

Opinnäytetyö (YAMK)

Tradenomi (YAMK), SOTE-palvelujen ja -liiketoiminnan johtaminen

2025

Anna Nordström

Muutosjohtamisen menetelmät potilastietojärjestelmän käyttöönnotossa

– Kokemuksia Kemiönsaaren Omni360 -
käyttöönnotosta



Opinnäytetyö (YAMK) | Tiivistelmä

Turun ammattikorkeakoulu

Tradenomi (YAMK), SOTE-palvelujen ja -liiketoiminnan johtaminen

2025 | 72 sivua

Anna Nordström

Muutosjohtamisen menetelmät potilastietojärjestelmän käyttöönotossa

- Kokemuksia Kemiönsaaren Omni360 -käyttöönotosta

Hyvinvointialueiden perustamisten jälkeen potilastietojärjestelmien yhtenäistämiprojekteja on käynnistetty useammalla alueella. Potilastietojärjestelmien yhteneväisyydellä tavoitellaan sujuvampaa tiedonjakoa sekä tasavertaisten palvelujen tarjoamista koko alueelle.

Tässä työssä tutkittiin Kemiönsaaren perusterveydenhuollon Omni360 - potilastietojärjestelmän käyttöönoton onnistumista loppukäyttäjien näkökulmasta. Työn tavoite oli selvittää miten muutosjohtamisen menetelmiä, kuten muun muassa viestintää, osallistamista sekä henkilöstöresursointia huomioitiin käyttöönottoprojektin aikana. Näiden lisäksi selvitettiin, miten käyttöönotto vaikutti henkilöstön kuormitukseen, tuottiko Kemiönsaaren ruotsinkielisyys erikoispiirteitä käyttöönottoon ja huomioitiinko kieliasetelmaa tarpeeksi. Tutkimus toteutettiin kokonaistutkimuksena ja kvantitatiivisena kyselylomaketutkimuksena.

Työn tulokset osoittivat, että muutosjohtamisen menetelmiä olisi voitu hyödyntää paremmin projektissa. Riittämätön viestintä, kiireinen aikataulu, sekä Kemiönsaaren henkilöstön osallistamisen epäonnistuminen aiheutti tyytymättömyyttä, sekä kuormitti henkilöstöä. Näiden lisäksi Kemiönsaaren ruotsinkielisyyden huomioiminen koko prosessissa jäi osittain puutteelliseksi.

Kyseisen tutkimuksen vastausaineiston rajallisuuden takia laajoja johtopäätöksiä Kemiönsaaren käyttöönoton onnistumisesta ei kuitenkaan ole mahdollista tehdä.

Asiasanat:

Muutosjohtaminen, käyttöönotto, implementointi, potilastietojärjestelmä, Omni360, terveysteknologia, kaksikielisyys, ruotsinkielisyys

Master's Thesis | Abstract

Turku University of Applied Sciences

Master of Business Administration, Management of Social and Health Services and Business

2025 | 72 pages

Anna Nordström

Change management methods in the implementation of electronic health record systems

- experiences of the Omni360 -implementation in Kemiönsaari

After the establishment of the Welfare areas, multiple areas have started large-scale electronic health record implementation projects. The aim of the projects is to ease information change, and to enable equal services within the areas.

In this thesis, the outcomes of the Omni360 -health record system implementation in Kemiönsaari was studied. The aim of the study was to analyze the use of change management methods, such as communication, involvement and resource management, during the implementation process. The effects of the implementation on the personnels workload, was also studied, as well as the question if the majority use of the Swedish language on Kemiönsaari, caused any special requirements to the implementation, and if so, how well were they taken into consideration.

The study was carried out as an overall study, using a quantitative questionnaire. The result of the study shows that change management principles could have been used in a better way during the implementation project. Inadequate communication, a busy schedule and a failure of involvement of the personnel at Kemiönsaari, caused dissatisfaction and burdened the personnel. In addition to this, the need to take the Swedish language into consideration, was partially disregarded.

However, due to the limitations of the research material, it is not possible to make larger conclusions of the success of the Omni360 implementation in Kemiönsaari.

Keywords:

Change management, implementation, electronic health record, EHR, Omni360, healthcare technology, bilingualism, Swedish language

Sisältö

| | |
|--|-----------|
| Käytetyt lyhenteet ja sanasto | 8 |
| 1 Johdanto | 9 |
| 1.1 Varsinais-Suomen Hyvinvointialueen Omni360 -potilastietojärjestelmän käyttöönotto | 10 |
| 1.2 Kemiönsaaren käyttöönotto | 12 |
| 1.3 Opinnäytetyön tarve | 13 |
| 1.4 Tutkimuksen tavoitteet | 14 |
| 1.4.1 Tutkimuskysymykset | 14 |
| 2 Terveysteknologian käyttöönotto | 15 |
| 2.1 Hyödyt | 15 |
| 2.2 Haitat | 15 |
| 2.3 Tietojärjestelmän käytettävyyys | 16 |
| 2.4 Organisaatiotekijät | 16 |
| 2.5 Rahoitus | 17 |
| 2.6 Henkilöstö | 17 |
| 2.7 Esihenkilön rooli | 17 |
| 3 Muutosjohtaminen | 19 |
| 3.1 Henkilöstöresursointi | 22 |
| 3.2 Viestintä | 22 |
| 3.3 Osallistaminen | 23 |
| 3.4 Odotusten hallinta | 24 |
| 3.5 Seuranta | 25 |
| 3.6 Yhteenveto | 26 |
| 4 Tutkimuksen toteutus | 27 |
| 4.1 Menetelmävalinta | 27 |
| 4.2 Kyselylomakkeiden laatiminen | 27 |
| 4.3 Aineistonkeruu | 30 |
| 4.4 Aineiston käsittely ja analyysi | 31 |

| | |
|--|-----------|
| 5 Tulokset | 33 |
| 5.1 Perustiedot | 33 |
| 5.2 Ennakkoasetukset | 34 |
| 5.3 Viestintä | 36 |
| 5.4 Osallistaminen | 38 |
| 5.5 Muutosvalmiudet | 41 |
| 5.6 Koulutukset | 43 |
| 5.7 Henkilöstön kuormitus | 46 |
| 5.8 Potilastietojärjestelmän käytettävyys ja toiminnan tehokkuus | 50 |
| 5.9 Tuki | 52 |
| 5.10 Käyttöönoton onnistuminen | 54 |
| 6 Pohdinta | 56 |
| 6.1 Johtopäätökset | 56 |
| 6.2 Tutkimuksen arviointi | 59 |
| 6.2.1 Kokonaisluotettavuus, validiteetti ja reliabiliteetti | 59 |
| 6.2.2 Eettisyys | 61 |
| 6.2.3 Opinnäytetyön hyödyllisyys | 61 |
| 6.3 Jatkotutkimusideat | 62 |
| Lähteet | 64 |

Liitteet

Liite 1. Ensimmäinen kyselylomake

Liite 2. Toinen kyselylomake

Kuvat

Kuva 1. Aikataulu perusterveydenhuollon potilastietojärjestelmän käyttöönotosta
(Lähde VARHAN Intranet).

11

Kuva 2. Kotterin muutosjohtamisen malli.

20

| | |
|---|----|
| Kuva 3. Hyvät johtamiskäytännöt (Ingebrigtsen ym. 2014, 399; Kujala ym. 2018, 224). | 21 |
| Kuva 4. Yhteenvedo tämän työn painopisteistä | 26 |

Kuviot

| | |
|--|----|
| Kuvio 1. Vastaajien äidinkieli. | 33 |
| Kuvio 2. Vastaajien esihenkilöstatus. | 34 |
| Kuvio 3. Potilastietojärjestelmän käyttötavat. | 34 |
| Kuvio 4. Vastaajien aikaisemmat kokemukset Omni360 -järjestelmän käytöstä. | 35 |
| Kuvio 5. Vastaajien arvio omasta teknologia -osaamisesta, sekä -asenteesta. | 35 |
| Kuvio 6. Viestintäkanavat, jonka kautta vastaajat ovat saaneet tietoa Omni360 -käyttöönnotosta. | 37 |
| Kuvio 7. Vastaajien arvio viestinnän riittävydestä. | 37 |
| Kuvio 8. Vastaajien osallistuminen kehittämistyöhön. | 39 |
| Kuvio 9. Vastaajien Teams-kanavan käyttö. | 39 |
| Kuvio 10. Vastaajien arvio osallistamisestaan projektiin. | 40 |
| Kuvio 11. Vastaajien tietoisuus siitä, minne järjestelmäpalautetta voi lähettää. | 41 |
| Kuvio 12. Vastaajien arvio omasta sekä työyhteisön muutosvalmiuksista. | 42 |
| Kuvio 13. Vastaajien osallistuminen järjestettyihin koulutuksiin. | 44 |
| Kuvio 14. Vastaajien arvio koulutuksista. | 44 |
| Kuvio 15. Vastaajien arvio lisäkoulutustarpeesta. | 45 |
| Kuvio 16. Ensimmäisen kyselyn vastaajien arvio työtehtävien vähentämisestä ennen käyttöönottopäivää. | 47 |
| Kuvio 17. Toisen kyselyn vastaajien arvio työtehtävien vähentämisestä ennen käyttöönottopäivää, sekä käyttöönottopäivän jälkeen. | 48 |
| Kuvio 18. Vastaajien arvio käyttöönoton aiheuttamasta kuormituksesta. | 49 |
| Kuvio 19. Vastaajien arvio Omni360 ohjelmiston käytettävyydestä, sekä ohjelmiston käytön vaikutuksista työn tehokkuuteen. | 50 |
| Kuvio 20. Vastaajien antamat kouluarvosanat Omni360 -järjestelmästä. | 51 |
| Kuvio 21. Tarjolla olleiden tukipalvelujen käyttömäärät. | 53 |

Taulukot

| | |
|---|----|
| Taulukko 1. Tunnusluvut vastaajien arviosta omasta teknologia -osaamisesta, sekä -asenteesta | 36 |
| Taulukko 2. Tunnusluvut vastaajien arviosta viestinnän riittävydestä. | 38 |
| Taulukko 3. Tunnusluvut vastaajien arviosta osallistamisestaan projektiin | 40 |
| Taulukko 4. Tunnusluvut vastaajien arviosta omasta sekä työyhteisön muutosvalmiuksista. | 42 |
| Taulukko 5. Tunnusluvut vastaajien arviosta koulutuksista. | 45 |
| Taulukko 6. Tunnusluvut ensimmäisen kyselyn vastaajien arviosta työtehtävien vähentämisestä ennen käyttöönottopäivää. | 47 |
| Taulukko 7. Tunnusluvut toisen kyselyn vastaajien arviosta työtehtävien vähentämisestä ennen käyttöönottopäivää, sekä käyttöönottopäivän jälkeen. | 48 |
| Taulukko 8. Tunnusluvut vastaajien arviosta käyttöönoton aiheuttamasta kuormituksesta. | 49 |
| Taulukko 9. Tunnusluvut vastaajien arviosta Omni360 ohjelmiston käytettävyydestä, sekä ohjelmiston käytön vaikutuksista työn tehokkuuteen. | 50 |
| Taulukko 10. Vastaajien antamien kouluarvosanojen tunnusluvut, Omni360 -järjestelmästä. | 52 |
| Taulukko 11. Vastaajien antamien kouluarvosanojen tunnusluvut, Omni360 -käyttönotolle. | 54 |

