kun digipolku on avattu potilaalle. Omapolku-mobiilisovellus on tällä hetkellä käytössä HUSin, Pohteen, Soiten ja Pohjois-Savon hyvinvointialueilla, mutta Omapolkua voi käyttää myös nettiselaimella. (Terveyskylä 2023c.)

Digipolut sisältävät tietoa leikkauksella hoidettavasta vaivasta ja tulevasta toimenpiteestä. Potilas voi täyttää kyselyitä, valmistautua aineiston avulla tulevan toimenpiteeseen sekä löytää vastauksia usein kysyttyihin kysymyksiin. Polulla edetessä potilas myös vastaanottaa viestejä ja muistutuksia hoitoonsa liittyen. Polulta löytyy myös kotihoito-ohjeet. Omapolun kautta on mahdollista lähettää viestejä hoitavaan yksikköön. (Terveyskylä 2023c.)

6.2 Teemahaastattelut

6.2.1 Digihoitopolun käyttöönottoa edeltävät vaiheet

Digihoitopolun tavoitteiden määrittely ja rakentamisvaihe

Haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että digihoitopolun käyttöönottoa suunnitellessa yksikössä täytyy hahmottaa nykytila ja se, mihin digihoitopolulla pyritään. Eri ammattiryhmillä

voi olla erilaisia ajatuksia digipolun sisällöstä. Digihoitopolun tarkoituksena on se, että potilas itse tuottaa aktiivisesti tietoa ja ammattilaisen kirjaaminen jäisi vähemmälle. Haastattelujen pohjalta tärkeimpinä digihoitopolun tavoitteina koettiin puheluiden väheneminen tai jopa loppuminen sekä kirjeiden lähettämisestä eroon pääseminen.

Esiin nostettiin myös pyrkimys siihen, että potilaat täyttäsivät esitiedot ja lukisivat valmistautumisohjeet ja jatkohoito-ohjeet digihoitopolulla. Tavoitteena on, että kaikki asioiden hoitaminen tapahtuisi digihoitopolun kautta.

"Nythän me tehdään se esihaastattelu puhelimitse ja soitetaan niille tietenkin. Mutta että sitten jos ne käyttäisi tätä polkua hyvin ja aktiivisesti, niin ei tarvitsisi välttämättä soittaa ollenkaan potilaalle että kaikki voisi hoitua tuon digipolun kautta."

Digihoitopolun tekeminen on pitkä prosessi ja se vaatii sitoutumista. Digihoitopolun tekemiseen on tärkeää irrottaa säännöllisesti työaika. Haastateltavien mukaan pilottivaiheeseen päästään noin puoli vuotta digihoitopolun rakentamisen aloittamisen jälkeen. Digihoitopolku saadaan käyttöön noin vuosi sen jälkeen, kun sen käyttöönotosta on tehty päätös.

"Mutta on toki yksiköitä missä menee vähän pidempään, mutta siellä on ongelmana ollut se, että ei ole vaan päässyt joka viikko sitten työstämään, että sehän ihan riippuu siitä, että miten sä saat sitä aikaa."

Pilottivaihe

Ennen digihoitopolun käyttöönottoa sitä testataan pilottijaksolla. Pilotissa digihoitopolulla on jo potilaita eli pilotti on digihoitopolun oikeaa käyttöä. Pilotin kesto kannattaa olla 4–6 kuukautta, jotta kaikki ammattilaiset ehtivät liittää potilaita digihoitopolulle ja lähettää sen kautta viestejä potilaille. Suositeltavaa on, että digihoitopolulla on tietty määrä potilaita, ennen kuin pilottijakso voidaan lopettaa ja siirtyä varsinaiseen käyttöön. Pilottijaksoa ei myöskään voi päättää, ennen kuin digihoitopolku on saatu kunnolla käyttöön.

"Meillä on ollut tavoite, että 20 potilasta pitäisi vähintään olla joiden kanssa ollaan jonkun verran edes viestitetty ja laitettu kalenteriin merkintöjä niin sitten me tiedetään että OK tää kyllä toimii."

Lyhyen testausvaiheen tarkoituksena on varmistaa digihoitopolun toimivuus. Yhden haastateltavan mukaan uusi digihoitopolku oli testikäytössä kuukauden verran, ennen kuin sinne lisättiin uusia potilasryhmiä. Digihoitopolkuja on mahdollista testata testiympäristössä, jossa pääsee kokeilemaan, miten digihoitopolulla toimiminen tapahtuu ja mitä kaikkea siellä pysyy tekemään.

Käyttöönottovaiheeseen kannattaa varata aikaa, koska uuden opettelu ei käy hetkessä. Ennen tuotantoon siirtymistä pidetään katselmointi, jossa arvioidaan haasteet ja hyvät puolet sekä käydään läpi mahdolliset kehittämis ehdotukset.

6.2.2 Moniammatillinen yhteistyö

Prosessin ja toiminnan tunteminen

Kaikki haastateltavat pitivät ehdottoman tärkeänä sitä, että digihoitopolkua rakentava työntekijä tuntee leikkauspotilaan prosessin. Täysin prosessin ulkopuolella työskentelevän henkilön on hankalaa luoda digihoitopolkua, koska taustatietoa tarvitsee paljon.

Samoin haastateltavat toivat esiin, että digihoitopolun tekijän olisi hyvä olla kyseisen yksikön työntekijä. Yksikön toiminnan tunteminen helpottaa digihoitopolun sisällöntuottamista.

”Niin kyllähän sen pystyisi sen teorian kirjoittaa, mutta sitten että mitä täällä yksikössä tapahtuu sinä päivänä niin nehän kaikki avataan sinne polulle.”

Kollegoilta saatava tuki

Digihoidopolun käyttöönottoa suunnittelevassa yksikössä täytyy olla siihen motivoituneita työntekijöitä. Haasteltavien mukaan digihoitopolkua voi rakentaa joko yksin tai yhdessä kollegan kanssa. Yksin työskennellessä etuna on aikataulun joustavuus. Toisaalta kollegoilta saatavan tuen merkitys korostuu.

”Kyllä mä niitä ideoita sitten kyselin ja tällöistä että kyllä siihen aina jonkun tarvitsee semmoiseksi että onko tää nyt hyvä näin vai laittaisitko mieluummin näin.”

Digihoidopolkua voi alkaa rakentaa myös työparina, jolloin sen rakentamiseen saa apua ja tukea toiselta, eikä kaikki ole yhden ihmisen vastuulla. Tällöin yksikön muut työntekijät toimivat digihoitopolun käyttäjinä.

”Kaksi ammattilaista valitaan siihen jotka tekevät sitä polkua. Monesti se on ollut niin, että yksi on siitä sitten se joka enemmän tekee ja toinen on kaverina että oppii käyttämään sitä sen sisällön syötön näkökulmasta.”

Eri ammattiryhmien mukanaolo

Digihoidopolkua tehdessä sairaanhoitajan työpanos koettiin tärkeimmäksi. Usein hoidonvараajina työskentelevät sairaanhoitajat tekevät digihoitopolut. Sihteereiden osaamista tarvitaan siinä vaiheessa, kun digihoitopolkua ollaan ottamassa käyttöön ja sinne aletaan liittää potilaita.

Lääkäreiden mukanaololla varmistetaan, että digihoitopolun sisältämät tiedot ovat oikein. Lääkärin aktiivisen osallistumisen koettiin myös helpottavan käyttöönottovaihetta.

”Lääkäri on oleellinen siinä, että se lääketieteellinen osuus on se minkä hän tarkistaa. Että se on lääketieteellisesti oikein ja siellä on käytetty oikein termejä ja ohjattu oikein potilasta.”

6.2.3 Esihenkilön tuki

Työajan mahdollistaminen

Esihenkilö on avainasemassa digihoitopolun tekemiseen tarvittavan säännöllisen työajan mahdollistamisessa. On tärkeää, että digihoitopolkua tekevä työntekijä voi irrottautua kokonaan potilastyöstä ja keskittyä digihoitopolun tekemiseen. Osa haastateltavista koki, että työaika piti itse vaatia, jotta sitä järjestetään.

”Tässä teemme digipolkua, elikkä hänen kyllä täytyy olla siinä innostunut siitä asiasta ja olla tukena sille ammattilaiselle, että hän sen mahdollistaa sitten sen polun tekemisen.”

Kannustus ja motivointi

Esihenkilön täytyy tukea ajatusta digihoitopolun käytöstä. On tärkeää, että esihenkilö on mukana katselmoinneissa, jotta hän tietää, minkälainen digihoitopolku on tulossa. Ajankäytön mahdollistamisen lisäksi esihenkilön pitää kannustaa työyksikön toimintamallin ja ajatuksen muokkausta niin, että jatkossa potilasohjaus tapahtuu digihoitopolulla.

Esihenkilön on hyvä käydä keskustelua ammattilaisten kanssa ja kannustaa digihoitopolun käyttöön. Digihoitopolun tuomia hyötyjä täytyy pystyä perustelemaan, jotta työntekijät ymmärtävät sen tärkeyden. Esihenkilön tarjoama tuki lisää työyksikön motivaatiota ottaa digihoitopolku käyttöön.

”Sitten niinkun sen toimintamallin jalkauttaminen ja siinä kannustaminen ja sen perusteleminen, että miksi se on niinku tarpeellista ja hyvää.”

Yksilöllinen avuntarve

Digihoitopolun rakentamiseen tarvittavan avun määrä vaihtelee riippuen ammattilaisen tietoteknisen osaamisen tasosta. Haastatteluissa kävi ilmi, että koulutusta kaivattiin nykyistä enemmän.

”Mä oon vähän sitä mieltä, että siihen meni niin kun turhaan sillä tavalla aikaa, että se olisi ollut sujuvampaa jos me olisi saatu siihen vähän jelpiä, mutta esimies sanoi vaan, että kyllä te opitte.”

Toisaalta osa haastateltavista oli sitä mieltä, että digihoitopolun tekeminen on mahdollista perustason IT-taidoilla. Osaamalla etsiä tietoa ja kirjaamalla sitä pääsee jo pitkälle. Yksi haastateltava korosti, että vaikka ei olisikaan niin taitava tietoteknisesti, digihoitopolun rakentamisen oppii tekemällä.

6.2.4 Digihoitopolun rakentaminen

Kohderyhmän valinta

Uutta digihoitopolkua rakentaessa oleellista on valita sopiva kohderyhmä. Valitun potilasryhmän tulisi olla tarpeeksi suuri, jotta digihoitopolun kautta saataisiin hoidettua mahdollisimman paljon potilaita ja sen tuoma hyöty olisi merkittävä työyksikön kannalta. Jos digihoitopolulle soveltuvia potilaita on vain harvoin, ammattilaiset eivät totu sen käyttöön eikä sen käyttäminen juurikaan helpota tai vähennä muita työtehtäviä. Kohderyhmän tarkalla valitsemisella helpotetaan myös digihoitopolun rakentamisvaihetta.

”Ja se kohderyhmä, että tavallaan että halutaanko yksi iso vai monta pientä, että mikä niinku tavallaan, mitä varten. Että kyllä mä väitän että se niinku kun saa sen kohderyhmän mietittyä tarkasti, niin sitten tavallaan se polkukin lähtee rakentumaan, että OK että näin se pitää mennä.”

Digihoitopolun eri vaiheet

Haastateltavista osa aloitti digihoitopolun tekemisen ilman minkäänlaista mallia. Osa taas hyödynsi aiemmin tehtyjä digihoitopolkuja. Digihoitopolun rakentamisessa kannattaa käyttää apuna sisällysluetteloa. Sisällysluettelon tekeminen heti alussa hahmottaa potilaan kulkua digihoitopolulla ja auttaa tekijää sisällyttämään oleelliset asiat digihoitopolulle ja laittamaan ne oikeaan järjestykseen. Käsikirjoituksen kokoaminen on ajallisesti suurin työ digihoitopolun rakentamisessa. Jossain vaiheessa digihoitopolun hiominen täytyy lopettaa ja todeta, että se on valmis ja se otetaan käyttöön.

Eri tietolähteiden hyödyntäminen

Haastateltavat kertoivat käyttäneensä erilaisia tietolähteitä digihoitopolun tietoperustaa kirjoittaessaan. Usein käytetään työyksikön valmiita ohjeita, joita voidaan tarvittaessa täydentää muilla luotettavilla lähteillä, kuten ammattikirjallisuudella. Jo olemassa olevien tekstien käyttäminen on helppoa, koska käytännössä ne täytyy vain siirtää sinällään digihoitopolulle.