Käytetyt lyhenteet ja sanasto

| | |
|-------------------|---|
| Käyttöönotto | Käyttöönottoprosessi kokonaisuudessaan, sisältäen suunnittelun, toteutuksen, sekä seurannan |
| Käyttöönottopäivä | Ajankohta, jolloin potilastietojärjestelmä otetaan käyttöön |
| SOTE | Sosiaali- ja terveysala |
| Varha | Varsinais-Suomen hyvinvointialue |

1 Johdanto

Sähköisten potilastietojärjestelmien käyttöönottoja on tutkittu laajasti. It-alan kehityksen myötä tutkittu tieto asiasta vanhenee kuitenkin nopeasti. Noin 15–20 vuotta sitten tehdyissä tutkimuksissa raportoidaan pitkälti paperisten potilasarkistojen muutoksesta sähköisiin (ks. esimerkiksi Adler 2007 ja Baron ym. 2005). Vasta viimeisen 10–8 vuoden sisällä on raportoitu potilastietojärjestelmien käyttöönotoista, joissa vaihdetaan yhdestä sähköisestä potilastietojärjestelmästä toiseen (ks. esimerkiksi Hansen ym. 2019, Hertzum ym. 2022 ja Arabi ym. 2022). Kirjallisuuskatsauksia, jotka käsittelevät yleisellä tasolla terveysteknologian implementointia terveydenhuollossa löytyvät myös (ks. esimerkiksi Ingebrigtsen ym. 2014, Avgar ym. 2012 ja Sissel ym. 2024). On hyvä huomioida, että vaikka on olemassa samankaltaisuuksia ammattilaisten vapaaehtoisten terveysteknologien käyttöönottojen, ja pakollisten potilastietojärjestelmien käyttöönottojen välillä, ne voivat myös erota toisistaan huomattavasti.

Yleisesti ottaen terveysteknologian käyttöönotto määritellään pitkäksi prosessiksi sisältäen suunnittelun, testauksen, omaksumisen, hyväksymisen sekä teknologian käytön integroitumisen päivittäiseen käyttöön (Avgar ym. 2012, 490; Sligo ym. 2017, 86). Itse käyttöönottopäivä, jolloin tietojärjestelmä tulee käyttöön organisaatiossa, on vain pieni osa koko käyttöönottoprosessista, jota ennen on tehty tietomigraatiot, työnkulkujen muutokset, pidetty henkilöstön koulutukset ja laadittu tukimuodot (Hertzum 2022, 2).

Tietojärjestelmien käyttöönotot toteutuvat harvoin ongelmitta. Epäonnistumisia jollakin tasolla tapahtuu jopa 70–75 % potilastietojärjestelmien implementoinneissa. (Ekholm & Kinnunen 2016, 65.) Epäonnistuneita laajojen sähköisten potilastietojärjestelmien käyttöönottoja on raportoitu tapahtuneen sekä julkisen että yksityisen terveydenhuollon puolella. Tapaustutkimuksia löytyy sekä pohjoismaista, esimerkiksi Tanskasta ja Suomesta, että maailmalta, esimerkiksi Isosta-Britanniasta ja Yhdysvalloista. (Hansen ym. 2019, Hertzum 2022.) Suomen lehdistössä on kirjoitettu laajasti vuonna 2018 HUS-alueelle käyttöönotetusta potilastietojärjestelmä Apotista. Harvalta on mennyt ohi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tyytymättömyys, joka seurasi Apotti -käyttöönottoa. (Jonsson 2024.)

Syksyllä 2024 sekä Ruotsissa että Norjassa on otettu käyttöön uudet laajat potilastietojärjestelmät. Molemmissa maissa käyttöönotot ovat aiheuttaneet isoja haasteita terveydenhuollossa, johtaen muun muassa vaaratilanteisiin potilaille. Henkilöstön tyytymättömyys uusiin ohjelmistoihin on myös ollut ilmeinen. (Jonsson 2024.) Ruotsissa ongelmat olivat jopa niin vakavat, että viikon käytön jälkeen palattiin vanhan potilastietojärjestelmän käyttöön (Wide 2024).

Valtaosassa (jopa 65 %) raportoiduissa epäonnistuneissa käyttöönotoissa yhdeksi syyksi on todettu heikko projektijohtaminen, sisältäen resurssien niukkuutta, suunnitelman puutetta sekä riittämätöntä johdon tukea. (Dendere ym. 2021, 779.) Yksi selittävä tekijä myös Apotin käyttöönoton epäonnistumisessa oli, ettei prosessissa hyödynnetty tarpeeksi muutosjohtamista (Stenqvist 2019).

1.1 Varsinais-Suomen Hyvinvointialueen Omni360 -potilastietojärjestelmän käyttöönotto

Digitalisaatiosta ja teknologian hyödyntämisestä on pitkään puhuttu Suomen SOTE-uudistuksen mahdollistajana. Digitalisaatio voi muun muassa mahdollistaa palveluiden jatkumista haja-asutuilla alueilla. Yhtenäiset potilastietojärjestelmät mahdollistavat myös sujuvamman tiedonkulun. Aikaisemmin, kun potilaat ovat siirtyneet kunnasta toiseen tai erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä, on ollut haasteita sähköisten potilasasiakirjojen näkyvyydessä. Muutoksen myötä pyritään parempaan digitaaliseen tiedonjakoon eri yksiköiden välillä. Potilaiden näkökulmasta, yhtenäinen potilastietojärjestelmä mahdollistaa yhdenvertaiset palvelut koko hyvinvointialueella. (2m-IT, 2024).

Yhtenäisellä tietojärjestelmällä tavoitellaan myös tiedolla johtamisen parantumista Varsinais-Suomen hyvinvointialueella. Kun tilastoinnit ja seurannat tehdään samalla tavalla koko alueella, on helpompaa verrata eri kuntien palveluiden tarpeita ja toimivuutta. Yhtenäinen potilastietojärjestelmä sekä yhtenäiset työprosessit, voi myös johtaa henkilöstön sujuvampaan liikkumiseen hyvinvointialueen sisällä, ja henkilöstön perehdytykset voivat tehostua.

Varsinais-Suomen hyvinvointialueen aloittaessa toimintansa vuonna 2023, eri kunnissa oli käytössä 41 eri potilas- ja asiakastietojärjestelmää (Lehtola 2022). Tammikuussa 2024 alkoi 1,5 vuoden kestävä projekti, jonka aikana koko Varsinais-Suomen

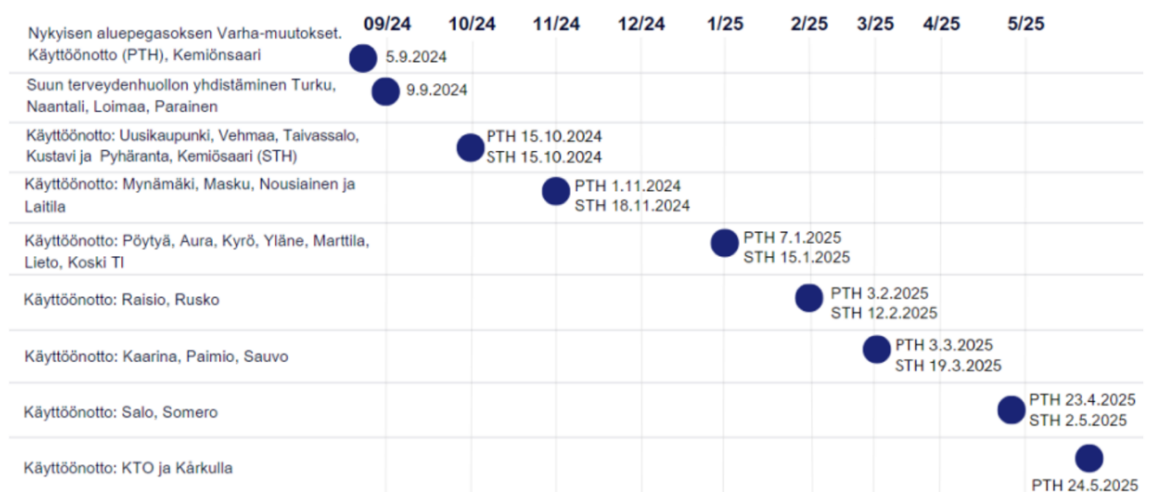
hyvinvointialueelle otetaan käyttöön yhtenäinen perusterveydenhuollon potilastietojärjestelmä. Muutos koskettaa 23 000 terveydenhuollon ammattilaista sekä lähes 500 000 potilasta (CGI 2024).

Uudeksi potilastietojärjestelmäksi valikoitui, kilpailutuksen jälkeen, Pegasos/Omni360 Terveydenhuolto (*jatkossa ”Omni360”*). Osassa kunnissa oli jo käytössä versio Omni360 -potilastietojärjestelmästä (Naantali, Turku, Loimaa, Oripää ja Parainen), muissa kunnissa käytössä on ollut jokin toinen potilastietojärjestelmä.

Omni360 -potilastietojärjestelmän käyttöönottoa varten perustettiin projektiryhmä, jonka tehtävänä oli valmistella sekä toteuttaa Omni360 käyttöönotto koko Varsinais-Suomen hyvinvointialueelle. Projektitiimissä oli edustettuna Varsinais-Suomen hyvinvointialue, CGI (Omni360 -potilastietojärjestelmän toimittaja) sekä 2m-IT (Varsinais-Suomen hyvinvointialueen ICT-palveluja tuottava in-house yhtiö).

Omni360 -potilastietojärjestelmän käyttöönotot tapahtuvat vaiheittain eri kunnissa (kuva 1). Ensimmäiseksi potilastietojärjestelmä otetaan käyttöön Kemiönsaaren perusterveydenhuollossa syyskuussa 2024. Omni360 -potilastietojärjestelmän käyttöönotto koskettaa Kemiönsaarella noin 250–300 loppukäyttäjää.

Perusterveydenhuollon potilastietojärjestelmän käyttöönotot



Kuva 1. Aikataulu perusterveydenhuollon potilastietojärjestelmän käyttöönotosta (Lähde Varhan intranet).

Eri kunnissa potilastietojärjestelmien lisäksi myös prosessit ja työnkulut eriyvät toisistaan. Tämän takia projekti on ollut mittavampi, kuin pelkästään yhden yksikön potilastietojärjestelmämuudistus. Koko hyvinvointialueen työnkulut, kirjaamisohjeet sekä hoitoprosessit on tarkoitus yhtenäistää projektin myötä.

Osallistaakseen henkilöstöä projektiin, keväällä 2024 järjestettiin työpajoja, joihin osallistuivat terveydenhuollon ammattilaisia eri alueilta. Työpajoja järjestettiin yhteensä yhdeksän, osa niistä oli palvelualakohtaisia ja osa vastaanotto toimintaan liittyviä. Eri alueet saivat itse nimetä edustajansa työpajoihin. Työpajojen lisäksi perustettiin kaikille avoin TEAMS-kanava ”Toimintamallien yhtenäistäminen sekä asiakas- ja potilastietojärjestelmien uudistaminen”, jossa pyydettiin kentältä palautetta työpajojen tuotoksiin ja määriteltyihin aikatyyppeihin.