6.2.5 Potilaan yksilöllinen huomioiminen

Digihoitopolulle liittämisen eri käytännöt

Potilaita voidaan liittää digihoitopolulle eri tavoin. Haastattelujen perusteella käytäntönä voi olla kaikkien potilaiden liittäminen automaattisesti heti lähetteen saavuttua, jolloin lääkäri tekee määräyksen leikkauksesta. Vaihtoehtoisesti potilas voidaan liittää digihoitopolulle lääkärin vastaanotolla leikkauspäätöksen tekemisen yhteydessä. Digihoitopolulle liittäminen tapahtuu useimmiten sihteerin tai sairaanhoitajan toimesta.

Jos potilas on esimerkiksi kovin iäkäs tai muistisairas, sairaanhoitaja voi käyttää omaa harkintaansa, liitetäänkö kyseistä potilasta digihoitopolulle ollenkaan. Potilaan digihoitopolku-soveltuvuus arvioidaan yksilöllisesti.

”Kyllä se aika yksilöllisesti menee, että totta kai sitten jos lukee että on muistisairautta tai yhteystiedoissa on joku tieto, että ajanvaraus aina tyttäreille tai jotain muuta vastaavaa, niin kyllähän nää tällaiset sitten pudottaa sen ihmisen pois.”

Potilaan informointi digihoitopolusta

Digihoitopolusta potilaille kertoo lähinnä sairaanhoitaja. Digihoitopolulle liittamisestä kerrotaan usein leikkauksen tekemisen yhteydessä. Potilaalle kerrotaan, mikä digihoitopolku on ja miten se toimii. Joissain sairaaloissa digihoitopolusta on olemassa esite, jota voi jakaa potilaille. Kun potilaalle annetaan leikkausaika, hänelle lähtee tekstiviesti, jossa neuvotaan digihoitopolun lataamisohjeet. Haastatteluissa nousi esiin, että vaikka monet palvelut ovat olleet jo pitkään digitaalisessa muodossa, niiden käyttäminen ei välttämättä ole itsestään selvää kaikille. Tämä on syytä ottaa huomioon myös digihoitopolusta kerrottaessa.

Digihoitopolun käyttöönotto potilaan päätöksenä

Digihoitopolun käyttäminen on aina potilaan päätös, eli potilas voi kieltäytyä sen käytöstä. Jos potilas ei halua käyttää digihoitopolkua, leikkaukseen kutsutaan perinteisellä tavalla kirjeitse.

”Jos ne ei kirjaudu tai ota polkua käyttöön, niin me ei tavallaan tehdä näillä potilailla mitään täällä polulla. Sitten me ei voida antaa niille leikkauksia tän kautta.”

Eräs haastateltavista toi esiin, että potilaan liittäminen digihoitopolulle ei ole vielä rutiinia hoitajille, eli päätös digihoitopolun käyttöönotosta ei aina riipu potilaasta. Digihoitopolulle

kirjautumisen jälkeen potilaalta kysytään suostumus ottaa se käyttöön. Haastateltavien mukaan potilaat eivät aina muista vastata suostumukseen, sillä se ei nouse erikseen esiin ja sen allekirjoittaminen unohtuu helposti, jos sitä ei tee heti käyttöönottovaiheessa.

Digihoitopolulle kirjautuneiden potilaiden määrä

Digihoitopolulle liitetyistä potilaista yli 90 % kirjautuu sinne ja ottaa sen käyttöön. Digihoitopolkua käyttävät myös iäkkäämmät potilaat ja he ovat pitäneet siitä. Samoin valtaosa potilaista täyttää esitiedot digihoitopolun kautta.

Kyllä valtaosa on ne täyttänyt, että jos esimerkiksi olisi vaikka kuusi toimenpidettä seuraavana päivänä niin saattaa olla yksi tai kaksi kun ei täytä. Aina ei välttämättä sitäkään, se jonkin verran vähän vaihtelee.”

Digihoitopolun käyttöastetta on saatu suuremmaksi lisäämällä potilaan yhteystiedot digihoitopolulle heti kun potilas on liitetty sinne. Aiemmin yhteystiedot pyydettiin lisäämään vasta kutsukirjeen yhteydessä lähetetyssä ohjeistuksessa ja moni ei välttämättä lisännyt niitä sinne.

Jos potilas ei ole kirjautunut digihoitopolulle, hänelle voi lähettää muistutustekstiviestin. Usein tämä tapahtuu silloin kun hoitaja antaa potilaalle leikkausajan.

6.2.6 Potilaan eteneminen digihoitopolulla

Potilaan valitseminen digihoitopolulta

Kun potilasta aletaan valita digihoitopolulta, usein pidetään vierekkäin auki digihoitopolku ja potilastietojärjestelmä. Potilaan joutuu hakemaan myös potilastietojärjestelmästä, koska se ei kommunikoi digihoitopolun kanssa. Käytössä olevasta sovelluksesta riippuen digihoitopolulla olevia potilaita voi hakea eri tavoin. Digihoitopolulle liitetyt potilaat näkyvät aakkosjärjestyksessä olevana listana. Potilaita voi myös hakea nimellä tai henkilötunnuksella.

Ja sitten tota siellä näkyy lippu edessä että tää ei ole kirjautunut. Ne on ylimmäisenä siinä listassa jotka eivät ole kirjautuneet polulle. Niin siitä näkee heti, että nää ei ole nyt kirjautunut vielä.

Potilaslistassa näkyy päivämäärä, jonka voi valita näyttämään potilaan digihoitopolulle kirjautumispäivän tai viimeisimmän käynnin siellä.

Potilaan kontaktoiminen

Leikkausaika pyritään antamaan sairaalasta riippuen 1–2 kuukautta aiemmin. Haastattelujen mukaan tällä hetkellä leikkausaika annetaan suoraan leikkauspäätöksen yhteydessä

ainoastaan kiireellisesti leikattaville potilaille. Jos potilas saa leikkausajan muutaman päivän kiireellisyydellä, hänelle ilmoitetaan leikkausaika puhelimitse ja samalla voi kysyä halukkuudesta kirjautua digihoitopolulle, jotta pääsee lukemaan valmistautumisohjeita. Toisessa sairaalassa kaikki kiireelliset leikkaukset jätetään digihoitopolun ulkopuolelle.

Eräs haastateltavista kertoi, että he laittavat edelleen kutsukirjeen postitse kaikille leikkauspotilaille. Kutsukirjeessä on ohjeistus digihoitopolun käytöstä ja kaikki ylimääräiset paperit on jätetty kirjeestä pois.

Ne on jäänyt minun ymmärtääkseni pois ne niinku että siellä enää olisi mitään paperisia lomakkeita mitä täyttää. Että kyllä se ohjataan tosiaan sinne digipolulle sitten.

Lapsipotilaiden kohdalla kutsukirjeessä on ohje vanhemmille lapsen puolesta asioinnille. Nuorille puolestaan ohjeistetaan, miten he voivat halutessaan kieltää vanhempiaan hoitamasta heidän asioitaan digihoitopolulla.

Jos potilas ei ole kirjautunut digihoitopolulle, lähetetään perinteinen kutsukirje postitse. Usein syynä on esimerkiksi korkea ikä tai potilas ei jostain syystä halua käyttää digihoitopolkua. Eräässä sairaalassa on käytäntönä lähettää potilaalle tekstiviestillä tieto, kun leikkausaika on annettu ja digihoitopolkua voi alkaa käyttää.

Potilaan seuraaminen digihoitopolulla

Digihoitopolun voi rakentaa joko vapaalla tai pakotetulla suoritusjärjestyksellä. Pakotetussa suoritusjärjestyksessä potilas ei pääse etenemään ennen kuin on käynyt läpi edelliset osiot, joita voi olla esimerkiksi lomakkeen täyttäminen tai ohjeiden lukeminen.

Eräs haastateltavista kertoi, että heillä on kuittaustyökalu käytössä. Silloin hoitajat näkevät, kun potilas on täydentänyt esitietolomakkeen, lukenut tietopaketin sairaalaan tulosta tai varannut laboratoriotutkimukset. Joskus potilaita joutuu muistuttamaan digihoitopolulla olevista tehtävistä, mutta useimmiten potilaat hoitavat kaikki tehtävät oma-aloitteisesti.

Niin mä väittäisin, että jos mä nyt sanon positiivisesti 80% tekee ne ilman mitään muistutuksia. Sitten on ne muutamat potilaat, joita joutuu muistuttaa useammankin kerran.

Potilastietojärjestelmään tehdään merkintä siitä, että potilas on ottanut digihoitopolun käyttöön. Sairaalaista riippuen hoidonsuunnittelija käy tulevat leikkauspotilaat läpi joko edellisenä arkipäivänä tai edeltävällä viikolla. Silloin tarkistetaan, että potilas on täyttänyt kaikki tarpeelliset tiedot ja tiedot siirretään potilastietojärjestelmään. Samalla kirjataan, jos tiedoissa on jotain erityistä huomioitavaa tai jos potilas on ottanut yhteyttä.

Sitten jos ne siinä vaiheessa ei jostain syystä ole täyttänyt niitä tietoja sinne, niin sitten tehdään se perinteinen etusoitto niinku siinä kohti.

6.2.7 Digihoitopolun sisältö

Potilaan ohjeistaminen

Haasteltavien mielikuvan mukaan potilaat ovat tulleet toimenpiteeseen jopa paremmin valmistautuneina kuin puhelinhaastattelun jälkeen. Kun lääkäri tekee leikkauspäätöksen yhdessä potilaan kanssa, potilas saa alustavan informaation tulevasta toimenpiteestä. Lisäksi digihoitopolulla kerrotaan lyhyesti leikkauksesta.

Vaikka kaikille toimenpiteille löytyy oma digihoitopolkunsaa, yleiset ohjeet ovat kaikille sopivia. Digihoitopolulta löytyy yleinen info-osuus, jossa kerrotaan muun muassa sairaalan pysäköinnistä, kahviosta sekä Kela-etuuksista. Digihoitopolulle pystyy laittamaan erilaisia linkkejä, joita klikkaamalla saa auki esimerkiksi sairaalakartan ja laboratorion ajanvarauksen. Potilas löytää sieltä myös yhteystiedot, valmistautumisohjeet, sairaalaan mukaan otettavat tavarat, toimenpideyksikön esittelyn, toimenpidepäivän kulun, kotihoito-ohjeet sekä kivunhoitoon liittyvää tietoa. Digihoitopolulta löytyy myös selkeät ohjeet, milloin leikkaukseen ei voi tulla esimerkiksi sairastumisen vuoksi. Digihoitopolulle pystyy lisäämään myös kuvia ja videoita.

Sitten ollaan tehty semmoinen video missä niinku tuota on kuvattu se koko päivän kulku kun tänne tulee toimenpiteeseen ja mitä siinä tapahtuu ja missäkin.

Sitten on kanssa linkki semmoiseen sairaalapeliin missä voi sitten kanssa käydä tutustumassa sairaalamaailmaan.

Sitten on yksi sellainen satu meillä kanssa siellä sekä kirjoitettuna että luettuna niin kun tästä päiväkirurgisesta päivästä.

Digihoitopolun toiminnallisuudet

Digihoitopolun tarkoituksena on, että kaikki asiointi tapahtuu digitaalisesti. Ensimmäisenä potilaan pitää täyttää suostumus digihoitopolun käyttöönotosta. Sen lisäksi potilas täyttää esitietolomakkeen. Aiemmin nämä esitiedot kyseltiin hoitajan suorittamassa puhelinhaastattelussa. Myös verenohennuslääkityksestä löytyy erillinen kysely. Jos potilaalle on määrätty lääkärin vastaanottokäynti ennen leikkausta, käynnin pystyy linkittämään digihoitopolulle.

Digihoitopolulla on ohjeistettu, mihin mennessä lomakkeet pitää täyttää. Kaikki tärkeät tehtävät on pyritty nostamaan näkyvälle paikalle. Lomakkeiden täyttäminen ja ohjeiden lukeminen on potilaan vastuulla.

Niinhän me ollaan ennenkin lähetetty kirjekuoressa kaikki paperiohjeet niin täähän on ihan samanlainen että se on sitten hänen vastuullaan onko hän lukenut.

Kun potilas kirjautuu digihoitopolulle, hänen oletetaan lukevan ohjeet. Potilaat ovat pääsääntöisesti tulleet hyvin valmistautuneina toimenpiteeseen.