Uuden potilastietojärjestelmän käyttäjäkoulutuspolku suunniteltiin sellaiseksi, että loppukäyttäjät suorittaisivat verkkokoulutuksen (eOpisto) sekä osallistuisivat yksikaksipäiväiseen luokkakoulutukseen. Luokkakoulutusten lisäksi myös Teams-koulutuksia järjestettiin, jotka olivat joko vaihtoehtoisia luokkakoulutuksille tai luokkakoulutuksia täydentäviä. Tavoite oli, että henkilöstö olisi suorittanut koulutukset noin neljä viikkoa ennen Omni360 käyttöönottopäivää. Käyttöönottopäivän jälkeen suunniteltiin järjestettäväksi kysymysklinikoita intranetissä sekä aluekohtaisia palautepalavereja. Vastuukäyttäjää varten perustettiin Teams-kanava ”Kysymykset Varhan toimintamalleista”.

1.2 Kemiönsaaren käyttöönotto

Kemiönsaaren asukkaista 66,2% ovat ruotsinkielisiä, 30,0% suomenkielisiä, sekä 3,7% muunkielisiä (Kemiönsaari, 2024). Työskentelykieli Kemiönsaaren perusterveydenhuollossa on valtaosin ruotsi. Varsinais-Suomen hyvinvointialue on kaksikielinen, ja alueen väestöstä 5,7% ovat ruotsinkielisiä (Varsinais-Suomen hyvinvointialue 2024). Varsinais-Suomen hyvinvointialueen ensisijainen viestintäkieli on suomi.

Ennen SOTE-uudistusta Kemiönsaarella työkieli oli valtaosin ruotsi, ja ruotsinkieliset tarpeet huomioitiin hyvin. Henkilöstön siirtyessä hyvinvointialueen palvelukseen, heidän työnantajansa enemmistökieli muuttui suomeksi, ja ruotsin kielestä tuli organisaation vähemmistökieli. Tämänkaltaisissa organisaatiomuutoksissa haasteeksi muodostuu,

että kun päätökset hankinnoista sekä palveluista tehdään nykyään valtaosin suomenkielisessä organisaatiossa, on mahdollista, että ruotsinkielisten alueiden kielelliset erityistarpeet unohtuvat (Henriksson 2016, 119). Yhdenvertaisuusperiaatteen myötä sosiaali- terveydenhuollon palveluja tulee saada sekä suomeksi että ruotsiksi. Varsinais-Suomen hyvinvointialueella on koordinoituvastuu koko maan ruotsinkielisistä palveluista. (Varsinais-Suomen hyvinvointialue 2024.)

Kieliasetelman takia Kemiönsaaren käyttöönottoa on erityisen mielenkiintoista tarkastella, kun suomenkielisen projektiryhmän toimesta viedään potilastietojärjestelmä ruotsinkieliseen työympäristöön. Kemiönsaaren ruotsinkielisyys huomioitiin käyttöönottoprosessin alussa siten että käyttöönottokoulutukset suunniteltiin järjestettäväksi ruotsiksi. Kemiönsaarella oli aikaisemmin käytössä Abilita - tietojärjestelmä, ja sitä käytettiin sekä perusterveydenhuollon potilastietojärjestelmänä, että sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmänä. Abilita -tietojärjestelmää on mahdollista käyttää sekä ruotsiksi että suomeksi. Projektin alkaessa Omni360 - potilastietojärjestelmää oli mahdollista käyttää vain suomeksi, joten toiveena oli, että ohjelmisto olisi käännetty ruotsiksi Kemiönsaaren käyttöönottopäivään mennessä. Käännös ei kuitenkaan valmistunut, ja on arvioitu, että ohjelmisto voidaan ottaa käyttöön ruotsinkielisenä keväällä 2025.

Muita haasteita, jotka koskevat erityisesti Kemiönsaaren käyttöönottoa on, että se on koko käyttöönottoprojektin ensimmäinen kunta, jossa Omni360 -potilastietojärjestelmä otetaan käyttöön. Tämän lisäksi Kemiönsaaren käyttöönottopäivän ajankohta on haasteellinen, sen ollessa kesälomakauden aikana, syyskuun ensimmäisellä viikolla.

1.3 Opinnäytetyön tarve

Omni360 -potilastietojärjestelmän käyttöönottoista ei ole kirjoitushetkellä julkaistu opinnäytetöitä Suomessa. Theseus-tietokannasta löytyy vain yksi opinnäytetyö liittyen Omni360 -potilastietojärjestelmään. Kyseisessä työssä Lundgren (2021) on kuitenkin tarkastellut Omni360-järjestelmän käytettävyyttä, eikä käyttöönottoa. Apotti-potilastietojärjestelmän epäonnistuneista käyttöönotosta löytyy sen sijaan paljon opinnäytetöitä sekä tutkimuksia Suomesta. Eri ohjelmistojen käyttöönotot eroavat kuitenkin todennäköisesti toisistaan, joten tämä työ luo uuden näkökulman suomessa toteutuvien käyttöönottojen tarkastelussa.

Tämä opinnäytetyö täyttää myös osittain aukon tutkimuksista, joissa tarkastellaan kaksikielisissä työympäristöissä toteutuvia terveysteknologian käyttöönottoja. Tietoa muutosjohtajuuden onnistumisesta kaksikielisessä organisaatiossa on myös tärkeää saada.

1.4 Tutkimuksen tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää, miten Kemiönsaaren Omni360 -käyttöönotto onnistui henkilöstön mielestä. Projektin onnistumista tarkastellaan muutosjohtajuuden onnistumisen näkökulmasta.

1.4.1 Tutkimuskysymykset

- Miten viestintä tulevasta muutoksesta onnistui?
- Miten henkilöstön motivoiminen muutokseen onnistui?
- Aiheuttiko organisaation kaksikielisyys haasteita käyttöönoton aikana?
- Miten potilastietojärjestelmän käyttöönotto vaikutti henkilöstön kuormitukseen?
- Millaiset Omni360 -potilastietojärjestelmän käyttäjäkokemukset ovat olleet?

2 Terveysteknologian käyttöönotto

2.1 Hyödyt

Yhtenäiset potilastietojärjestelmät mahdollistavat terveydenhuollon ammattilaisille potilasasiakirjojen laajemmat näkyvyydet (Hertzum 2022, 2). Potilasturvallisuus voi parantua potilastietojärjestelmien implementoinnin jälkeen. Kliiniset virheet vähenevät, kirjaamiset ovat tarkempia, lääkevirheet vähenevät, potilaiden diagnosointi paranee ja potilaiden hoidon laatu paranee. (Sligo ym. 2017, 88; Hansen ym. 2019 144; Hertzum 2022, 2.) Potilaiden oma aktiivisuus hoitonsa suhteen lisääntyy myös terveysteknologian implementoinnin yhteydessä (Sligo ym. 2017, 89). Oletus on, että kun hoidon laatu paranee ja tehostuu, saadaan myös kustannussäästöjä (Sligo ym. 2017, 88; Hertzum 2022, 5). Jotta kyseiset hyödyt tavoitettaisiin, ja jotta hankinta olisi hyödyllinen ja taloudellisesti kannattava, on tärkeää, että potilastietojärjestelmä saadaan asianmukaiseen käyttöön (Ekholm & Kinnunen 2016, 65).

2.2 Haitat

Potilasturvallisuuden lisääntyminen ja hoidon laadun parantuminen tapahtuu usein tehokkuuden kustannuksella. Käyttöönoton jälkeen terveydenhuollon ammattilaiset käyttävät enemmän aikaa kirjaamiseen. Tämä on kuitenkin vastoin heidän toiveitansa, sillä he kokevat usein käyttävänsä liikaa aikaa tietojärjestelmien parissa, potilaiden kohtaamisen sijaan. (Hertzum 2019, 313.)

Potilastietojärjestelmien käyttöönoton jälkeen seuraa aika, jolloin terveydenhuollon tehokkuus laskee, kun henkilökunta vielä opettelee uusia työskentelytapoja ja kirjaamiskäytäntöjä (Hansen ym. 2019, 144). Asteittain tehokkuus kuitenkin paranee. Kirjallisuudessa on esimerkkejä tehokkuuden palamisesta takaisin lähtötasolle, 3–18 kuukauden kuluttua. (Hansen ym. 2019, 144; Hertzum 2019, 315; Hertzum 2022, 5; Molloy-Paolillo ym. 2023, 999.) Epic -potilastietojärjestelmien käyttöönottojen aiheuttamista tehokkuuden laskuista, Isossa-Britanniassa, Tanskassa sekä Suomessa (Apotin muodossa), on raportoitu laajasti (Hertzum 2019; Stenqvist 2019; Hertzum 2022). Isossa-Britanniassa tehokkuus palasi lähtötasolle 6–12 kuukauden jälkeen. Tanskassa tehokkuus ei ollut vielä 18 kuukauden jälkeen palannut lähtötasolle,

vaikkakin ennakoitiin että tuottavuuden lasku kestäisi vain kolme viikkoa (Hertzum 2019, 315).

Isot yhtenäiset tietojärjestelmät aiheuttavat myös tietoturvariskejä (Hertzum 2022, 2). Terveystieteiden henkilöstön saadessa laajemmat mahdollisuudet tarkastella potilasarkistoa, myös väärinkäytösten mahdollisuudet voivat lisääntyä.

2.3 Tietojärjestelmän käytettävyys

Sekä Suomen että Tanskan Epic -käyttöönotoista raportoitiin tietojärjestelmän heikosta käytettävydestä, ja sen lisäämästä ajasta, jota terveydenhuollon ammattilaiset joutuivat käyttämään itse tietojärjestelmän parissa (Hertzum 2022, 2).

Potilastietojärjestelmien aiheuttamaa kirjaamistaakkaa lääkäreille on kuitenkin myös pystytty vähentämään, kehittämällä työnkulkuja jo olemassa olevien tietojärjestelmien sisällä (Ebberts ym. 2024, 5–6). On siis hyvin tärkeää, että uuden tietojärjestelmän käyttöönotossa, tulevien työnkulkujen toimivuutta pohditaan tarkasti. Ongelmia voi kuitenkin syntyä, jos uudet työprosessit muuttavat olemassa olevia valtarakenteita (Ingebrigtsen ym. 2014, 399).

Haasteita ohjelmiston käännösten kanssa on myös ilmennyt aikaisemmissa käyttöönotoissa. Kun potilastietojärjestelmä Epic otettiin käyttöön Tanskassa, huonosti toteutetut käännökset, johtivat käyttöhaasteisiin ja loppukäyttäjien turhautumisiin ja (Hertzum 2022, 2–4).

2.4 Organisaatiotekijät

Käyttöönoton kronologisen tarkastelun lisäksi, käytön toteutumista voidaan tarkastella myös organisaation eri tasoilla (Avgar ym. 2012, 490–491).

Organisaatiotekijät, kuten organisaation muutosvalmiudet sekä organisaatiokulttuurilla voi olla laajoja vaikutuksia terveysteknologian käyttöönoton onnistumiseen (Ingebrigtsen ym. 2014, 395). Usein nämä tekijät unohdetaan, kun keskitytään enemmän teknisiin ja kliinisiin tekijöihin (Sligo ym. 2017, 91).

Avaintekijät onnistumiselle ovat muun muassa selkeä organisaatiostrukturi ja hallintorakenne, hyvät johtamistavat ja henkilöstön vähäinen vaihtuvuus (Hansen ym. 2019, 142). On huomioitavaa, että isossa organisaatiossa yksiköiden välillä voi olla

isojakin eroja edellä mainituissa asioissa, johtaen käyttöönoton onnistumisen variaatioihin organisaation sisällä (Hansen ym. 2019, 142).

2.5 Rahoitus

Käyttöönoton onnistumisen kannalta riittävä rahoitus projektiin on tärkeää, ja usein projektit ovat hintavia. Monet maat käyttävät 2–6 % sosiaali- ja terveydenhuollon budjetista teknologiaan. (Sligo ym. 2017, 89, 92.) Sosiaali- ja terveydenhuollon investoinnit terveysteknologiaan ovat kuitenkin tärkeitä, ja mahdollistavat muun muassa tiedolla johtamisen organisaatiossa (Avgar ym. 2012, 495). Isoissa organisaatioissa suunnitelmallisuus ja osavaiheiden aikatauluttaminen, sekä niistä kiinni pitäminen on tärkeää. Usein myöhästymiset aiheuttavat mittavia ylityksiä budjetissa. (Sligo ym. 2017, 89.)

2.6 Henkilöstö

Terveysteknologian käyttöönotto voi vaatia systemaattisia muutoksia henkilöstön rooleihin (Pettersen ym. 2024, 2). Henkilöstön muutosvastarinta ilmiönä on laajasti tunnustettu haaste terveysteknologian implementoinnin onnistumiselle (Sligo ym. 2017, 92). Yleisesti ottaen lääkäreiden hyväksyntä tietojärjestelmämuutoksiin on heikko (Ekholm & Kinnunen 2016, 66). Ammattilaisten haluttomuus käyttää uutta teknologiaa ei välttämättä johdu muutoksen vastustuksesta itsessään, vaan usein se kumpuaa teknologian heikosta käytettävyydestä, sekä sen viemisestä ajasta (Ekholm & Kinnunen 2016; Sligo ym. 2017, 92: 66; Ebbers ym. 2024, 2).

Henkilöstön IT-valmiudet ennustavat terveysteknologian käyttöönoton onnistumista. Tämän lisäksi riittävä henkilöstö korreloi positiivisesti onnistumisen kanssa. (Avgar ym. 2012, 491.)

2.7 Esihenkilön rooli

Terveysteknologian käyttöönoton onnistumisen kannalta esihenkilöt ovat keskeisessä roolissa (Kujala ym. 2018, 233). Johtajan ominaisuudet, jotka vaikuttavat myönteisesti terveysteknologian käyttöönottoon ovat muun muassa; itsevarmuus, vakaus

vastoinkäymisten aikana, uskollisuus, järkkymättömyys, ennakoivuus sekä oma-aloitteisuus (Ingebrigtsen ym. 2014, 398).

Esimiehet, jotka omaavat IT-osaamista, sekä esimiehet kaikilla organisaation tasoilla, jotka ovat aktiivisesti vuorovaikutuksessa IT-alan ammattilaisten kanssa, edesauttavat terveysalan tietojärjestelmän käyttöönoton onnistumista. Rekrytoitaessa johtajia käyttöönottoprojektiin, olisi tärkeää painottaa ominaisuuksia proaktiivisina IT-järjestelmien mahdollistajina. (Ingebrigtsen ym. 2014, 398–400.)

3 Muutosjohtaminen

Muutosjohtamisen käytännöistä on hyötyä isojen potilastietojärjestelmien käyttöönotoissa (Ingebrigtsen ym. 2014, 398; Arabi ym. 2022, 9). Sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöönotossa on huomioitava, että käyttöönotto ei ole pelkästään IT-projekti, vaan kompleksinen sosio-tekninen muutosprojekti. Mitä laajempi ja enemmän toimintoja potilastietojärjestelmä sisältää, sitä kompleksisempi kokonaisuus on, lisäten riskejä käyttöönoton epäonnistumiseen. Onnistumiseen tarvitaan johtajalta sosiaalista kompetenssia, sekä johtamisosaamista, jossa huomioidaan ihmisten johtamista asiajohtamisen lisäksi. (Sligo ym. 2017 93; Arabi ym. 2022, 8–9; Hertzum 2022, 2.)

Muutosjohtamisen tarpeet vaihtelevat muutoksen luonteen mukaan. Laajassa tietojärjestelmämuutoksessa asiajohtamisen ohella on tärkeää huomioida muutoksen vaikutusta ihmisiin. Pelkällä asiajohtamisella onnistutaan harvoin muutoksessa. Onnistunut muutosjohtaminen potilastietojärjestelmän uudistamisessa edellyttää ihmisläheistä johtamista. (Kallankari 2019, 16–18.) Myös Arabi ym. (2022, 8) painottaa raportissaan, että muutosjohtamisen periaatteita, pitää yhdistää tekniseen implementaatioon.

Erinäisiä muutosjohtamisen malleja löytyy, näistä ehkä tunnetuin on Kotterin kahdeksan vaiheinen malli (kuva 2). Kotterin mallin eri vaiheet ovat: (1) luo kiireellisyyden ja välttämättömyyden tunne, (2) perusta tiimi, joka johtaa muutosta, (3) laadi visio ja aseta tavoitteet, (4) viesti visiosta ja tavoitteista, (5) voimaannuta toimintaan, (6) luo lyhyen aikavälin onnistumisia, (7) vakiinnuta ja kehitä edelleen ja (8) juurruta muutokset organisaatiokulttuuriin. (Kotter Inc., 2024.)

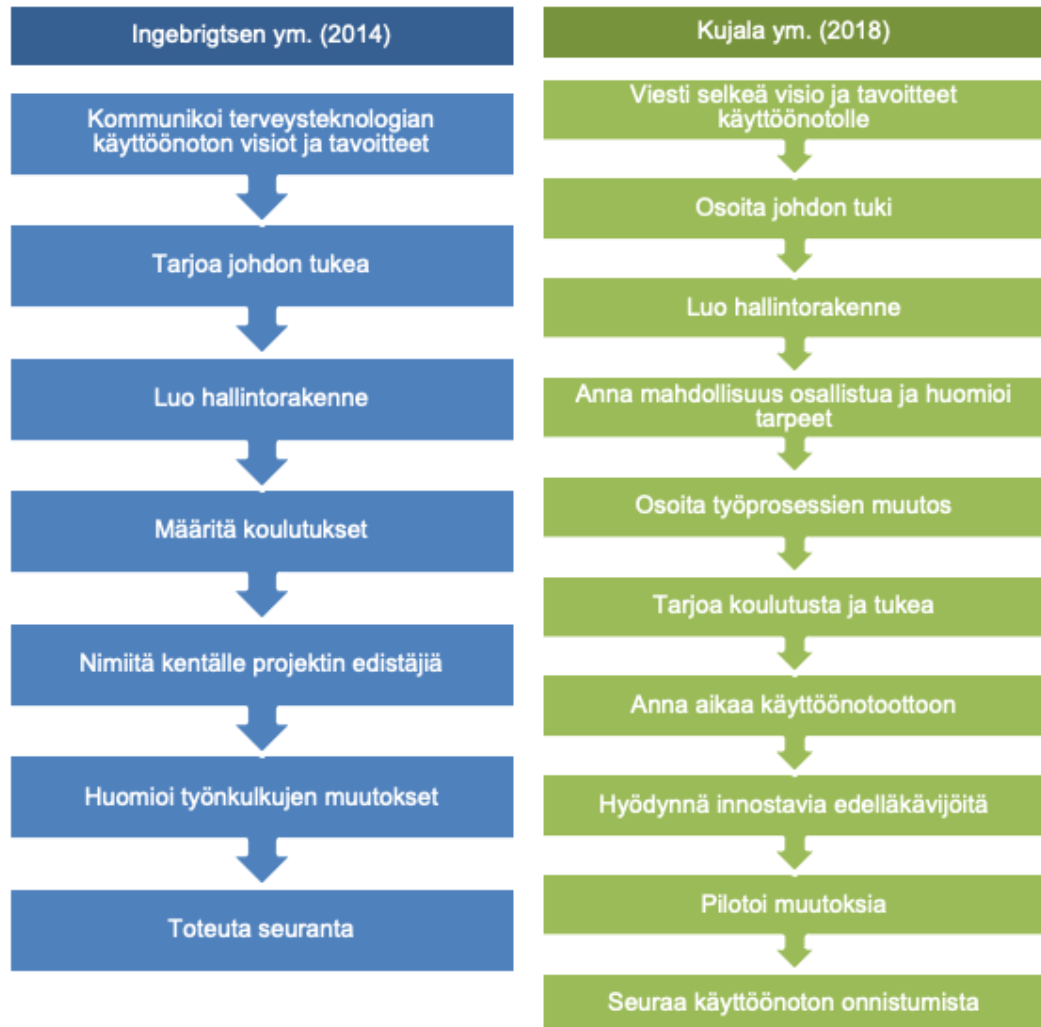


Kuva 2. Kotterin muutosjohtamisen malli.

Kotterin muutosjohtamisen malli on laadittu 1990-luvulla, joten sitä ei ole varsinaisesti suunniteltu sähköisten potilastietojärjestelmien käyttöönoton tuoman muutoksen johtamiseen. Mallia hyödynnettiin kuitenkin onnistuneesti Saudi-Arabiassa, laajan kolmannen sukupolven sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöönotossa (Arabi ym. 2022, 8).

Ingebrigtsen ym. (2014, 399) ovat laatineet mallin tukeakseen nimenomaan terveysteknologian käyttöönoton onnistumista. Malli koostuu seitsemästä hyvästä johtamiskäytännöstä. Kujala ym. (2018) ovat myös selvittäneet hyviä käytäntöjä, jotka edesauttavat terveysteknologian onnistunutta käyttöönottoa. Kujala ym. kooste on hieman laajempi, verrattuna Ingebrigtsen ym. koosteeseen. Molemmat mallit painottavat viestinnän, johdon tuen, selkeän hallintorakenteen, osallistamisen, koulutusten

tarjoamisen, edistäjien hyödyntämisen, työnkulkujen muutosten huomioimisen sekä seurannan tärkeyttä (kuva 3).



Kuva 3. Hyvät johtamiskäytännöt (Ingebrigtsen ym. 2014, 399; Kujala ym. 2018, 224).

Kaikki kolme mallia painottavat vision laatimista, tavoitteiden kommunikoinnin tärkeyttä sekä positiivisen ilmapiirin luomista. Verrattuna Kotterin malliin, Ingebrigtsen ym. (2014) ja Kujala ym. (2018) laatimissa malleissa painotus on enemmän kommunikaatiossa sekä henkilöstön osallistamisessa koko projektin aikana.

3.1 Henkilöstöresursointi

Ennen muutosta käytännöt ovat suunniteltava siten, että henkilöstöllä on resursseja hoitaa perustehtäviään (Kujala ym. 2018, 233; Kallankari 2019, 53). Riittävien resurssien varaaminen käyttöönottoon on ratkaiseva tekijä sen onnistumiselle (Sligo ym. 2017 93).

Henkilökunnalle on varattava tarpeeksi työaikaa koulutuksiin, ellei tätä tehdä työntekijät eivät ehdi tutustua huolellisesti uuteen teknologiaan, mikä aiheuttaa työntekijöille stressiä ja kuormitusta (Sligo ym. 2017, 93; Kujala ym. 2018, 233). Molloy-Paolillo ym. 2023 kertookin tapaustutkimuksessaan käyttöönotosta, jonka epäonnistuminen johtui muun muassa riittämättömistä koulutuksista. Koulutusten ajankohta olisi hyvä suunnitella siten että henkilökunta ehtii rauhassa tutustua uuteen ohjelmaan ennen käyttöönottoa. Hyvä ajankohta koulutuksille on noin 8 viikkoa ennen käyttöönottoa. (Rigsrevisionen 2018, 25.) Tanskan epäonnistuneessa Epic-käyttöönotossa muun muassa koulutusten alkaminen venyi. Tämän lisäksi koulutukset järjestettiin vanhentuneella järjestelmäversiolla, jolloin loppukäyttäjät kohtasivat erilaisen järjestelmän käyttöönottopäivänä. (Rigsrevisionen 2018, 3, Hertzum 2019, 314).