Tässä kun se on ollut jo vuosia käytössä niin ihan on kyllä oikein tulleet valmistautuneena tänne. Että kyllä ne on ne lukenut.

Jos potilaalla on tauotettavia lääkkeitä, lääkäri huomioi nämä jo leikkauspäätöksen tekemisen yhteydessä. Käytännöt leikkausta edeltävistä verikokeista vaihtelevat sairaaloiden välillä. Yksi haastateltavista kertoi, että ajatuksena digihoitopolussa on antaa leikkausaika eikä tehdä mitään ylimääräistä, kuten varata verikokeita. Ainoastaan Marevanin käyttäjille annetaan ohjeistus käydä INR-kontrollissa enintään viikko ennen leikkauspäivää. Toisessa sairaalassa lääkäri määrittelee tarvittavat verikokeet ja sihteerit ohjelmoi ne sekä laittaa niistä tiedon ajanvarauskirjeeseen. Jos potilas unohtaa käydä määrätyissä verikokeissa, ne otetaan toimenpidepäivän aamuna sairaalassa ja vastaukset pyydetään kiireellisinä.

Digihoitopolun kalenteritoimintoon hoitajat voivat laittaa merkintöjä, joista lähtee potilaalle muistutus. Muistutuksen voi laittaa esimerkiksi esitetietojen täyttämisestä viikkoa ennen toimenpidepäivää. Merkinnoista ei lähde enää uutta muistutusta lähempänä ajankohtaa. Kalenteriin voi liittää mallipohjia valmiista teksteistä tai vaihtoehtoisesti luoda uusia yksilöllisempiä tietopankkeja.

Chat-ominaisuuden avulla potilaat voivat ottaa yhteyttä hoitajiin kiireettömissä asioissa. Uudet saapuneet viestit tulevat näkyviin hoitajan näkymään heti. Viesteihin luvataan vastata kolmen arkipäivän kuluessa. Kiireellisissä asioissa pyydetään olemaan yhteydessä puhelimitse, koska hoidonsuunnittelijat työskentelevät vain arkisin virka-aikaan.

Digihoitopolulle on koostettu yhteystietoja eri yksiköihin, kuten poliklinikalle, päiväkirurgiseen yksikköön sekä päivystykseen. Digihoitopolulla kerrotaan myös tilanteista, joissa yhteyttä täytyy ottaa heti esimerkiksi hälyttävien oireiden ilmestyessä leikkauksen jälkeen.

Digihoitopolku nopeuttaa peruutuspaikkojen täyttämistä lyhyelläkin varoitusajalla, sillä potilas voi ilmoittaa halukkuutensa peruutuspaikalle. Sairaalaan riippuen potilaan tietoihin voidaan laittaa merkintä mahdollisuudesta ottaa peruutuspaikka vastaan tai digihoitopolulla voi

olla myös erillinen peruutuspaikkakysely. Potilas voi merkitä peruutuspaikkatietoihin myös päivät, jotka eivät sovi.

98 % saamme peruutusajankin täytettyä. Että tää nopeuttaa kyllä niinku sitäkin. Että ei olisi niinku sitä ongelmaa, että jäisi sen takia käyttämättä, että joku ei ole pystynyt valmistautumaan tai jotain muuta vastaavaa.

Usein tieto peruutuksesta saattaa tulla digihoitopolun kautta. Peruutuksen hoitaa osastonsihteeri, joka katsoo jonosta peruutuspaikalle haluavia potilaita ja soittaa potilaille tarjotakseen peruutuspaikkaa. Itse digihoitopolun kautta peruutuksia ei sen enempää hoideta, vaan otetaan pelkästään tieto vastaan.

6.2.8 Ammattilaisten käyttökokemukset

Tyytyväisyys digihoitopolkujen käyttöön

Haastattelujen perusteella digihoitopolun käytöstä on pääsääntöisesti pidetty. Alussa oli haavoittavissa muutosvastarintaa eikä haluttu opetella uutta, mutta käytön aloittamisen jälkeen hoitajat huomasivat digihoitopolun käytön olevan kätevää. Suurin osa ei haluaisi enää palata vanhaan toimintamalliin.

”Mä en osaa tavallaan niinku nähdä sitä, että mitä me voitaisiin tehdä eri lailla. Mun mielestä ne polut toimii hirmu hyvin.”

Digihoidopolun myötä työaika on vapautunut muihin työtehtäviin. Hoidonsuunnittelijan työ on nopeutunut ja tietojensiirtoon sekä tietojen katseluun kuluu vähemmän aikaa kuin potilaille soittamiseen. Digihoidopolun käyttö on helpottanut ja nopeuttanut myös potilaan löytämistä peruutuspaikalle.

Työn helpottuminen

Digihoidopolun käyttöönoton ansiosta leikkausta edeltävät puhelinhaastattelut ovat jääneet pois. Samoin leikkauksen jälkeiset potilailta saapuvat puhelut ovat vähentyneet, koska potilaat voivat asioida ammattilaisten kanssa chat-ominaisuuden kautta. Chat-kanava on nopea ja kätevä tapa kommunikoida potilaan kanssa ja sen kautta keskusteleminen on paljon nopeampaa kuin puhelimesta puhuminen. Myös jälkihoito-ohjeet on koottu digihoidopolulle ja ne on helppo lukea sieltä. Digihoidopolulta löytyvä kalenteriominaisuus on koettu käteväksi varsinkin ajan antamisessa.

Haastateltavat kokivat, että leikkausta edeltävän lomakkeen täyttäminen on paljon nopeampaa kuin puhelinhaastattelu. Lomakkeita pystyy myös täyttämään muiden töiden ohessa, eikä siihen tarvitse erikseen irrottaa aikaa toisin kuin puhelinhaastatteluja varten.

Puhelinhaastattelujen poisjäänti on siis vapauttanut työaikaa muihin tehtäviin ja työpäivää pystyy muokkaamaan entistä paremmin tarpeen mukaan.

Potilaan kokonaisvaltainen informointi

Haastateltavien kokemusten mukaan potilaan ohjaaminen on entistä kokonaisvaltaisempaa, sillä digihoitopolulle pystyy mahdollittamaan paljon enemmän tietoa kuin mitä ohjaustilanteessa pystyy antamaan. Samoin kirjeeseen ei pysty laittamaan kaikkia niitä asioita, jotka löytyvät digihoitopolulta.

Aikaisemmin kutsukirjeen mukana lähetettiin leikkauksen jälkeiset kotihoito-ohjeet. Nyt suurin osa näistä ohjeista löytyy digihoitopolulta. Usein kysytyistä kysymyksistä on koostettu oma osionsa ja sieltä potilaat löytävät vastauksen suurimpaan osaan mieltään askarruttavista asioista. Näitä tyypillisimpiä kysymyksiä kerätään myös työyksikön ammattilaisilta. Kysymysosion on tarkoitus vähentää osaltaan potilaspuheluita.

Käytettävyyden haasteet

Suurimpana haasteena digihoitopolun käyttämiseen liittyen nousi digihoitopolun ja potilastietojärjestelmän välisen yhteyden puuttuminen. Tällä hetkellä kaikki digihoitopolulle kerätty tieto täytyy siirtää manuaalisesti potilastietojärjestelmään. Näitä tietoja ovat muun muassa allergiat ja muut riskitiedot, lääkehoitoon liittyvät tiedot sekä anestesiaesitiedot. Erillisten ohjelmien käyttäminen hidastaa työntekoa, koska ohjelmia joutuu käyttämään rinnakkain. Jonkintasoinen integraatio ilmeisesti on mahdollinen, mutta koska se vaatii erillisen luvan tai lisenssin, ei sitä ole vielä lähdetty toteuttamaan. Toisaalta haastateltavat kokivat hyväksien, että ammattilainen joutuu käymään potilaan tiedot läpi.

Toisaalta ollaan myös mietitty sitä, että se on ihan hyvä, että ne käy niinku joku terveysalan ammattilainen läpi ne tiedot mitä sinne on laitettu ja tarkistaa potilaskertomuksen että ne on niinku paikkansapitäviä ne tiedot mitä sinne on niinku laitettu.”

Eräs haastateltava kertoi, että kalenteritoiminnot pitää muistaa tehdä oikeassa järjestyksessä tai ne eivät tallennu oikein. Samoin chatin kautta tulevat potilaiden yhteydenotot toivottiin pystyvän erottelemaan leikkausta edeltäviin ja leikkauksen jälkeisiin yhteydenottoihin, koska niitä hoitavat eri ammattilaiset. Näin työnjako hoidonvaraajien ja poliklinikan hoitajien kesken selkeytyisi.

Muina haasteina koettiin muun muassa se, että digihoitopolun käyttöönoton suostumuskysely ei nouse tarpeeksi selkeästi esille. Digihoitopolkua ei pitäisi pystyä käyttämään ilman suostumuskyselyyn vastaamista, mutta tällä hetkellä se on mahdollista. Lisäksi esiin tuotiin

teknisiä haasteita, kuten liian usein tapahtuvat päivitykset, käyttökatkokset sekä järjestelmän käyttökömpelyydet.

Kehittämisehdotukset

Haastattelujen pohjalta kehittämisehdotuksina nousi esiin esimerkiksi se, että digihoitopolulle liitettäviä potilaita voisi opastaa polun käytössä jo vuodeosastolla leikkauspäätöksen tekemisen yhteydessä. Osastolla voisi olla potilaskäyttöön tarkoitettuja tabletteja, joilla digihoitopolun käyttöä voisi harjoitella yhdessä ammattilaisen kanssa. Usein potilas saattaa jättää digihoitopolun käyttöönottamatta ajatellen, ettei osaa tai uskalla käyttää sitä, vaan haluaa mieluummin käyttää perinteistä tapaa kirjeineen ja puhelinhaastatteluineen.

Joskus digihoitopolulle kirjautumatta jättämisen syynä voi olla se, että sinne liittämisen jälkeen potilas joutuu odottamaan leikkausaikaa pitkän aikaa ja näin ollen kirjautuminen unohtuu. Kehitysehdotuksena tähän on muistutusviestin lähettäminen jonotusaikana.

Käyttökokemusten perusteella lääkelistan toivottiin keskustelevan reseptikeskuksen kanssa, jolloin lääkelistan päivittäminen olisi helpompaa. Samoin potilaan käytössä olevasta verenohennuslääkkeestä voisi tulla huomio hoitajalle.

Että potilaalle tällöinen käytössä, koska vaikka siellä on huomio, että jos käytät verenohennuslääkkeitä niin ota yhteys, mutta kyllä niitäkin välillä pompsahtaa, että on mennyt Xareltot sun muut Eliquisit ilman taukoa.

6.2.9 Potilaspalautteet

Palautteen kerääminen

Haastattelujen perusteella potilaspalautetta kerätään eri tavoin. Eräässä sairaalassa pilot-tijakson aikana potilaille lähetetään ryhmäviesti, jossa pyydetään käymään antamassa palautetta, mutta palautetta tulee melko vähän. Myös varsinaisessa digihoitopolussa on palauteosio, jossa palautetta voi antaa kahden eri kyselyn kautta, mutta käyttäjämäärään verrattuna palautetta annetaan vähän. Toisessa sairaalassa on sairaalan oma palautteen keräysjärjestelmä, minkä takia digihoitopolulla ei ole omaa palauteosiota. Saatuja palautteita voidaan käyttää digihoitopolun kehittämisessä hyödyksi.

Ja just sitten se että sitten sen käytön perusteella ja mitä siitä saadaan sitten palautetta ja muuta niin sitten sitä fiksataan sitten sen mukaan.

Positiiviset palautteet

Suurin osa digihoitopolkua koskevista potilaspalautteista on positiivista. Digihoitopolku koetaan hyvin toimivaksi ja käteväksi. Potilaat kokevat löytävänsä sieltä paljon tietoa ja tieto on selkeässä muodossa. Digihoitopolkua voi käyttää silloin kun se itselle sopii.

Sai täyttää ne esitiedot ja ylipäänsä tutustua siihen materiaaliin semmoisena itselle sopivana aikana rauhassa niin että ei tarvitse kesken työpäivää ruveta vahtimaan sitä puhelinta että milloin tulee soittoa.

Samoin viestitoiminto on koettu helppona tapana saada oma hoitaja kiinni. Usein kysytyt kysymykset-osio on ollut hyvä, koska sieltä löytää vastaukset mieltä askarruttaviin asioihin eikä tarvitse erikseen soittaa ja kysyä.