Ammattilaisten työtaakkaa voidaan vähentää joko palkkaamalla uutta henkilökuntaa käyttöönoton ajaksi. Tai vähentämällä ammattilaisten, etenkin vastuukäyttäjien, potilaskontakteja. (Bullard 2016, 2). Usein vastuukäyttäjien tarve on suurimmillaan kaksi ensimmäistä viikkoa käyttöönoton jälkeen, ja normalisoituu noin neljän viikon kuluttua. (Bullard 2016, 2)

3.2 Viestintä

Muutos toteutuu henkilöstön toimesta, muutosjohtajan avustamana. Yksi onnistuneen muutoksen kulmakivistä on selkeä viestintä. On tärkeää tiedottaa henkilöstöä tulevan muutoksen laadusta sekä sen tuomista vaikutuksista henkilöstöön. Avoimella sekä jatkuvalla dialogilla, on mahdollista selvittää henkilöstön odotuksia sekä tarpeita. (Kallankari 2019, 24)

Vision, tavoitetilan ja tavoitteiden tiedottaminen henkilöstölle on tärkeää. Mitä innostavampi visio on, sitä paremmin henkilöstö sitoutuu muutokseen. (Ingebrigtsen ym. 2014, 399; Kallankari 2019, 61.) Hyvällä viestinnällä informaatio välittyy hallinnolta

ja IT-henkilöstöltä loppukäyttäjille, jolloin loppukäyttäjät omaksuvat prosessin ja uuden teknologian omakseen (Sligo ym. 2017, 91).

Käytäntö, jossa hyödynnetään loppukäyttäjien keskuudessa olevia edistäjiä/edelläkävijöitä (*jatkossa edistäjiä*), on hyvä tapa parantaa viestintää projektiryhmältä kentälle. Samalla edesautetaan positiivisen asenteen syntymistä muutosta kohtaan. (Ingebrigtsen ym. 2014 399, Sligo ym. 2017, 91.)

Kujala ym. (2018, 232) raportoimassa tietojärjestelmähankkeessa korostui myös viestinnän sekä tiedottamisen tärkeys. Ison SOTE-organisaation muutoksessa, koskien tuhansia käyttäjää eri ammattiryhmissä, ilmeni että tietotulva kuitenkin kuormitti henkilöstöä, ja toivottiin yksilöidympää tiedottamista esimerkiksi osastokokouksissa. Positiivinen tiedottaminen muutoksesta, ja sen tuomista hyödyistä, edesauttaa muutoksen kannatusta. Lähiesimiehet ovat keskeisessä roolissa yksilöidyssä tiedottamisessa. (Kujala ym. 2018, 232.)

Viestinnän tulee olla vuorovaikutteinen, ja toimia molempiin suuntiin eikä pelkästään ylhäältä alas. Tämän lisäksi viestintä sivusuunnassa IT-henkilöstön ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä on tärkeää, jotta kehitetty tietojärjestelmä tukee terveydenhuollon ammattilasten tarpeita. (Sligo ym. 2017, 92.)

Taitava muutosjohtaja pyytää palautetta ja ehdotuksia henkilöstöltä. Palautteen keräämisellä ja sen sisäistämällä, muutosjohtaja voi kaventaa omaa sokeaa pistettä, oppiessaan alaisiltaan asioita, joita hän ei tiedostanut ennestään (Kallankari 2019, 45-46). Palautteen keräämistä kannattaa tehdä koko käyttöönottoprosessin aikana, jotta esihenkilö pystyy reagoimaan henkilöstön huolenaiheisiin ja pelkoihin ennakoivasti (Kujala ym. 2018, 233; Dendere ym. 2021, 779).

3.3 Osallistaminen

Onnistunut muutosjohtaja osallistaa henkilöstöä. Hän ei ratkaise asioita henkilöstön puolesta vaan valmentaa alaisia itse ymmärtämään tehtäviä. (Kallankari 2019, 45.) Aikaisemmin käyttöönottoprojekteissa loppukäyttäjien roolit ovat olleet enemmänkin hiljaisina hyväksyjinä, kuin lisäarvon tuottajina (Kaipio ym. 2015, 105). On kuitenkin huomattu, että loppukäyttäjien osallistaminen käyttöönoton kaikissa vaiheissa, johtaa onnistuneempaan käyttöönottoon (Sligo ym. 2017, 92). Loppukäyttäjien vaikuttamismahdollisuudet paranevat, kun työnantaja järjestää strukturoituja

tilaisuuksia, joissa loppukäyttäjät voivat tiimeissä kehittää toimintaa (Avgar ym. 2012, 494).

Toinen hyvä tapa osallistaa kentällä olevaa henkilöstöä, on nimittää heidän keskuudestaan aikaisemmin mainittuja edistäjiä. Toimiakseen parhaalla mahdollisella tavalla, edistäjien tulisi olla kokeneita ja omata vahvaa kliinistä osaamista. Heillä tulisi olla ajantasaista tietoa organisaation työskentelytavoista ja olla yleisesti kiinnostuneita teknologian implementoinnista. Edistäjien tulisi myös olla kunnioitettuja kollegoja työyhteisössä. Heidän pitää pystyä kommunikoimaan henkilöstön kanssa ja toimia tulkkina terveydenalan ammattilaisten ja it-henkilöstön välillä (Pettersen ym. 2024, 10–11). Loppukäyttäjien rekrytoiminen projektitiimiin projektijohtajien ja It-henkilöstön lisäksi, on myös oiva tapa kuulla loppukäyttäjiä koko käyttöönottoprosessin aikana (Dendere ym. 2021, 779).

Tietojärjestelmä uudistuksen alkuvaiheessa tehtävät päätökset kantavat pitkälle, ja vaikuttavat laajasti tietojärjestelmä uudistuksen hyväksymiselle. Projektin alkuvaiheessa on tärkeää osallistaa henkilöstöä muun muassa hoitopolkujen ja työnkulkujen kuvaamisessa. Täten varmistetaan, että uusi teknologia täyttää loppukäyttäjien tarpeet. (Avgar ym. 2012 493; Ekholm & Kinnunen 2016, 70; Kujala ym. 2018, 225.) Epäonnistuneissa potilastietojärjestelmien käyttöönotoissa, itse it-järjestelmät ovat saaneet aiheutonta kritiikkiä, kun ongelmat oikeastaan ovat olleet uusissa huonosti toimivissa työnkuluissa (Ekholm & Kinnunen 2016, 71).

3.4 Odotusten hallinta

Henkilöstön muutosvalmius ennustaa käyttöönoton onnistumista (Pettersen ym. 2024, 2). Ennen muutosta on hyvä selvittää henkilöstön suhtautumista tulevaan muutokseen. Tämän voi tehdä esittämällä Kallankarin (2019, 35) ehdottamat kysymykset:

- Ymmärränkö muutoksen syyt ja tavoitteet?
- Uskonko muutoksen onnistumiseen?
- Uskonko selviäväni muutoksesta?
- Innostaako muutos minua?
- Uskonko että esimieheni kannattaa muutosta?
- Suhtautuvatko kollegani muutokseen positiivisesti?

Kun loppukäyttäjät ovat tietoisia käyttöönoton tuomista hyödyistä organisaatiolle ja potilaille, he ovat valmiimpia kestämään käyttöönoton haittavaikutukset (Sligo ym. 2017, 93). Usein henkilöstön koettu hyöty uudesta potilastietojärjestelmästä kasvaa ajan myötä (Krousel-Wood ym. 2018, 619). Kun loppukäyttäjät kokevat teknologian hyödylliseksi, luottaa sen toimivuuteen ja uskoo että he hallitsevat sen käytön, heidän tyytyväisyytensä teknologiaa kohti kasvaa (Sligo ym. 2017, 92–93).

Henkilöstöä pitäisi valmistella käyttöönoton tuomiin muutoksiin ja informoida heitä realistisilla aikatauluilla. Tanskan Epic käyttöönotoissa projektiryhmä oli arvioinut tehokkuuden laskun kestävän vain kolme viikkoa, kun tehokkuus ei kuitenkaan palanut siinä ajassa (eikä edes 18 kuukauden jälkeen), henkilöstö turhautui (Hertzum 2022, 2,4). Potilasturvallisuus voi myös vaarantua, jos aikataulut venyvät kohtuuttomasti (Kallankari 2019, 41). Suomessa epärealistiset odotukset koskien Apotin käyttöönottoa, johtivat myös isoihin pettymyksiin. Vasta käyttöönoton jälkeen yhtiön toimitusjohtaja tiedotti siitä, että käyttöönoton positiiviset vaikutukset huomataan mahdollisesti vasta vuosien jälkeen. (Hertzum 2022, 4.)

3.5 Seuranta

Terveysteknologian käyttöönoton onnistumista on hyvä tarkastella, hoidon laadun ja potilasturvallisuuden parantumisen lisäksi myös henkilöstön näkökulmasta, ja arvioida heidän kokemuksiansa käyttöönotosta (Krousel-Wood ym. 2018, 619, Hansen ym. 2019, 145). Terveysteknologian ammattilaisten hyväksyntä uutta potilastietojärjestelmää kohti voidaan nähdä onnistuneen käyttöönoton mittarina (Sligo ym. 2017, 92).

Seurannan tärkeyttä ei voida painottaa liikaa. Myös palautteenkerääminen tietojärjestelmän toimivuudesta, sekä reagoiminen palautteeseen, on tärkeä osa ammattilaisten tyytyväisyyden takaamista. Jos käyttöönottopäivänä ilmenee laajoja ongelmia, joiden korjaamiseen ei ole resursseja, tietojärjestelmä ei olisi ollut valmis otettavaksi käyttöön. Tällaisissa tapauksissa tulevien käyttöönottopäivien ajankohtia olisi syytä lykätä. (Hertzum, 2019, 316; Hertzum 2022, 4.)

3.6 Yhteenveto

Tämän opinnäytetyön painopiste, muutosjohtamisen hyödyntämisessä terveysteknologian käyttöönoton yhteydessä, on etenkin henkilöstön resursoinnissa, viestinnässä, osallistamisessa sekä odotusten hallinnassa (kuva 4).

| Henkilöstöresursointi | Viestintä | Osallistaminen | Odotusten hallinta |
|--|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • riittävät resurssit hoitaa perustehtävät • työajan varaaminen koulutuksiin • työtaakan vähentäminen käyttöönottopäivän jälkeisenä aikana | <ul style="list-style-type: none"> • avoin ja jatkuva • yksilöity viestintä • edistäjien hyödyntäminen • tietotulvan välttäminen • kaksikielinen organisaatio | <ul style="list-style-type: none"> • työntekijöiden suunnittelussa • koko prosessin aikana | <ul style="list-style-type: none"> • tiedottaminen käyttöönoton tavoitteista ja hyödyistä • realistinen tiedottaminen tehokkuuden laskusta • muutosvalmiuden selvittäminen |

Kuva 4. Yhteenveto tämän työn painopisteistä

4 Tutkimuksen toteutus

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Varsinais-Suomen hyvinvointialue. Työ tehtiin yhteistyössä Omni360 -potilastietojärjestelmän käyttöönoton projektitiimin kanssa. Opinnäytetyötä varten myönnettiin tutkimuslupa Varsinais-Suomen hyvinvointialueelta.

4.1 Menetelmävalinta

Tämän tutkimuksen perusjoukko oli Kemiönsaaren perusterveydenhuollon henkilöstö, joka käyttää potilastietojärjestelmää työkuvassaan. Perusjoukko oli arviolta noin 250-300 henkilöä. Perusjoukolla tarkoitetaan sitä joukkoa, johon tutkimus kohdistuu (Heikkilä 2009, 297). Kokonaistutkimuksia suositellaan tehtäväksi perusjoukon ollessa alle 100, sekä kyselytutkimuksissa, perusjoukon ollessa 200-300.

Kokonaistutkimuksessa tutkitaan jokainen perusjoukkoon kuuluva yksilö. (Heikkilä 2009, 33.) Tässä opinnäytetyössä tehtiin kokonaistutkimus, joka toteutettiin kvantitatiivisesti kyselylomaketutkimuksella.

Kvantitatiivisella tutkimuksella tutkittavaa asiaa mitataan jonkinlaisella suhdeasteikolla. Menetelmällä pyritään saamaan vastauksia kysymyksiin: mikä?, missä? ja kuinka paljon?. Usein tutkimusaineistot ovat suuria, ja ilmiöitä kuvaillaan analyysivaiheessa numeerisesti. (Holopainen ja Pulkkinen 21, 2013.)

Menetelmävalinnalla tavoiteltiin kattavaa aineistoa, sekä sujuvaa analysointivaihetta. Tämän lisäksi menetelmässä yksittäisen loppukäyttäjän panos olisi pienempi, verrattuna haastattelututkimukseen, jolloin kynnyksellä osallistua tutkimukseen madaltuisi. Kyselylomaketutkimuksen etu oli myös, että opinnäytetyön valmistuttua, samoja kyselylomakkeita voitaisiin hyödyntää projektiryhmän toimesta heidän arvioidessaan muiden kuntien käyttöönottojen onnistumista.

4.2 Kyselylomakkeiden laatiminen

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkijan on tiedettävä mitä hän tutkii, ja kyselylomakkeen laatimiseen on tärkeää panostaa. Tutkijan on syytä määritellä teoreettiset käsitteet sellaisiksi, että niitä voidaan mitata. Käsitteiden muuttaminen arkikielelle kutsutaan operationalisoinniksi. (Vilka 2007, 36-37.) Tässä tutkimuksessa

päädettiin tekemään kaksi erillistä kyselylomaketta. Ensimmäisen kyselylomakkeen vastausaika suunniteltiin päättyvän ennen käyttöönottopäivää. Toinen kyselylomake suunniteltiin lähetettäväksi henkilöstölle noin 4 viikkoa käyttöönottopäivän jälkeen. Kahden erillisen kyselylomakkeen tarkoitus oli mahdollistaa henkilöstön muutosvalmiuden selvittämisen ennen käyttöönottoa, ja puutosten ilmetessä, välittää tieto projektiryhmälle, jotta he voisivat tehdä tarvittavia toimenpiteitä ennen käyttöönottopäivää. Luonnollisesti uuden potilastietojärjestelmän käytön tuomat muutokset oli mahdollista selvittää vasta ohjelmiston ollen käytössä muutaman viikon. Parantaakseen vastausprosenttia kyselyt laadittiin kaksikielisiksi, jotta vastaajat pystyisivät itse valitsemaan millä kielellä he vastaisivat kyselyihin.

Tässä työssä koottua viitekehystä (kuva 4), käytettiin molempien kyselylomakkeiden tietoperustana. Ensimmäisellä kyselyllä (liite 1), selvitettiin vastaajien työkuva, aikaisempia it-taitoja, asennetta teknologiaa kohtaan, odotuksia käyttöönottoa kohtaan, käyttöönoton viestinnän onnistumista, vastaajien osallistamista käyttöönottoprosessiin sekä vastaajien työajan resursointia käyttöönottopäivän lähestyessä. Toisella kyselylomakkeella (liite 2), selvitettiin koulutusten onnistumista, työajan resursointia laajemmin, tukipalveluiden saavutettavuutta ja hyötyä, sekä miten potilastietojärjestelmän käyttö on tukenut vastaajien työskentelyä. Vastaajia pyydettiin myös arvioimaan koko käyttöönottoprosessia, sekä Omni360 -potilastietojärjestelmän käytettävyyttä. Koska ensimmäisellä kyselylomakkeella saadut vastaukset olivat vähäisiä, toiseen kyselylomakkeeseen sisällytettiin myös kysymyksiä ensimmäisestä kyselylomakkeesta.

Suljetuissa kysymyksissä vastausvaihtoedot ovat valmiiksi määritelty. Näiden kysymysten etu on, että vastaaminen on nopeaa ja tilastollinen käsittely helppoa. Haasteet ovat, että vastaukset voidaan antaa harkitsematta, vaihtoehto ”en osaa sanoa” on houkutteleva ja kysymysten asettelulla on mahdollista johdatella vastaajia tiettyihin vastauksiin. (Vilka 2007, 67; Heikkilä 2008, 50-52.) Sekamuotoisissa kysymyksissä on annettu valmiita vastausvaihtoehtoja, joiden lisäksi on olemassa vaihtoehto ”Muu, mikä?: ___”. Sekamuotoiset kysymykset ovat hyvä vaihtoehto, jos on epävarmuutta kattavatko valmiit vastausvaihtoehdot kaikkia tarvittavia asioita. (Vilka 2007, 69; Heikkilä 2008, 52.) Myös avoimilla kysymyksillä tutkija voi saada vastauksia sellaisiin asioihin, joita ei etukäteen ole ymmärtänyt kysyä. Avoimet kysymykset ovat kuitenkin työläitä käsitellä analysointivaiheessa, jonka lisäksi ne voivat houkuttaa vastaamatta jättämiseen. (Heikkilä 2008, 49.)

Kyselyissä, joissa vastaajia pyydetään vastaamaan mielipideväittämiin, käytetään usein Likertin asteikkoa. Likertin asteikko on tavallisesti 4- tai 5-portainen, ja vastaajia pyydetään arvioimaan omaa mielipidettä esitettyyn väittämään. Asteikon ääripäinä on usein väittämät ”täysin eri mieltä” ja ”täysin samaa mieltä”. (Vilka 2007, 46-47; Heikkilä 2008, 53-54.)

Tätä tutkimusta varten suunnitellut kyselylomakkeet, laadittiin sähköisiksi Webropol-palvelun avulla. Molemmissa kyselyissä oli pääosin suljettuja kysymyksiä, muutama sekamuotoinen kysymys, sekä muutama avoin kysymys. Mielipideväittämissä hyödynnettiin Likertin 5-portaista asteikkoa, jossa keskellä janaa oli neutraali vastausvaihtoehto, ja vaihtoehto ”en osaa/halua sanoa” asetettiin asteikon ulkopuolelle. Suljetut ja sekamuotoiset kysymykset asetettiin pakollisiksi, ja avoimet kysymykset vapaaehtoisiksi. Tällä menetelmällä tavoiteltiin aineistoa, jota olisi sujuvaa muuttaa numeeriseksi analysointivaiheessa. Kysymysasettelulla varmistettiin myös, että vastaajilla oli halutessaan mahdollisuus antaa sellaista palautetta, jota tutkija ei osannut huomioida kyselylomakkeita laatiessa.

Ennen aineiston keruuta kyselylomake on syytä testata, jotta voidaan arvioida kysymysten täsmällisyyttä, mittarin toimivuutta suhteessa tutkimusongelmaan, lomakkeen pituutta sekä mittarin vastausohjeiden täsmällisyyttä. (Vilka 2007, 78.) Tämän tutkimuksen kyselylomakkeet pilotoitiin neljän hengen testiryhmällä. Testiryhmä koostui kahdesta suomenkielisestä, yhdestä ruotsinkielisestä sekä yhdestä kaksikielisestä henkilöstä. Testiryhmän palautteen perusteella kyselylomakkeita korjattiin. Tärkeässä roolissa oli kaksikielisen henkilön arvio eri kielisten kyselylomakkeiden kielellisistä ulkoasuista, sekä niiden yhteneväisyydestä, jotta erikieliset lomakkeet mittaisivat samoja asioita.

Korjauksia toiseen kyselylomakkeen kysymyksiin tehtiin myös ensimmäisen kyselylomakkeen vastausten perusteella. Koska ensimmäisen kyselylomakkeen kysymyksiä esitettiin myös toisella kyselylomakkeella, johti se siihen, että toisesta kyselylomakkeesta tuli liian pitkä. Tämän takia osa perustietokysymyksistä poistettiin toisesta kyselylomakkeesta.

4.3 Aineistonkeruu

Molemmat kyselylomakelinkit välitettiin sähköpostitse Varhan projektipäällikön toimesta Kemiönsaaren perusterveydenhuollon 26 esihenkilölle, jotka välittivät sähköpostin edelleen henkilöstölleen. Lähetetyn sähköpostin viestikentässä oli tutkimuksen kaksikielinen saatekirje, jossa kerrottiin lyhyesti tutkimuksen tavoitteista ja viitattiin liitteenä olevaan tietosuojaselosteeseen. Tietosuojaselosteessa kerrottiin tarkemmin tutkimuksen tavoitteista, rekisterinpitäjästä, henkilötietojen käsittelystä sekä rekisteröityjen oikeuksista.

Ensimmäinen kysely lähetettiin koko henkilöstölle, kun suurin osa luokkakoulutuksista oli pidetty. Koulutusten myöhästymisten takia tämä tehtiin vain yksi viikko ennen käyttöönottopäivää. Muistutusviesti lomakkeen vastaamiselle lähetettiin neljän päivän jälkeen. Vastausaikaa oli ensin käyttöönottopäivään asti, mutta vähäisten vastausten takia, sitä pidennettiin, ja toinen muistutusviesti lähetettiin henkilöstölle. Ensimmäiseen kyselylomakkeeseen oli mahdollista vastata ajankohtana 29.8.2024-30.9.2024, jonka aikana saatiin 18 vastausta.

Parantaakseen vastausprosenttia toiseen kyselylomakkeeseen, seuraavassa saatekirjeessä kerrottiin, että jokaista saatua vastausta kohti, tutkija lahjoittaisi 2€ hyväntekeväisyysorganisaatiolle. Tämän lisäksi toisella kyselylomakkeella selvitettiin myös millä palvelualueilla vastaajat toimivat, jotta muistutusviestejä olisi helpompi kohdentaa niille palvelualueille, joilta ei ollut saatu vastauksia.

Toinen kyselylomake lähetettiin Varhan projektipäällikön kautta esihenkilöstölle 3,5 viikkoa käyttöönottopäivän jälkeen. Esihenkilöstöä pyydettiin taas jakamaan kyselylomakkeen omalle henkilöstölleen. Tällä kertaa esihenkilöstöä pyydettiin myös raportoimaan tutkimuksen tekijälle, kuinka monelle loppukäyttäjälle he olivat välittäneet viestin. Toiseen kyselylomakkeeseen oli mahdollista vastata ajankohtana 1.10.2024-25.10.2024. Kyseisenä ajanjaksona lähetettiin yksi muistutusviesti koko esihenkilöstölle, sekä toinen muistutusviesti kohdennetusti niille palvelualoille, joilta ei ollut vielä tullut vastauksia. Kolme esihenkilöä välitti tutkijalle tiedon, että he olivat välittäneet kyselylomakkeen edelleen alaisilleen, yhteensä 57 henkilölle. Toiseen kyselyyn saatiin 21 vastausta.