Negatiiviset palautteet

Negatiiviset potilaspalautteet koskevat usein teknisiä ongelmia. Ajoittain on ollut ongelmaa digihoitopolulle kirjautuessa, välillä taas digihoitopolku ei ole toiminut. Joskus potilas ei ole osannut käyttää digihoitopolkua ja kokee sen takia käytettävyyden huonoksi. Yksittäisiä palautteita on tullut myös hankalakäyttöisyydestä. Joskus myös potilaan ja hoitajan väliset viestiketjut ovat kadonneet. Yhdessä palautteessa oli mainittu, että digihoitopolulla olevat linkit eivät aina toimineet tai niistä ei saanut auki oikeaa sivua.

Jotkut potilaat ovat kokeneet jääneensä yksin leikkauksen jälkeen eli tarkempia ja laajempia jälkihoito-ohjeita kaivattiin. Välillä kotihoito-ohjeita on myös ollut vaikea löytää.

7 Johtopäätökset ja ehdotus digihoitopolun käyttöönotosta

Kehittämistyön tulosten perusteella leikkauspotilaille on olemassa useita toimenpidekohtaisia digihoitopolkuja eri sairaaloissa. Digihoitopolkuja on rakennettu vaihtelevia ratkaisuja käyttämällä, mutta periaate niissä on sama: potilaan vastuu tiedontuottajana on aiempaa tärkeämmässä roolissa ja hoidonsuunnittelijoiden ja -varaajien osuus kirjaamisessa jää vähemmälle.

Digihoitopolun rakentaminen vie aikaa, mutta sen tekemiseen kannattaa panostaa. Sopivan kohderyhmän löytäminen on edellytys hyvin toimivalle ja hyötyä tuottavalle digihoitopolulle. Digihoitopolun tekijän täytyy tuntea leikkauspotilaan prosessi. Tärkeää on myös moniammatillisen tiimin tuki. Pilotointi on oleellinen vaihe digihoitopolun käyttöönoton kannalta. Pilotivaiheen tarkoituksena on opetella digihoitopolun käyttöä ja tunnistaa mahdolliset kehittämiskohdat.

Esihenkilöiden tuki on merkittävässä roolissa. Heidän täytyy tukea ja kannustaa työntekijöitään, mutta ennen kaikkea mahdollistaa tarpeeksi aikaa digihoitopolun suunnitteluun ja käyttöönottoon. Esihenkilön tuki motivoi työyksikköä digihoitopolun käyttöönotossa.

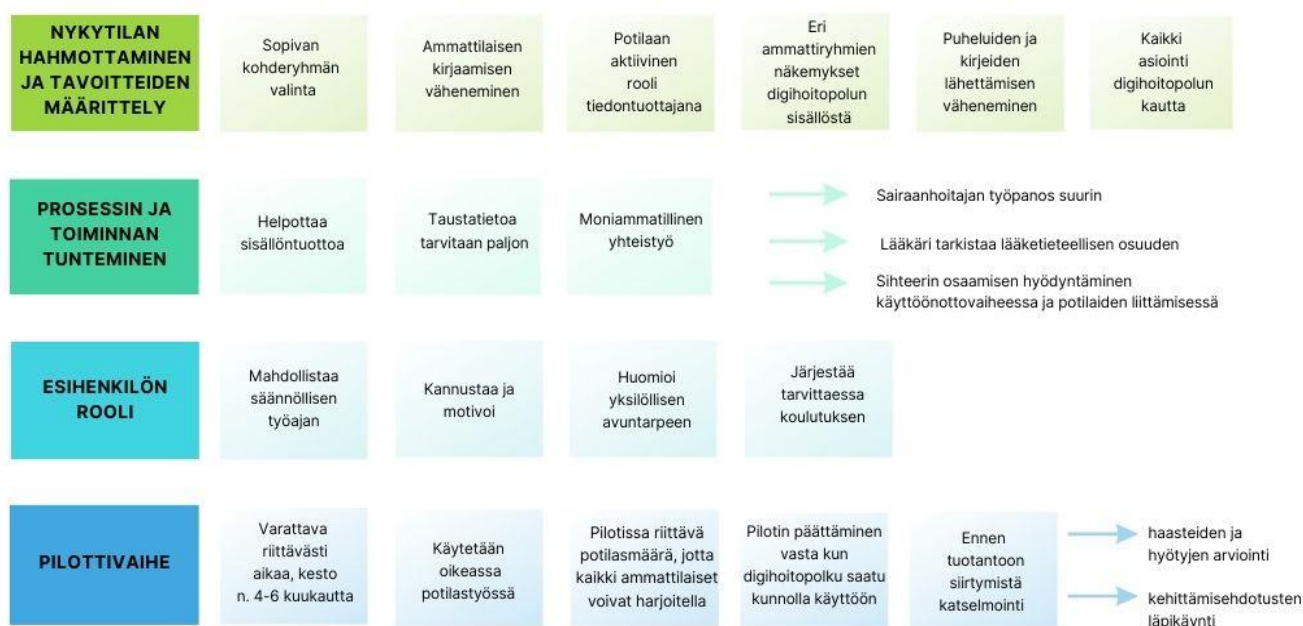
Digihoitopolkujen avulla hoidonsuunnittelijoiden ja -varaajien aikaa saadaan vapautettua muihin työtehtäviin. Lisäksi peruutuspaikkojen täyttäminen on nopeutunut ja helpottunut digihoitopolun avulla. Potilaan kontaktointi perinteisin tavoin puhelimitse ja kirjeitse on vähentynyt ja asiointi on siirtynyt lähes kokonaan digihoitopolulla tapahtuvaksi. Digihoitopolku sisältää enemmän tietoa kuin mitä vastaanotolla, puhelimesta tai kirjeessä pystytään antamaan. Esitietokaavakkeiden täyttäminen ja ohjeiden lukeminen digihoitopolulla jää pitkälti potilaan vastuulle.

Pääsääntöisesti digihoitopolkuihin ollaan tyytyväisiä eikä vanhaan toimintamalliin haluta palata. Suurin haaste liittyy digihoitopolun ja potilastietojärjestelmien välisen yhteyden puuttumiseen. Tiedot joudutaan siirtämään käsin ohjelmasta toiseen ja tämä on välillä hidasta.

Vaikka tämän kehittämistyön tuloksissa painotetaan hoidonsuunnittelijoiden ja -varaajien näkemyksiä, tuloksista nousee esiin myös potilaiden kokemukset digihoitopolun käytöstä. Käyttökokemukset ovat pääosin positiivisia. Digihoitopolku mahdollistaa tiedonsaamisen itselleen sopivaan aikaan ja yhteydenottotarve hoidonsuunnittelijaan tai -varaajaan vähenee, koska digihoitopolulta löytyy runsaasti tietoa ja vastauksia kysymyksiin. Digihoitopolun käyttöä neuvotaan ja sen käyttöön kannustetaan, mutta potilas tekee päätöksen digihoitopolun käyttämisestä.

Tämän kehittämistyön tuloksien pohjalta luotiin ehdotus toimintamallista, jota voidaan hyödyntää tulevaisuudessa leikkauspotilaan digihoitopolun kehittämisessä Kanta-Hämeen keskussairaalassa. Kuviossa 3 on kuvattu digihoitopolun käyttöönottoa edeltävät vaiheet alkaen nykytilan hahmottamisesta ja tavoitteiden määrittelystä pilottivaiheeseen saakka.

Digihoidopolun käyttöönottoa edeltävät vaiheet



Kuvio 3. Digihoidopolun käyttöönottoa edeltävät vaiheet

Käyttöönottoa edeltää monta eri vaihetta. Kun nykytila on hahmotettu ja tavoitteet määritetty, valitaan henkilöt, jotka alkavat rakentaa digihoitopolkua. Henkilöiden täytyy tuntea leikkauspotilaan prosessi ja myös työyksikkö, jossa digihoitopolkua ollaan ottamassa käyttöön. Digihoidopolun rakentamiseen tarvitaan moniammatillinen työryhmä. Esihenkilön rooli on hyvin tärkeä, jotta digihoidopolun tekemistä varten saadaan vapautettua tarpeeksi aikaa. Esihenkilön täytyy kannustaa ja motivoida työntekijöitään ja järjestää tarvittaessa koulutusta.

Ennen digihoidopolun käyttöönottoa täytyy järjestä pilottivaihe, jolloin testataan digihoidopolun toimivuutta. Pilottivaiheessa digihoidopolulle liitetään potilaita, joten sitä käytetään oike-

assa potilastyössä. Pilottijakson täytyy olla tarpeeksi pitkä, jotta digihoitopolun käyttöä ehditään harjoitella tarpeeksi. Ennen digihoitopolun varsinaista käyttöönottoa pidetään katselmointi, jossa arvioidaan haasteet ja hyödyt ja tehdään tarvittaessa parannuksia. Kuviosta 4 käy ilmi digihoitopolun rakentamisen eri vaiheet sekä digihoitopolun sisältö ja toiminnallisuudet.

Digihoitopolun rakentaminen ja sisältö



Kuvio 4. Digihoitopolun rakentaminen ja sisältö

Digihoitopolun rakentamisessa voi hyödyntää aiemmin tehtyjä digihoitopolkuja. Digihoitopolun rakentaminen kannattaa aloittaa tekemällä sisällysluettelo. Tämä auttaa hahmottamaan digihoitopolun sisältöä. Sisältöä voi lähteä tuottamaan eri tietolähteitä hyödyntäen. Hyviä tietolähteitä ovat muun muassa ammattikirjallisuus ja työyksikössä jo käytössä olevat ohjeet.

Digihoitopolun käyttöönotto on aina potilaan päätös. Liittämisen yhteydessä otetaan huomioon potilaan yksilölliset tarpeet. Digihoitopolulle voi liittää yleisiä, kaikkia koskevia ohjeita

sekä leikkauskohtaista tietoa. Ajatuksena on, että potilas saisi kaiken tarvittavan tiedon digihoitopolun kautta. Samoin yhteydenpito terveydenhuollon ammattilaisiin tapahtuu sitä kautta. Hoitajat pystyvät seuraamaan potilaan etenemistä digihoitopolulla erilaisten työkalujen avulla. Potilasta voi tarvittaessa muistuttaa muun muassa täyttämään esitietokaavakkeen tai käymään laboratoriotutkimuksissa. Lopuksi kaikki digihoitopolulle tuotu tieto siirretään potilastietojärjestelmään, johon se arkistoituu.

8 Pohdinta ja arviointi

8.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvityksen tulosten perusteella kuvata ehdotus toimintamallista, jota voidaan hyödyntää tulevaisuudessa leikkauspotilaan digihoitopolun kehittämisessä Kanta-Hämeen keskussairaalassa. Haastateltavien tuottamalla tiedolla saatiin vastauksia opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Tulosten avulla saatiin selville, mitä hyötyä digihoitopolku tuo leikkauspotilaan hoitoon osallistuville hoitotyön ammattilaisille, mitä asioita pitää ottaa huomioon leikkauspotilaan digihoitopolkua rakentaessa sekä minkälaista osaamisen uudistamista leikkauspotilaan digihoitopolun käyttöönotto edellyttää organisaatiolta. Tulosten avulla pystyttiin kuvaamaan toimintamalliehdotus leikkauspotilaan digihoitopolun kehittämistä varten. Opinnäytetyön tulokset ovat Kanta-Hämeen keskussairaalan hyödynnettävissä leikkauspotilaan digihoitopolkua suunnittelu-, rakentamis- sekä käyttöönottovaiheessa.

Tulosten perusteella ennen digihoitopolun käyttöönottoa työyksikössä täytyy miettiä tarkasti, mihin tarpeeseen digihoitopolku luodaan ja mitä sillä tavoitellaan. Tämän kannalta on oleellista hahmottaa nykytila ja se, mihin digihoitopolulla pyritään. Digihoitopolun rakentamiseen olisi hyvä osallistua henkilöitä, jotka tuntevat työyksikön, johon digihoitopolkua ollaan ottamassa käyttöön. Näin digihoitopolusta saadaan juuri kyseisen yksikön tarpeisiin vastaava työkalu. (Järvinen 2020, 41.) Muutosprosessin onnistumisen kannalta kaikilla muutosprosessin toteuttamiseen osallistuvilla henkilöillä tulisi olla samankaltainen näkemys tavoitteista ja tuloksista, joihin pyritään (Lintula & Rauhala 2022, 29). Järvinen (2020, 36) toteaa, että hoitotyön ammattilaisten lisäksi digipalvelujen kehittämisessä olisi hyvä olla mukana asiakkaita sekä tietotekniikan osaajia.

Esihenkilön tuen tärkeys digihoitopolun suunnittelu-, rakentamis- ja käyttöönottovaiheessa nousi esiin jokaisessa haastattelussa. Johdon tukea korostetaan myös Juntusen (2022, 34–35) kirjallisuuskatsauksessa. Johtajilla täytyy olla teknisen osaamisen lisäksi hyvät ihmismuutokset. Esihenkilöiden pitää pystyä tukemaan työntekijöitään tarpeeksi ja lisäksi tiedottaa aktiivisesti ja oikein kohdennetusti digimuutokseen osallistuvia henkilöitä. Työntekijöitä on myös helpompi sitouttaa digimuutokseen, jos johtajalla on tarpeeksi tietämystä digitalisaation mahdollisuuksista ja haasteista. Osallistavassa johtajuudessa tavoitellaan sitä, että työntekijät itse havaitsevat digimuutoksen tuomat hyödyt omaan työhönsä. Usein työntekijöitä on helpompi sitouttaa muutokseen, jos heidät osallistetaan muutoksen tekemiseen.

Tulosten mukaan tärkeänä koettiin riittävän työajan mahdollistaminen digihoitopolun rakentamista varten. Sama käy ilmi Juntusen (2022, 36) tuloksista. Terveystieteiden tutkimuskeskusten organisaatioissa on harvoin tarpeeksi resursseja digimuutosten kehittämiseen ja toteuttamiseen. Melartin (2023, 33) mukaan digihoitopolkujen luomiseen ja ylläpitämiseen ei annettu tarpeeksi resursseja. Digihoidopolkuja piti tehdä muiden työtehtävien ohella tai jopa omalla ajalla. Esihenkilöiltä toivottiinkin enemmän aikaa digihoidopolkujen tekemiseen.

Tämän kehittämistyön tuloksista käy lisäksi ilmi, että terveydenhuollon ammattilaisten tarvitsema avuntarve digihoitopolun rakentamisessa on yksilöllistä. Osa haastateltavista koki, että tietoteknistä apua ei saanut tarpeeksi, kun taas osan mielestä digihoitopolun rakentamiseen riittää perustason ATK-aidot. Jotta digimuutos saadaan onnistuneesti toteutettua, sen toteuttajille täytyy järjestää riittävästi koulutusta. Tutkimusten mukaan terveydenhuollon ammattilaisilla ei ole tarpeeksi osaamista digitaalisten muutosten läpivientiin (Juntunen 2022, 36). Useat aikaisemmat tutkimukset (Niemelä ja Rintala 2020, 34; Mielonen ym. 2021, 10; Laitinen 2024, 46) korostavat, että terveydenhuollon ammattilaisia täytyy kouluttaa digipalveluiden käyttöön. Näin ammattilaisilla on mahdollisuus ohjata potilaita oikeiden palvelujen pariin. Muutenkin esihenkilön tuki on tärkeää muutosprosessiin liittyen. Tarpeeksi selkeä näkemys kehitteillä olevan digipalvelun tuomasta hyödyistä ja lisäarvosta niin ammattilaisille kuin potilaille motivoi ammattilaisia digimuutoksen toteuttamiseen. (Järvinen 2020, 33.)

Tulosten mukaan haasteltavat kokivat, että potilaita voisi opastaa digihoitopolun käyttöön nykyistä aikaisemmassa vaiheessa. Tällöin potilaalla olisi jo jonkinlainen käsitys digihoidopolun käyttämisestä. Myös Niemelän ja Rintalan (2022, 29–32) tutkimuksen tuloksissa korostetaan potilasohjauksen ja tuen tarjoamisen tärkeyttä. Ohjauksen ja tuen avulla potilaita voidaan motivoida digipalvelujen käyttöön. Asiakasnäkökulma on tärkeä digihoidopolun kehittämisvaiheessa. Digihoidopolun pitää olla helposti käytettävä ja saavutettava. Helposti käytettävää palvelua on mielekkäämpää käyttää kuin monimutkaista palvelua. Lisäksi asiakkaiden eritasoiset digitaidot täytyy ottaa huomioon. Potilaslähtöisyys ja potilaan ohjaamisen merkitys käy ilmi myös Melartin (2023, 28–29, 38) opinnäytetyössä. Potilaiden ohjeistaminen digihoidopolun käyttöä varten toteutuu hyvin. Digihoidopolkuun voi tutustua ennen sen käyttöönottoa. Potilaan päätöstä digihoidopolun käyttöönotosta kunnioitetaan ja halutessaan potilas saa perinteisen kutsukirjeen postitse ja haastattelu tehdään puhelimitse.

Laitinen (2024, 40) toteaa, että digipalvelujen ansiosta palvelut ovat paremmin asiakkaiden saatavilla ja saavutettavissa. Myös ammattilaiset kokevat, että vuorovaikutus asiakkaiden kanssa on aiempaa joustavampaa. Niemelä ja Rintala (2020, 49) korostavat, että digihoidopolun tarkoituksena ei ole korvata esimerkiksi leikkauspäätöksen tekemisen yhteydessä

annettavaa ohjausta, vaan sillä täydennetään potilaan hoitokokonaisuutta. Potilaiden hoitaminen digiratkaisujen avulla vaatii hoitotyön ammattilaisilta uudenlaista työotetta. On tärkeää kiinnittää huomiota oleellisiin asioihin ja priorisoida työtehtäviä, jotta potilasturvallisuus toteutuu. (Tuomikoski ym. 2020, 333.)

Tulosten mukaan potilaan liittämisen digihoitopolulle on eroavaisuuksia eri sairaaloiden välillä. Melartin (2023, 37) mukaan potilas olisi hyvä liittää digihoitopolulle jo lähetteen saapumisen yhteydessä. Näin digihoitopolku saadaan potilaan käyttöön mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja potilas pääsee lukemaan ohjeita ja täyttämään kaavakkeita hyvissä ajoin. Härkönen (2020, 34) toteaa, että asiakkaat olisivat kaivanneet enemmän tukea digihoitopolun tekniseen käyttöön. Sulinin (2020, 28) tutkimuksen mukaan digihoitopolun kanssa työskentelevät hoitajat kokivat, että potilaat tarvitsevat enemmän ohjausta digihoitopolkuun ja varsinkin sen sisältöön liittyen.

Tulosten mukaan digihoitopolun käyttöönottoaminen ei ole niinkään ikäsidonnainen, vaan enemminkin siihen vaikuttaa käyttäjän tietotekniset taidot. Hyppönen ym. (2018, 28–29, 43) toteavat tutkimuksessaan, että digipalvelujen käyttömyönteisyyteen vaikuttavat muun muassa käyttäjän koulutustausta, elämänlaatu, asuinseutu ja oikeanlainen asenne. Väestön ikääntyessä täytyy kuitenkin ottaa huomioon ikääntyvien ihmisten valmiudet käyttää digipalveluita. Niemelän ja Rintalan (2022, 30) mukaan puutteellisten digitaitojen lisäksi asiakas voi olla estynyt käyttämään digipalveluita muun muassa tarvittavien laitteiden puuttuessa tai jostain muusta syystä ei halua käyttää digipalveluita. Mielosen ym. (2021, 4, 9) tutkimuksessa korostetaan sitä, kuinka ikääntyvät usein kokevat terveysteknologian käyttämisen hankalana erinäisistä syistä, kuten fyysisten rajoitusten tai puutteellisten tietoteknisten taitojen takia. Toisaalta ikääntyvillä on tutkimuksen mukaan halukkuutta digipalvelujen käyttöön.

Tuloksista käy ilmi, että digihoitopolku vapauttaa ammattilaisten työaikaa muihin tehtäviin. Hoidonsuunnittelijan työn koetaan nopeutuneen, koska potilaan tietojen tarkistaminen ja tiedon siirtäminen eri järjestelmien välillä käy nopeammin kuin potilaiden haastattelemisen puhelimitse. Samoin leikkauksen jälkeiset puhelut ovat vähentyneet, sillä potilaat löytävät digihoitopolulta tietoa myös leikkauksen jälkeisestä ajasta ja muun muassa kivunhoidosta. Ponder ym. (2020) tutkimuksessa mainittiin muun muassa jälkihoito-ohjeiden ja kuntoutusharjoitusten sisällyttämisen digihoitopolulle edesauttavan leikkauksesta toipumista. Melarti (2023, 32) mainitsee lisäksi, että potilaiden kysymyksiin vastaaminen on huomattavasti nopeampaa digihoitopolun chat-ominaisuuden kautta kuin puhelinsoitolla. Samoin Sulinin (2020, 32) opinnäytetyön tulosten mukaan hoitohenkilökunta koki digihoitopolun tuovan josakin helpotusta työtehtäviin, mutta samaan aikaan digihoitopolku teetti uusia työtehtäviä

ja näin ollen lisäsi työtä. Kuten Melarti (2023, 33) toteaa, uuden asian opettelu vie aikaa ja työ on alkuun hitaampaa. Sama asia nousi esiin tämän kehittämistehtävän tuloksissa.

Haastateltavien mukaan digihoitopolku mahdollistaa potilaan ohjaamisen aiempaa paremmin. Digihoitopolulle pystyy sisällyttämään paljon enemmän tietoa kuin kutsukirjeeseen. Melartin (2023, 30) tulokset ovat samankaltaiset. Lisäksi kuvien, videoiden ja linkkien avulla potilaan ohjaamisesta saa monipuolista. Niemelä ja Rintala (2020, 49) toteavat, että fyysisessä ohjaustilanteen rajallisuuden takia potilaalle ei pystytä kertomaan asioita niin tarkasti kuin digihoitopolulla. Sama asia nousi esiin tämän kehittämistyön tuloksista. Digihoitopolun kautta ohjeet ja muut tärkeät leikkaukseen liittyvät asiat ovat heti potilaan saatavilla, eikä potilaan tarvitse odottaa kutsukirjeen saapumista. Samoin tieto leikkausajankohdasta saavuttaa potilaan nopeasti. (Sulin 2020, 30.)

Tulosten mukaan ehkäpä suurimpana haasteena digihoitopolun käytössä on potilastietojärjestelmän ja digihoitopolun välisen yhteyden puuttuminen. Tiedot eivät siirry automaattisesti järjestelmästä toiseen, vaan ammattilaisen täytyy käsin siirtää kaikki tiedot. Tämä on ajoittain hidasta ja aiheuttaa ylimääräistä työtä. Sama haaste käy ilmi Laitisen (2024, 42) kirjallisuuskatsauksesta sekä Niemelän ja Rintalan (2022, 50) tuloksista. Terveystieteiden tutkimuskeskuksella on käytössä useita erilaisia järjestelmiä, jolloin tiedonhallinta ei ole yksinkertaista (Juntunen 2022, 37). Labrique ym. (2018, 4) korostavat eri järjestelmien välillä tapahtuvan tiedonsiirron tärkeyttä, jolloin ammattilaiset eivät joudu tekemään tuplatyötä. Järvisen (2020, 34–35) mukaan digiratkaisut voivat sekä keventää että lisätä ammattilaisten työtaakkaa. Kuormittavia tekijöitä ovat lähinnä tekniset ongelmat eli ohjelmistojen hitaus tai toimimattomuus. Työtä helpottavia tekijöitä ovat työn sujuvoituminen ja potilaan tuottaman tiedon hyödyntäminen.

Tulosten mukaan potilaspalautteita voidaan hyödyntää digihoitopolkujen kehittämisessä. Potilaspalautetta ei anneta kovinkaan paljon suhteessa digihoitopolkujen käyttäjämäärään. Niemelä ja Rintala (2020, 35) nostavat esiin, että palautetta on kuitenkin helppo antaa digihoitopolun kautta. Palautteiden kautta asiakkaiden ääni saadaan kuuluviin ja heidät voidaan ottaa mukaan digihoitopolkujen kehittämiseen. Myös Kastikainen (2023, 37) mainitsee palautteen perusteella tehtävien parannusten tärkeyttä. Näin digihoitopolku palvelee potilaita parhaalla mahdollisella tavalla.