4.4 Aineiston käsittely ja analyysi

Molempien kyselyjen aineisto tuotiin Webropol-palvelusta kahteen erilliseen Excel tiedostoon, jonka jälkeen aineisto yhdistettiin yhteen tiedostoon ja asetettiin havaintomatriisiin. Kolme vastaajaa ilmoitti, että he eivät käytä potilastietojärjestelmiä lainkaan, joten heidän vastauksensa poistettiin aineistosta. Kolme vastaajaa ilmoitti vastanneensa molempiin kyselyihin, joten tunnistetekijöiden avulla (ikä, äidinkieli, työrooli), heidän vastauksensa yhdistettiin. Kyselylomakkeiden osittain samojen, sekä osittain eroavien kysymysten takia, saatujen havaintojen määrät vaihtelivat riippuen muuttujasta. Osaan kysymyksiin on saatu 33 vastausta, osaan 20 vastausta sekä osaan 16 vastausta. Kirjallisuus suosittelee poistamaan havaintoyksiköt, joissa on puutteellisia tietoja missä tahansa muuttujassa, tai poistamaan tutkimuksesta ne muuttujat, joissa on puutteita (Vilka 2007, 108). Tässä opinnäytetyössä käsitellään kuitenkin kaikkia havaintoyksikköjä aineiston rajallisuuden takia. Kysymys ”käytän yhtä paljon aikaa potilastietojärjestelmien parissa, kuin ennen Omni360 käyttöönottoa” poistettiin matriisista. Kysymysasettelun takia, sekä henkilöt, jotka käyttävät enemmän aikaa, että henkilöt, jotka käyttävät vähemmän aikaa potilastietojärjestelmän parissa, ovat voineet vastata olevansa eri mieltä väittämän kanssa.

Määrällisellä aineistolla on mahdollista laskea erilaisia tunnuslukuja, jotka havainnollistavat vastausten jakaumaa. Sijaintiluvuista keskiarvo on ehkä tunnetuin. Keskiarvo on kuitenkin herkkä poikkeaville havainnoille, jolloin sen antama kuva jakaumasta voi olla epätarkka. Tämän takia arvoista kannattaa, keskiarvon lisäksi, laskea mediaani, sekä hajontalukuja. Mediaani on keskiluku, joka kuvaa koko jakauman keskimmäistä havaintoa. Mediaanin molemmin puolin jää siis yhtä monta havaintoa. Sijaintiluvuista keskihajonta kuvaa havaintojen keskittymistä, toisin sanoen kuinka kaukana havainnot ovat keskimäärin keskiarvosta. Keskihajonnan arvon ollessa pieni, havainnot ovat keskittyneitä lähelle keskiarvoa. (Vilka 2007, 121-124.)

Mielipideasteikon tulosten esittämisestä, on eriäviä mielipiteitä. Osa lähdemateriaalista ohjeistaa, että keskiarvon käyttö on kiellettyä koska mielipideasteikko ei mittaa tasavälisesti mielipiteen määrää. Osa lähdemateriaalista neuvoo kuitenkin, että keskiarvoja voidaan käyttää, koska mielipideasteikkoa voidaan pitää tasavälisenä asteikkona (Taanila 2019). Tässä työssä mielipideväittämien tuloksia esitetään keskiarvon, keskihajonnan ja mediaanin avulla, jonka lisäksi eri arvojen osuudet havainnollistetaan kaavioilla.

Mahdollistaakseen laskujen suorittamista aineistolla, Likert -asteikolla saadut tekstivastaukset, muunneltiin havaintomatriisissa numeerisiksi. Vastausvaihtoehto ”1 täysin eri mieltä” sai arvon 1, ”2 jokseenkin eri mieltä” arvon 2, ”3 neutraali” arvon 3, ”4 jokseenkin samaa mieltä” arvon 4 ja ”5 täysin samaa mieltä” arvon 5. Vastaukset ”en osaa sanoa” ei huomioitu tunnuslukujen laskuissa. Myös tekstivastaukset, jotka saatiin kysymyksillä, joissa vastaajia pyydettiin arvioimaan asiaa kouluarvosanoin, muunneltiin numeerisiksi havaintomatriisiin.

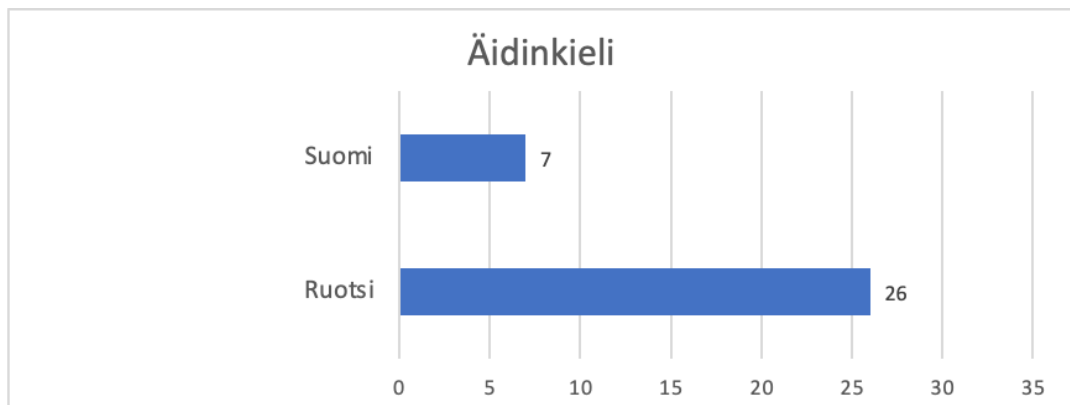
Välttääkseen harhaanjohtavaa esitystapaa, sanallisten muuttujien vastausten jakaumat esitetään määrinä eikä prosenttilukuina. Avoimia vastauksia oli saatu sekä suomeksi että ruotsiksi. Vastauksia ei käännetty kummallekaan kielelle, vaan asetettiin havaintomatriisiin alkuperäisessä muodossaan, välttääkseen käännöksistä aiheutuvia virhetulkintoja. Tämän lisäksi vastaajan äidinkieli nousi selkeämmin esille esitystavassa, jossa vastauksia ei käännetty. Päätös olla kääntämättä vastauksia, mahdollisti myös suorien sitaattien käytön.

Koska vastaajat olivat ajoittain sivunneet esitetyn kysymyksen aiheen, vastaukset järjestettiin uudestaan matriisiin. Vastaukset ryhmitettiin seitsemään kategoriaan; koulutus, viestintä, ajankohta/aikataulu, kuormitus/resursointi, osallistaminen, tietojärjestelmän käytettävyyys sekä tuki. Avoimia vastauksia käytettiin tulosten esittämisessä sitaatteina, vahvistaakseen sekä selittääkseen suljettujen kysymysten avulla saatuja tuloksia.

5 Tulokset

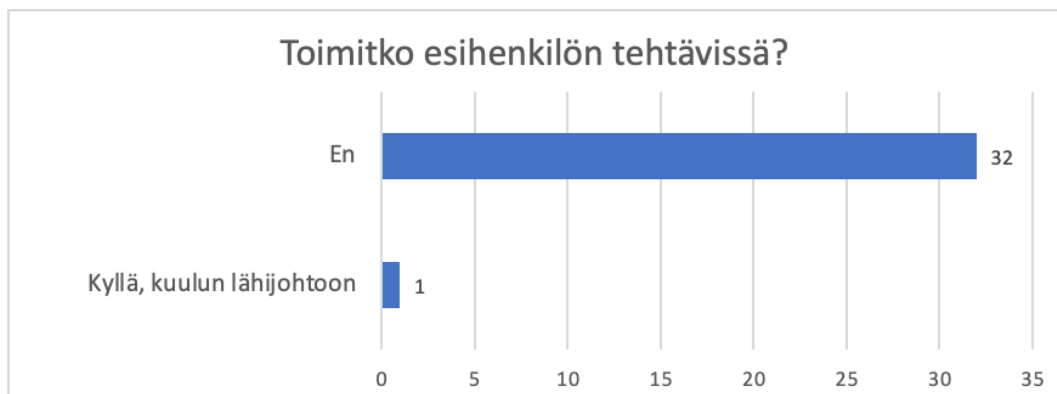
5.1 Perustiedot

Tässä työssä esitetään 33 henkilön kokemuksia Kemiönsaaren Omni360 - potilastietojärjestelmän käyttöönotosta. Perusjoukko arvioitiin olevan noin 250-300 henkilöä, jolloin vastausprosentti oli 11-13%. Vastaajien keski-ikä oli 44 vuotta, mediaani 46 vuotta. Suurin osa vastaajien, 26 vastaajaa, äidinkieli oli ruotsi, ja 7 vastaajan äidinkieli oli suomi (kuvio 1).



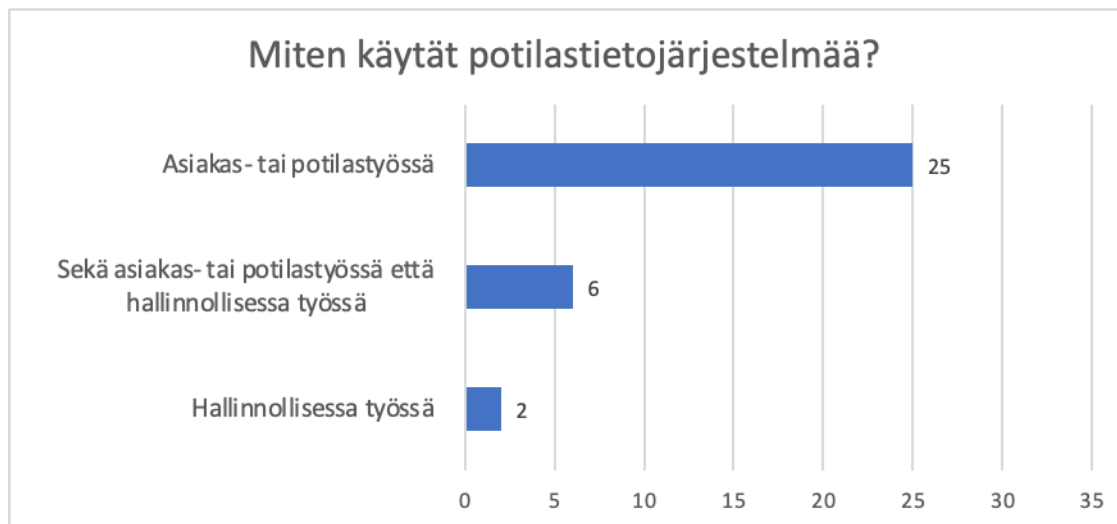
Kuvio 1. Vastaajien äidinkieli.

1 vastaaja toimii lähiesihenkilönä, ja loput vastaajista eivät toimi esihenkilön tehtävissä (kuvio 2).



Kuvio 2. Vastaajien esihenkilöstatus.

Potilastietojärjestelmää suurin osa (31 henkilöä) käyttää asiakas-/potilastyössä. Heistä 6 käyttää järjestelmää myös hallinnollisissa tehtävissä. 2 vastaajaa käyttää järjestelmää vain hallinnollisessa työssä (kuvio 3).