Tulokset kertovat, että valtaosa potilaista on ollut tyytyväisiä digihoitopolun käyttöön. Suurin osa potilaista kokee digihoitopolun toimivan hyvin ja se on kätevä käytössä. Melartin (2023, 29, 34) mukaan potilaat ovat pääsääntöisesti kokeneet digihoitopolun helppokäyttöiseksi jopa silloin, kun digitaidot ovat olleet perustasolla. Toisaalta digihoitopolun mainostamista

toivottiin enemmän, jotta siitä saisi tietoa jo etukäteen. Potilaat ovat olleet tyytyväisiä digihoitopolun sisältämän tiedon määrään. (Melarti 2023, 30.) Myös Härkösen (2020, 29) tulosten mukaan asiakkaat kokivat, että digihoitopolun sisältö on kattava, mutta tieto jäi osittain epäselväksi digihoitopolun hitauden takia. Tämän takia tietoa haettiin myös muualta digihoitopolun lisäksi. Härkösen (2020, 27, 30–31) pro gradu-tutkielman mukaan digihoitopolkua käyttävät asiakkaat kokivat digihoitopolun käytön pääosin hyvänä asiana. Digihoitopolku koettiin hyödylliseksi ja helppokäyttöiseksi. Digihoitopolun kautta asiakkaat kokivat saavansa yksilöllistä ohjausta ja yhteistyö terveydenhoidon ammattilaisten kanssa sujui hyvin. Ponder ym. (2020) tutkimuksen mukaan enemmistö potilaista koki digihoitopolun auttavan leikkaukseen valmistautumisessa. He voisivat myös suositella sen käyttöä läheisilleen. Toisaalta digihoitopolun käyttöön liittyi välillä teknisiä ongelmia. Samoihin tuloksiin päästiin Pennasen ym. (2023, 31, 33) selvityksessä. Kastikainen (2023, 25) toteaa, että digihoitopolun materiaalin, kuten videoiden, avulla potilaille voidaan antaa monipuolista ja motivoivaa ohjausta. Materiaaliin tutustuessaan potilas voi esimerkiksi nähdä kuvia toimenpideyksiköstä, jolloin toimenpiteeseen saapumiseen liittyvä jännitys voi vähentyä.

Digihoitopolun avulla potilaat voivat lukea ohjeita ja täyttää kaavakkeita juuri silloin, kun heille sopii. Digihoitopolun käyttö ei ole sidottu myöskään paikkaan. Sama käy ilmi Melartin (2023, 30) tuloksista. Potilaat olivat antaneet positiivista palautetta siitä, kuinka digihoitopolkua käyttäessä ei tarvitse odottaa sairaanhoitajan soittoa tiettyyn aikaan. He myös kokivat, että hoitajiin sai helposti yhteyden chat-toiminnon kautta. Yhteydenpito terveydenhuollon ammattilaisiin koettiin kätevänä viestitoiminnon kautta (Härkönen 2020, 33). Toisaalta chatin kautta saattaa välillä tulla kysymyksiä, joihin ei ole helppoa vastata, vaan asia olisi helpompi keskustella puhelimitse (Sulin 2020, 32).

8.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusta tehdessä eettisiä kysymyksiä täytyy pohtia jo tutkimuksen aihetta valitessa (Hirsjärvi ym. 2007, 26). Leikkauspotilaan digihoitopolun kehittäminen on hyvin ajankohtainen aihe, sillä terveysalan palveluita siirretään kiihtyvällä tahdilla digitaaliseen muotoon niiltä osin kuin se on mahdollista. Aihe on merkityksellinen, sillä tutkimustulosten avulla saadaan lisää tietoa siitä, mitä kaikkea pitää ottaa huomioon digihoitopolun suunnittelu- ja käyttöönottovaiheessa. Kehittämistyön tuotosta voidaan hyödyntää kohdeorganisaation digihoitopolkuja kehitettäessä. Eettisyyteen liittyy myös tarvittavien lupien ja suostumusten hakeminen ja sopimus siitä, kenellä on oikeus tutkimusaineiston omistamiseen, käsittelyyn ja säilyttämiseen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023, 13). Tämän kehittämistyön tekijä vastasi tutkimuslupien ja suostumusten hakemisesta. Tutkimuslupaa haettiin heti opinnäytetyösuunnitelman hyväksymisen jälkeen kohdeorganisaatiolta sekä niiltä organisaatioilta,

joiden työntekijöitä oli tarkoitus haastatella. Kehittämistyöntekijä kontaktoi haastateltavat sähköpostin tai puhelimen välityksellä, kysyi mielenkiintoa osallistua haastatteluun sekä pyysi alustavan suostumuksen kaikilta haastateltavilta. Haastattelukutsun yhteydessä haastateltaville henkilöille lähetettiin sähköpostitse haastatteluun osallistuvan infokirje sekä haastatteluteemat ja apukysymykset. Näin haastateltavilla oli mahdollisuus tutustua haastatteluteemoihin jo ennen haastattelua. Kaikki haastateltavat saivat kehittämistyön tekijän nimen ja sähköpostiosoitteen, jos he halusivat ottaa yhteyttä esittääkseen kysymyksiä haastatteluun tai kehittämistyöhön liittyen tai perua osallistumisensa haastatteluun. Infokirjeessä sekä haastattelun alkaessa haastateltavia muistutettiin haastatteluun osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä mahdollisuudesta jäädä pois kehittämistehtävään osallistumisesta missä vaiheessa tahansa. Haastatteluun osallistuminen toimi samalla suostumuksen antamisena kehittämistyöhön osallistumisena. Tässä kehittämistyössä ei käsitelty sellaisia henkilötietoja, joista voisi tunnistaa haastateltujen henkilöllisyyden. Kaikki tutkimusaineisto käsiteltiin, säilytettiin ja hävitettiin asianmukaisella tavalla.

Tätä kehittämistyötä varten perehdyttiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohjeeseen hyvästä tieteellisestä käytännöstä (HTK). Eurooppalaisen tutkimuseettisen ohjeen mukaan hyvä tieteellinen käytäntö koostuu luotettavuudesta, rehellisyydestä, arvostuksesta ja vastuunkannosta. Luotettavuudella varmistetaan kehittämistyön laatua aina sen suunnitteluvaiheesta työn valmistumiseen saakka. Luotettavuuden arviointi on osa hyvää tutkimuskäytäntöä (Aaltio & Puusa 2020, 178). Kehittämistyön avoin ja salaamaton suunnittelu, toteutus ja arviointi edellyttävät rehellisyyttä. Kehittämistyötä tehdessä täytyy arvostaa kaikkia ja kaikkea, mikä siihen liittyy, kuten yhteiskunta, kollegat ja tieteellisen toiminnan osapuolet. Kehittämistyön tekijää veloitetaan kantamaan vastuuta koko kehittämisprosessin ajan sisältäen sen ideointivaiheen, toteuttamisen, tulosten julkaisemisen ja mahdolliset vaikutukset ympäristöön. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023, 11–12.) Tämä kehittämistyö tehtiin HTK-ohjeita noudattaen. Kehittämistyön toteutuksen raportointi pidettiin mahdollisimman avoimena.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin on luotu seuraavia kriteereitä: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2014, 127). Luotettavuutta lisää se, että tutkija pohtii valittujen menetelmien soveltuvuutta suhteessa tutkimuksen tavoitteisiin. Myös tutkimuksen kohdejoukko tulisi valita niin, että tutkimuskysymyksiin on mahdollista saada tutkimuksen kannalta oleellisia vastauksia. (Aaltio & Puusa 2020, 181–182.) Laadullisessa tutkimuksessa ei ole tarkoituksena tuottaa tuloksia, jotka ovat yleistettävissä, vaan luotettavuuden tarkastelu perustuu niihin raameihin, jotka juuri kyseessä olevalle tutkimukselle on määritelty. Lisäksi laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin vaikuttaa siinä käytetyt menetelmät. (Aaltio & Puusa 2020, 178.) Tutkimuksen

luotettavuutta voi lisätä kuvaamalla tutkimusprosessia mahdollisimman tarkkaan. Analyysi vaihe tulee kuvata mahdollisimman tarkasti ja analyysin etenemistä on hyvä havainnoida kuvioilla, taulukoilla tai liitteillä. (Hirsjärvi ym. 2007, 216–217; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 198.) Uskottavuuden lisäämiseksi kehittämistyön tekijä piti opinnäytetyöpäiväkirjaa, joka toimi muistin tukena pitkin opinnäytetyöprosessia. Päiväkirjan pitäminen lisää tutkimuksen luotettavuutta, koska päiväkirjamerkintöjen avulla pystyy tarkistamaan, minkä takia on päätytty tiettyihin ratkaisuihin ja miten koko opinnäytetyöprosessi on edennyt. Muistissa olevien merkintöjen avulla tutkimukseen liittyviä ratkaisuja ja valintoja on helppompaa perustella. (Hirsjärvi ym. 2007, 52.) Tämän kehittämistyön luotettavuutta lisää myös se, että tietoperustan lähteiden etsimisessä käytettiin LAB ammattikorkeakoulun informaation apua. Kehittämistyöntekijä ja informaattikko tutustuivat yhdessä etäyhteyden avulla eri tietokantoihin ja miettivät kriittisesti mahdollisimman tarkkoja hakusanoja. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voi heikentää tutkimukseen osallistuvien pieni määrä (Kylmä & Juvakka 2014, 133). Tätä kehittämistyötä varten haastateltiin neljää henkilöä, joten otos oli pieni. Toisaalta kaikista haastatteluista nousi esiin samoja asioita, vaikkakin haastateltavat edustivat eri organisaatioita.

Tässä kehittämistyössä haastattelujen ja vertaisarvioinnin arvioitiin olevan toimivia menetelmiä, koska tarkoituksena oli kerätä tietoa leikkauspotilaan digihoitopolkua käyttäviltä ammattilaisilta ja lisätä ymmärrystä sen suunnittelua ja käyttöönottoa edellyttävistä tekijöistä. Vertaisarvioinnin kautta saatiin tietoa eri sairaaloiden käyttämisestä leikkauspotilaan digihoitopolkuratkaisuista ja niitä pystyttiin vertaamaan kohdeorganisaation nykytilanteeseen. Haastatteluista saatiin laaja aineisto, jonka avulla käsitystä digihoitopolun kehittämiseen ja käyttöönottamiseen vaikuttavista tekijöistä voitiin syventää. Teemoittelun valinta analyysimenetelmäksi oli onnistunut, sillä kehittämistehtävän tekijällä oli mielessä selkeät teemat, joihin haluttiin vastauksia. Aineisto saatiin luokiteltua teemoittelun avulla eri luokkiin, jotka jäsensivät aineistoa johdonmukaisesti. Analyysin etenemistä kuvattiin kuviossa 2 ja taulukossa 1. Opinnäytetyösuunnitelman mukaan tarkoituksena oli luoda ehdotus leikkauspotilaan digihoitopolun rakentamisesta Service blueprint-menetelmällä. Kehittämistehtävän edetessä Service blueprint ei kehittämistehtävän tekijän mielestä ollutkaan paras menetelmä luoda ehdotusta, sillä Service blueprintissä palvelu kuvataan aina asiakkaan näkökulmasta. Tässä kehittämistehtävässä painotettiin terveydenhuollon ammattilaisen näkemyksiä digihoitopolusta. Koska tarkoituksena oli luoda ehdotus, joka palvelee nimenomaan Kanta-Hämeen keskussairaalaa ja sen työntekijöitä digihoitopolun rakentamisessa, Service blueprintistä päätettiin luopua ja ehdotus kuvattiin kuvioissa 3 ja 4 esitetyllä tavalla. Tällä kuvauksella saatiin selville ydintiedot, joita tarvitaan leikkauspotilaan digihoitopolkua kehitettäessä.

Vahvistettavuudella tarkoitetaan sitä, että toinen tutkija voi päästä samoihin tuloksiin samasta aiheesta. Tosin laadullisessa tutkimuksessa tulkinnat voivat erota toisistaan ja siitä johtuen tuloksetkin olla erilaiset, vaikka tutkittava ilmiö olisikin sama. Vahvistettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkija kirjaa koko tutkimusprosessinsa kaikki vaiheet niin, että ulkopuolinen voi seurata tutkimuksen kulkua. Tämän kehittämistehtävän eri vaiheista kerrottiin mahdollisimman tarkasti. Opinnäytetyöpäiväkirjan kirjoittamisesta oli hyötyä, koska siihen pystyi kirjoittamaan ajatuksia esimerkiksi jokaisen haastattelun jälkeen. (Kylmä & Juvakka 2014, 129.)

Reflektiivisyydellä tarkoitetaan tutkijan arviota omasta vaikutuksestaan tutkimuksen kulkuun ja sen aineistoon. Tutkijan pitäisi pyrkiä etenemään tutkimusprosessissaan niin, että omat ennakko-oletukset eivät ohjaa tutkimusta. (Kylmä & Juvakka 2014, 129; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 202.) Tämä kehittämistyön tekijä yritti pysyä mahdollisimman objektiivisena tutkimustietoa hankkiessa sekä unohtaa omat ennakkokäsityksenä tutkittavasta ilmiöstä. Kehittämistyön tekijä ei tuntenut henkilökohtaisesti ketään haastateltavista ja siitä syystä haastateltavat pystyivät kertomaan tutkittavasta ilmiöstä omakohtaisia kokemuksiaan ja näkemyksiään vapaasti. Haastattelutilanteissa kehittämistyön tekijä ei tuonut omia näkemyksiään ilmi ja pyrki muutenkin olemaan johdattellessaan haastateltavia.

Siirrettävyyttä voidaan arvioida ainoastaan, jos tutkimuksen tekijä kertoo tutkimuksen toteuttamisesta tarpeeksi. Tärkeää on kuvata tutkimusympäristöä sekä siihen osallistujia. Siirrettävyys tarkoittaa sitä, että tutkimustulokset voidaan siirtää vastaaviin tilanteisiin eli toiseen tutkimusympäristöön. (Kylmä & Juvakka 2014, 129.) Kuten uskottavuuden, myös siirrettävyyden kannalta on tärkeää, että aineistonkeruu- ja analyysivaihetta kuvataan mahdollisimman tarkasti. Tätä kehittämistehtävän tutkimustilanteista eli haastatteluista on kerrottu tarkemmin luvussa 5.2. Tuloksissa on myös käytetty suoria lainauksia haastateltavilta. Tämä lisää osaltaan tutkimuksen luotettavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 198.) Tämän kehittämistehtävän tulokset ovat siirrettävissä Oma Hämeen eri yksiköihin, joissa halutaan kehittää digihoitopolkua muillekin kuin leikkauspotilaille. Tulokset ovat siirrettävissä myös muiden organisaatioiden käyttöön.

8.3 Jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotukset

Opinnäytetyössä keskityttiin kuvaamaan leikkauspotilaan digihoitopolkua terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta. Kehittämis ehdotuksena on leikkauspotilaan digihoitopolun rakentaminen Kanta-Hämeen keskussairaalaan opinnäytetyön tuotoksessa kuvattua ehdotelmää hyödyntäen. Jatkossa digihoitopolkua voisi kehittää myös asiakkaan näkökulmasta kuvaamalla asiakkaan hoitopolkua esimerkiksi Service blueprint-menetelmällä.

Jatkotutkimusaiheena ehdotetaan selvittämään, minkälaisia osaamiskriteereitä hoitajilta edellytetään leikkauspotilaan digihoitopolun käyttöön liittyen. Toisena jatkotutkimusaiheena ehdotetaan selvittämään leikkauspotilaan digihoitopolun käyttöönoton jälkeen, minkälaista hyötyä digihoitopolku on tuonut Kanta-Hämeen keskussairaalalle ja kuinka leikkauspotilaan prosessiin osallistuvien hoitotyön ammattilaisten työnkuva on muuttunut. Kolmantena jatkotutkimusaiheena ehdotetaan selvittämään potilaiden käyttökokemuksia leikkauspotilaan digihoitopolusta.

Lähteet

Aaltio, I. & Puusa, A. 2020. Mitä laadullisen tutkimuksen arvioinnissa tulisi ottaa huomioon? Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus Oy.

Aalto, S. 2022. Apulaisosastonhoitaja. Satasairaala. Buddy Healthcare sovellus. Satasairaala Mobiiliapuri. Power Point-esitys. Päiväkirurgiset päivät 22.9.2022. Tampere.

Ahveniston sairaala 2023a. Viitattu 26.3.2023. Saatavissa <https://ahvenistonsairaala.fi/>

Ahveniston sairaala 2023b. Mikä on Assi? Viitattu 26.3.2023. Saatavissa <https://ahvenistonsairaala.fi/tietoa/>

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

Alén, M. 2022. Hoidonohjausjärjestelmän taloudellinen vaikuttavuus leikkauspotilaan hoitoprosessissa. Diplomityö. Lappeenrannan-Lahden teknillinen yliopisto LUT. Viitattu 21.5.2023. Saatavissa <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022112967522>

Aspland, E., Gartner, D. & Harper, P. 2019. Clinical pathway modelling: a literature review. Taylor & Francis Online. Health Systems. Vol. 10 (1), 1–23. Viitattu 20.5.2023. Saatavissa <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20476965.2019.1652547>

Günther, K., Hasanen, K. & Juhila, K. 2023. Johdanto: analyysi ja tulkinta. Teoksessa Vuori, J. (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 20.9.2023. Saatavissa <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/analyysi-ja-tulkinta/>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press Oy Yliopistokustannus, HYY yhtymä

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Viitattu 9.4.2023

Hyppönen, H., Pentala-Nikulainen, O. & Aalto, A-M. 2018. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi 2017. Kansalaisten kokemukset ja tarpeet. Raportti 3/2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 11.3.2024. Saatavissa <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-103-4>

Hänninen, S. & Jaakkola, M. 2023. Kanta-Hämeen hyvinvointialueen asukkaiden digitaalisten palveluiden tarpeen kartoitus. Opinnäytetyö (YAMK). Jyväskylän ammattikorkeakoulu ja Lapin ammattikorkeakoulu. Viitattu 14.3.2024. Saatavissa https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/808585/Hanninen_Jaakkola.docx.pdf..pdf?sequence=2&isAllowed=y

Härkönen, K. 2020. Raskausdiabetesta sairastavien naisten kokemuksia digihoitopolusta. pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 11.3.2024. Saatavissa <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20201169>

Ilmarinen, V. & Koskela, K. 2015. Digitalisaatio. Yritysjohdon käsikirja. Alma Talent Oy. Viitattu 7.9.2023. Saatavissa rajoitetusti <https://bisneskirjasto-almatalent-fi.ezproxy.saimia.fi/teos/IACBGXCTEB - kohta:Digitalisaatio/piste:tPT>

Innokylä. Service Blueprint. Viitattu 9.2.2024. Saatavilla <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/service-blueprint>

Javadi, M. & Zarea, K. 2016. Understanding Thematic Analysis and its Pitfall. Journal of Client Care. An International Nursing Journal. Vol 1 (1), 34-40. Viitattu 2.2.2024. Saatavissa https://pdfs.semanticscholar.org/7e0d/d7ca59631b0cc61a1ce28effd6eb0c78a665.pdf?_gl=1*w07lj5*_ga*MTg0Nzc2OTg1NC4xNjk0NTQzMdly*_ga_H7P4ZT52H5*MTcwNjg2NzQyNy4zLjEuMTcwNjg2Nzc1NC41OC4wLjA

Juntunen, T. 2022. Digitalisaatio muuttaa johtamista terveydenhuollossa – integratiivinen kirjallisuuskatsaus. YAMK-opinnäytetyö. LAB-ammattikorkeakoulu. Viitattu 30.9.2023. Saatavissa https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/780958/Juntunen_Tommi.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Järvinen, M. 2020. Sähköiset palvelut osana sairaanhoitajan työtä. Digitaalisen palvelun kehittämiskuvaus ja kirjallisuuskatsaus sairaanhoitajan muuttuvasta työnkuvasta. Viitattu 2.3.2023. Saatavissa https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/348016/Marianna_J%c3%a4rvinen.pdf.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Kallio, A. 2023. Litterointi. Teoksessa Vuori, J. (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 19.9.2023. Saatavissa <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/laadullisen-tutkimuksen-prosessi/litterointi/>

- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. E-kirja. Sanomapro. Viitattu 30.1.2024. Saatavissa <https://www.ellibslibrary.com/book/978-952-63-0148-8>
- Kanta-Hämeen keskussairaala 2023a. Leikkaustoiminta. Viitattu 9.3.2023. Saatavissa <https://www.khshp.fi/palvelut/leikkaustoiminta/>
- Kanta-Hämeen keskussairaala 2023b. Oma Raitti. Viitattu 9.3.2023. Saatavissa <https://www.khshp.fi/oma-raitti/>
- Kanta-Hämeen keskussairaala 2023c. Viitattu 9.3.2023. Saatavissa <https://palvelupolku.khshp.fi/>
- Kanta-Hämeen keskussairaala 2023d. Selkäleikkauspotilaan polku. Viitattu 9.3.2023. Saatavissa <https://palvelupolku.khshp.fi/selkapotilaan-polku/>
- Kastikainen, S. 2023. Digihoitopolun sisällön kehittäminen Huuli- ja suulakihalkiokeskuksessa. YAMK-opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Viitattu 18.3.2024. Saatavissa https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/810807/Kastikainen_Suvi.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Kivekäs, E., Kuosmanen, P., Kinnunen, U-M., Kansanen, M. & Saranto, K. 2019. Sähköiset terveystietopalvelut osaksi potilaan arkea. Finnish Journal of EHealth and EWelfare, 11(1-2), 25-37. Viitattu 14.11.2023. Saatavissa <https://doi.org/10.23996/fjhw.69813>
- Koski, L. 2020. Teksteistä teemoiksi. Dialoginen tematisointi. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus Oy.
- Kuusisto, O., Merisalo, M. & Kääriäinen J. (toim.) 2022. Digiosallisuus Suomessa. Valtioneuvoston Selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:10. Viitattu 23.4.2023. Saatavissa https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163789/VNTEAS_2022_10.pdf
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2014. Laadullinen terveystutkimus. Porvoo: Edita Publishing Oy
- Labrique B. A., Wadhwani C., Awoonor Williams, K., Lamptey, P., Hesp, C., Luk, R. & Aerts, A. 2018. Best practices in scaling digital health on low and middle income countries. Globalization and Health Vol. 14 (1), 103–103. Viitattu 3.3.2024. Saatavissa <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0424-z>
- Laitinen, E. 2024. Digiviestintä asiakkaiden kanssa terveysalan henkilöstön näkökulmasta. Integroiva kirjallisuuskatsaus. YAMK-opinnäytetyö. LAB-ammattikorkeakoulu. Viitattu

14.3.2024. Saatavissa

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/821215/Laitinen_Elina.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992. 2 Luku. Potilaan oikeudet. 3 §. Oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Viitattu 26.3.2023. Saatavissa <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P3>

Lintula, M. & Rauhala, J. 2022. Lasten ja nuorten poliklinikat ovat siirtyneet digiaikaan. Sähköisten terveystietojen käyttöönoton tiekartta. YAMK-opinnäytetyö. Hämeen ammattikorkeakoulu. Viitattu 4.2.2024. Saatavissa https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/749515/Lintula_Rauhala.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Lyytinen, I. 2023. Vs. palvelualueen ylilääkäri. Kanta-Hämeen keskussairaala. Haastattelu 28.4.2023

Melarti, K. 2023. Digitalisaation hyödyntäminen kaihileikkauspotilaan hoitopolussa. Potilaslähtöisen ohjauksen kehittäminen digihoitopolun avulla. YAMK-opinnäytetyö. Centria-ammattikorkeakoulu. Viitattu 30.1.2024. Saatavissa https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/797731/Melarti_Kaarina.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Mielonen, J., Saranto, K., Kuusisto, H., Kemppi, A. & Kinnunen, U-M. 2021. Ikääntyvien näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisistä palveluista. Gerontologia, 35(1), 3-12. Viitattu 11.3.2024. Saatavissa <https://doi.org/10.23989/gerontologia.89447>

Mäkynen, S. 2023. Asiakaspalvelun erityisasiantuntija. Kanta-Hämeen hyvinvointialue. Palvelupolut. Käytön edistäminen. PowerPoint-esitys.

Neittaanmäki, P., Lehto, M. & Savonen, M. 2021. Yhteiskunnan digimurros. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 15.9.2023. Saatavissa https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/75328/Yhteiskunnan_digimurros.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Niemelä, H. & Rintala, N. 2020. Potilasohjauksen digitalisoiminen Soiteissa. Tyräpotilaan sekä eturauhassyöpää sairastavan potilaan digihoitopolkujen kehittäminen. YAMK-opinnäytetyö. Centria-ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.2.2024. Saatavissa https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/744813/Niemel%c3%a4_Rintala.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Nuutinen, M. 2000. Hoitoketju. Lääketieteellinen aikakaussarja Duodecim. nro 17:1821–1828. Viitattu 20.5.2023. Saatavissa <https://www.duodecimlehti.fi/duo91721>

Oma Häme 2023a. Kanta-Hämeen keskussairaala. Viitattu 18.3.2023. Saatavissa <https://omahame.fi/kanta-h%C3%A4meen-keskussairaala>

Oma Häme 2023b. Viitattu 7.3.2023. Saatavissa <https://omahame.fi/>

Oma Häme 2023c. Strategia ja arvot. Viitattu 7.3.2023. Saatavissa <https://omahame.fi/fi/strategia-ja-arvot>

Oma Häme 2023d. Palveluverkkoselvityksen teko jatkuu – toimitilojen ja palvelujen nykytila on saatu kartoitettua. Viitattu 15.8.2023. Saatavissa <https://omahame.fi/w/palveluverkkoselvityksen-teko-jatkuu>

Oma Häme 2023e. Asioi sähköisesti. Viitattu 17.3.2023. Saatavissa <https://omahame.fi/asioi-s%C3%A4hk%C3%B6isesti>

Oma Häme 2023f. Oma Häme-mobiilisovellus. Viitattu 5.12.2023. Saatavissa <https://omahame.fi/sovellus>

Pelkonen, I., Forss, S., Lähdesmäki, A., Äärinen, A., Moilanen, E., Raunio, U., Hukari, H., Heikkinen, E. & Halin, J. 2023. Hyvinvointialueiden digitaalisten palveluiden kypsyystason arviointi. Kansallinen ja yhteistyöaluekohtainen lähtötilanne vuonna 2022. Työpaperi 47/2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 16.1.2024. Saatavissa https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/148138/URN_ISBN_978-952-408-241-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pennanen, P., Jansson, M., Torkki, P., Harjumaa, M., Pajari, I., Laukka, E., Lakoma, S., Härkönen, H., Verho, A., Martikainen, S., Kouvonen, A. & Leskelä, R-L. 2023. Digitaalisten palvelujen vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2023:52. Viitattu 14.3.2024. Saatavissa https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165147/VNTEAS_2023_52.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ponder, M., Ansah-Yeboah, A. A., Charalambous, L. T., Adil, S. M., Venkatraman, V., Abd-El Barr, M., Haglund, M., Grossi, P., Yarbrough, C., Dharmapurikar, R., Gellad, Z. & Lad, S. P. 2020. A Smartphone App With a Digital Care Pathway for Patients Undergoing Spine Surgery: Development and Feasibility Study. JMIR Perioperative Medicine. Vol. 3 (2). Viitattu 22.3.2024. Saatavissa <https://periop.jmir.org/2020/2/e21138/>

Puusa, A. 2020a. Haastattelutyypit ja niiden metodiset ominaisuudet. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus Oy.

- Puusa, A. 2020b. Näkökulmia laadullisen aineiston analysointiin. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus Oy.
- Puusa, A. & Julkunen, S. 2020. Uskottavuuden arviointi laadullisessa tutkimuksessa. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus Oy.
- Puusa, A. & Juuti, P. 2020. Laadullisen tutkimuksen olemus. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus Oy.
- Rauhala, J. 2024. ICT-palvelupäällikkö, digitaaliset palvelut. Oma Häme. Sähköpostiviesti. Vastaanottaja Wahlberg, P. Lähetetty 18.3.2024.
- Reponen, E., Rundall, T. G., Shortell, S. M., Blodgett, J. C., Juarez, A., Jokela, R., Mäkijärvi, M. & Torkki, P. 2021. Benchmarking outcomes on multiple contextual levels in lean healthcare: a systematic review, development of a conceptual framework, and a research agenda. BMC Health Services Research. Vol. 21 (1), 161–161. Viitattu 7.5.2023. Saatavissa <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06160-6>
- Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindbol-Yläne, S. & Paavilainen, E. 2014. Tutkimuksen voimasanat. Sanoma Pro Oy. Helsinki.
- Saarijärvi, H. & Puustinen, P. 2020. Strategiana asiakaskokemus: miksi, mitä, miten? Jyväskylä: Docendo. E-kirja. Ellibs Library. Viitattu 21.2.2024. Saatavissa rajoitetusti <https://www.ellibslibrary.com/book/9789522919847>
- Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 108.
- Saranto, K., Kinnunen, U-M., Jylhä, V. & Kivekäs, E. 2020. Teoksessa Hujala, A. & Taskinen, H. (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere University Press. Viitattu 14.8.2023. Saatavissa <https://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-202011278265>
- Satasairaala 2023. Satasairaala Mobiiliapuri. Viitattu 3.5.2023. Saatavissa <https://www.satasairaala.fi/potilaille/hoitoon-tulo/satasairaala-mobiiliapuri>
- Sihvo, P., Jauhiainen, A. & Ikonen, H. 2014. Asiakaslähtöisten sähköisten terveyspalvelujen kehittäminen ketterästi. Teoksessa Jauhiainen, A. & Sihvo, P. (toim.) Sähköiset terveyspalvelut asiakkaiden käyttöön terveydenhuollossa – Teoriasta käytäntöön. Karelia-ammattikorkeakoulu. Viitattu 10.11.2023. Saatavissa <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/86478/B33.pdf?sequence>

Sulin, L. 2020. Digitaalinen hoitopolku – kaularankaleikkauspäätöksen saaneen potilaan ja henkilökunnan kuvaamana. Opinnäytetyö YAMK. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Viitattu 18.5.2023. Saatavissa

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/333603/Sulin_Laura.pdf?sequen

Terveystenhuoltolaki. 1326/2010. 6 Luku. Hoitoon pääsy. 52 §. Erikoissairaanhoidon pääsy. Viitattu 26.3.2023. Saatavissa

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L6P52>

Terveyskylä 2023a. Viitattu 26.5.2023. Saatavissa <https://www.terveyskyla.fi/>

Terveyskylä 2023b. Uusi verkkokurssi auttaa sote-ammattilaisia tuottamaan ja kehittämään digipolkuja ja itsehoito-ohjelmia. Viitattu 19.10.2023. Saatavissa

https://www.terveyskyla.fi/terveyskyl%C3%A4pro/ajankohtaista/uusi-verkkokurssi-auttaa-sote-ammattilaisia-tuottamaan-ja-kehitt%C3%A4m%C3%A4nC3%A4n-digipolkuja-ja-itsehoito-ohjelmia?trk=feed_main-feed-card_feed-article-content

Terveyskylä 2023c. Digipolut. Viitattu 4.5.2023. Saatavissa

<https://www.terveyskyla.fi/omapolku/digihoitopolut>

Tietoarkisto 2023. Tunnisteellisuus ja anonymisointi. Aineistohallinnan käsikirja.

Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 18.9.2023. Saatavissa

<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/aineistohallinta/tunnisteellisuus-ja-anonymisointi/>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korjattu painos.

Viitattu 5.5.2023. Saatavissa <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-7732-4>

Tuomikoski K., Liljamo, P., Reponen, J. & Kanste, O. 2022. Digihoitopolkujen vaikutukset terveydenhuollon ammattilaisten toimintaprosesseihin erikoissairaanhoidossa. Finnish

Journal of EHealth and EWelfare, Vol. 14 (3), 326–338. Viitattu 22.3.2023. Saatavissa

<https://doi.org/10.23996/fjhw.112648>

Tuominen, K. 2016. Kehityksen tie. Oy Benchmarking Ltd. Benchmarking-pilottiohjelma.

Benchmarking-käsikirja. Oy Benchmarking Ltd.

Turunen, E. 2018. Preoperatiivisen hoidonsuunnittelumallin vaikutukset elektiivisten leikkausten peruuntumisiin. Väitöskirja. Itä-Suomen Yliopisto. Viitattu 25.5.2023.

Saatavissa https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/20233/urn_isbn_978-952-61-2838-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-

ohje 2023. Viitattu 27.4.2023. Saatavissa https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf

Uusitalo, P. 2023. Hoidonsuunnittelija. Kanta-Hämeen keskussairaala. Haastattelu 25.4.2023.

Uusitalo, P. & Wahlberg, P. 2021. Hoidonsuunnittelijan työnkuva.

Vaahrovuo, H. 2023. Hoidonsuunnittelija. Kanta-Hämeen keskussairaala. Haastattelu 28.4.2023.

Vilkkä, H. 2021. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus. E-kirja. Ellibs Library. Viitattu 2.5.2023. Saatavissa rajoitetusti <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789523701731>

World Health Organization 2021. Global strategy on digital health 2020-2025. Viitattu 14.8.2023. Saatavissa <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344249/9789240020924-eng.pdf>

Ziadlou, D. 2021. Strategies during digital transformation to make progress in achievement of sustainable development by 2030. Leadership in Health Services (1751-1879) Vol. 34 (4), 375-391. Viitattu 4.9.2023. Saatavissa <https://doi-org.ezproxy.saimia.fi/10.1108/LHS-08-2020-0056>

Liite 1. Infokirje haastateltavalle

Hyvä haastatteluun osallistuja!

Opiskelen LAB-ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan YAMK-tutkintoa nimikkeellä sosiaali- ja terveyspalvelujen digiasiantuntija. Teen opinnäytetyöni leikkauspotilaiden digihoitopolkuihin liittyen. Opinnäytetyöni on tutkimuksellinen kehittämistyö. Sen tarkoituksena on selvittää leikkauspotilaiden digihoitopolkujen tilannetta kansallisella tasolla. Lisäksi tarkoituksena on selvittää, millainen on toimiva leikkauspotilaan digihoitopolku. Opinnäytetyöni tavoitteena on kuvata toimintamalli, jota voidaan hyödyntää tulevaisuudessa leikkauspotilaan digihoitopolun kehittämisessä Kanta-Hämeen keskussairaalassa.

Yhteistyökumppanina toimii Kanta-Hämeen keskussairaala. Aineisto kerätään haastattelemalla leikkauspotilaan digihoitopolun parissa työskenteleviä hoidonvaraajia ja –suunnittelijoita. Haastattelut on tarkoitus toteuttaa syksyllä 2023 myöhemmin ilmoitettuna ajankohtana. Haastattelut toteutetaan Teams-etäyhteyden kautta. Haastattelussa käydään läpi ennalta määritellyt teemat apukysymyksiä hyödyntäen. Voit tutustua haastattelun teemoihin etukäteen. Haastattelurungon löydät tämän infokirjeen mukana tulevasta liitteestä.

Kerättyä aineistoa käsittelee ainoastaan tämän opinnäytetyön tekijä. Tunnistettavia henkilötietoja ei kerätä missään vaiheessa. Kerättyä aineistoa käsitellään ja säilytetään niin, ettei siitä pysty missään vaiheessa tunnistamaan tiedonantajaa. Aineisto hävitetään asianmukaisella tavalla heti kun sitä ei enää tarvita opinnäytetyön tekemiseen. Haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Osallistumalla haastatteluun hyväksyt antamiesi tietojen käyttämistä opinnäytetyön tekemisessä. Voit koska tahansa kieltäytyä kehittämistyöhön osallistumisesta.

Mikäli sinulle heräsi kysymyksiä jo tässä vaiheessa, vastaan niihin mielelläni.

Lämmin kiitos osallistumisestasi!

Ystävällisin terveisin,

Pilvi Wahlberg

pilvi.wahlberg@student.lab.fi

Liite 2. Haastatteluteemat ja apukysymykset

1. Käytössä olevat leikkauspotilaan digihoitopolut

- Mistä polut löytyvät?
- Selainpohjainen/mobiilisovellus?
- Millaisilla potilasryhmillä käytössä?
- Kuinka monta eri polkua käytössä?

2. Käyttöönottoon liittyvät seikat

- Mitä ammattiryhmiä mukana suunnittelussa?
- Mitä on hyvä huomioda digihoitopolkuja suunnitellessa?
- Mitä johtamiselta edellytetään?
- Miten pilotoitiin?
- Millaisella aikataululla edettiin?

3. Digihoitopolun käyttö

- Kuka tekee päätöksen digihoitopolun käyttämisestä?
- Millaisia edellytyksiä potilasvalinnan suhteen?
- Kuinka suuri osa potilaista valitsee digipolun?
- Mitä työvaiheita jäänyt pois?
- Uuden opettelu, millainen koulutus?

4. Käyttökokemukset

- Miten helpottanut/nopeuttanut työntekoa?
- Miten vaikeuttanut/hidastanut työntekoa?
- Mitä muuttaisit?
- Minkälaista palautetta kuullut kollegoilta?
- Minkälaista palautetta kuullut potilailta?