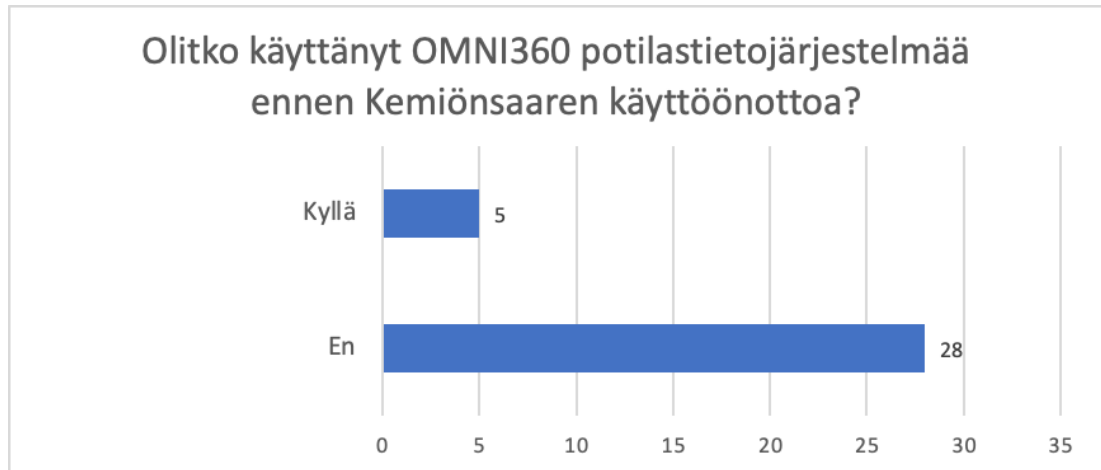


Kuvio 3. Potilastietojärjestelmän käyttötavat.

Koska ensimmäisessä kyselyssä palvelualaa ei kysytty, palvelualojen edustusta ei voida esittää määrinä vastauksissa. Vastauksia saatiin varmuudella ainakin kotihoidon, palveluasumisen, toimintakykyä tukevien palveluiden sekä avoterveydenhuollon palvelualueilta. Ei ole mahdollista sanoa, saatiinko vastauksia perhekeskukselta tai mielenterveys- ja päihdepalveluilta.

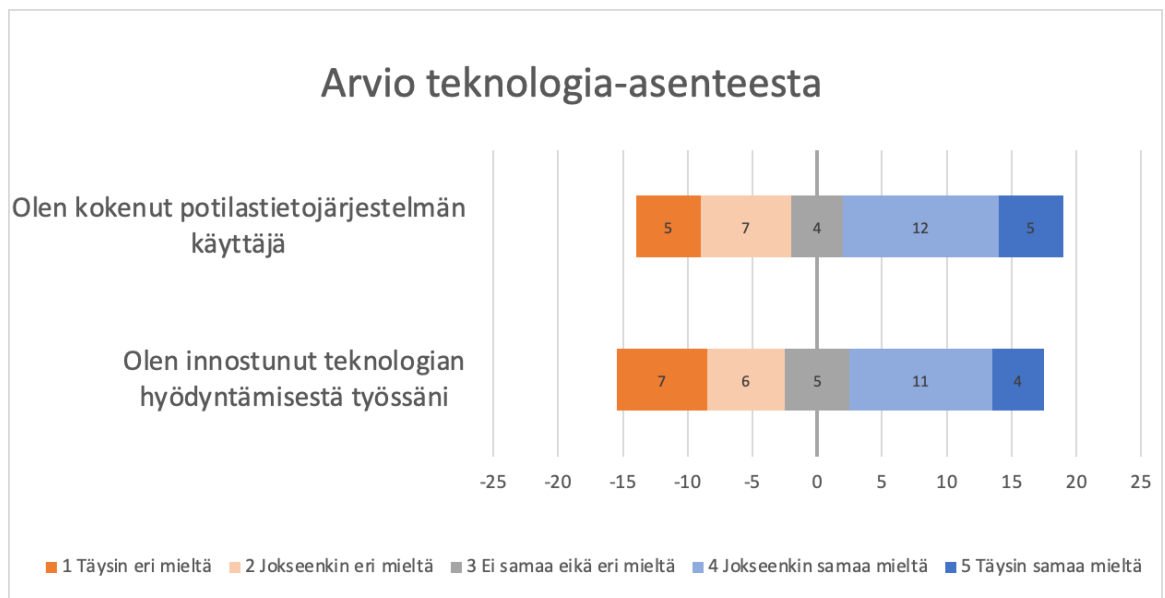
5.2 Ennakkoasetukset

Suurin osa vastaajista, 28 henkilöä, ei ollut käyttänyt Omni360 -potilastietojärjestelmää ennen Kemiönsaaren käyttöönottoa, ja 5 henkilöä oli käyttänyt Omni360 -järjestelmää aikaisemmin (kuvio 4).



Kuvio 4. Vastaajien aikaisemmat kokemukset Omni360 -järjestelmän käytöstä.

Surin osa vastaajista, 17 henkilöä, oli samaa mieltä siitä, että he ovat kokeneita potilastietojärjestelmän käyttäjiä, 12 henkilöä oli eri mieltä, ja 4 henkilöä oli neutraaleja väittämään (kuvio 5). Mielpideväittämän keskiarvo oli 3,1; keskihajonta 1,3 ja mediaani 4,0 (taulukko 1).



Kuvio 5. Vastaajien arvio omasta teknologia -osaamisesta, sekä -asenteesta.

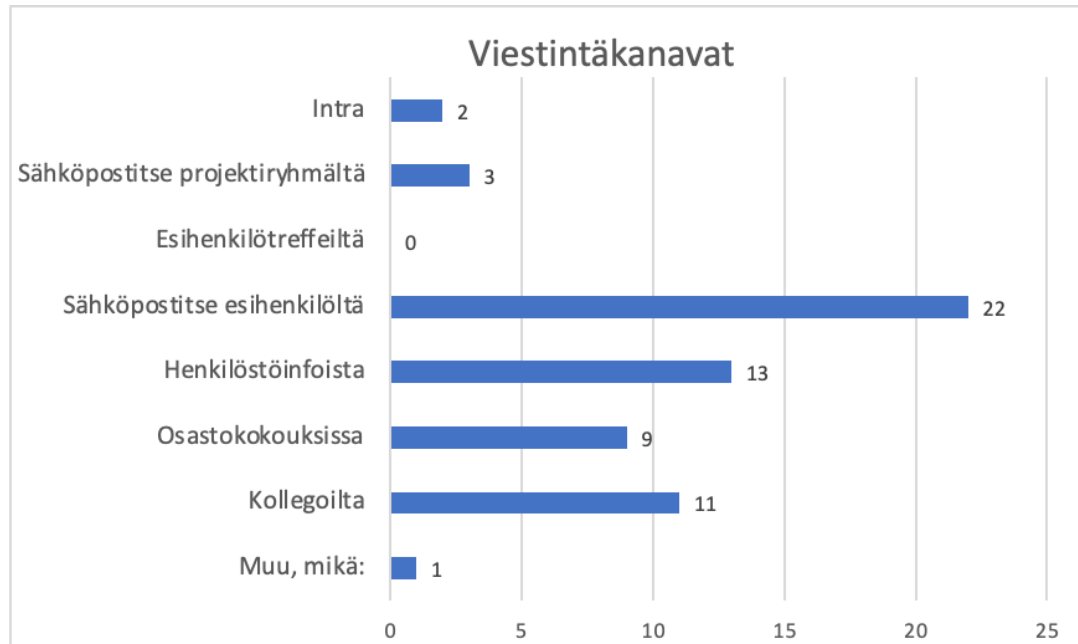
Taulukko 1. Tunnusluvut vastaajien arviosta omasta teknologia -osaamisesta, sekä -asenteesta

| | Keskiarvo | Keskihajonta | Mediaani |
|--|-----------|--------------|----------|
| Olen kokenut potilastietojärjestelmän käyttäjä | 3,2 | 1,3 | 4,0 |
| Olen innostunut teknologian hyödyntämisestä työssäni | 3,0 | 1,4 | 3,0 |

Väittämästä ”olen innostunut teknologian hyödyntämisestä työssäni”, 15 vastaajaa oli samaa mieltä, 5 oli neutraaleja, ja 13 oli eri mieltä (kuvio 5). Mielipideväittämän keskiarvo oli 3,0; keskihajonta 1,4 ja mediaani 3,0 (taulukko 1).

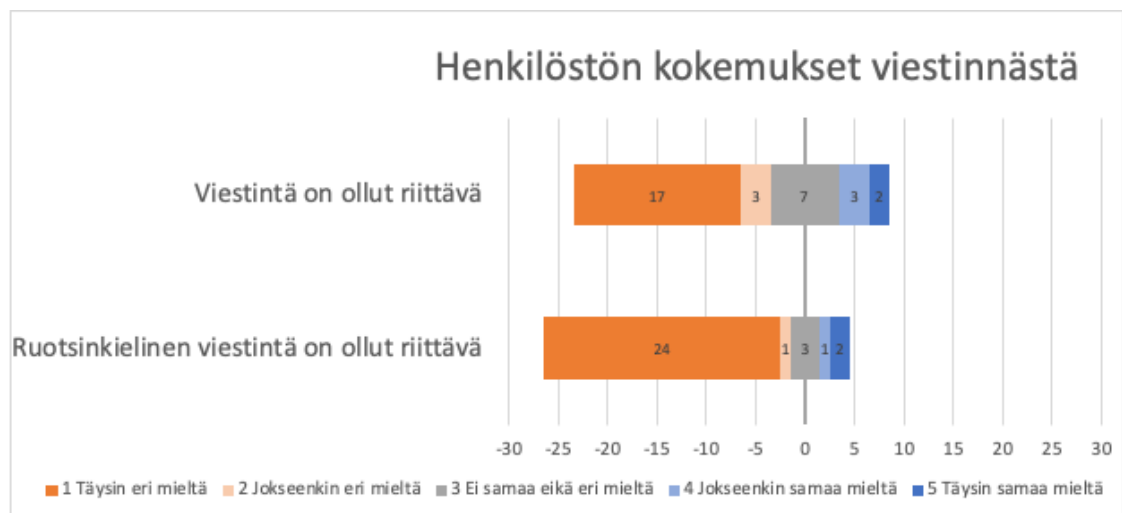
5.3 Viestintä

Vain 2 vastaajaa, jotka molemmat olivat suomenkielisiä, sai tietoa käyttöönotosta Intranetin kautta. 3 vastaajaa sai tietoa sähköpostitse projektiryhmältä, ja 22 vastaajaa sai tietoa käyttöönotosta sähköpostitse esihenkilöltä. 9 vastaajaa ilmoitti saaneensa tietoa osastokokouksista, 7 vastaajaa henkilöstöinfoista. Kaikista vastaajista 4 vastaajaa ilmoitti saaneensa infoa ainoastaan kollegoilta, ja 1 vastaaja ilmoitti saaneensa tietoa käyttöönotosta vain lyhyen koulutuksen aikana (kuvio 6).



Kuvio 6. Viestintäkanavat, jonka kautta vastaajat ovat saaneet tietoa Omni360 -käyttöön otosta.

Suurin osa kaikista vastaajista, 20 henkilöä, koki että viestintä oli riittämätön ja 5 henkilöä koki viestinnän olleen riittävä (kuvio 7). Mielpideväittämän keskiarvo oli 2,1; keskihajonta 1,3 ja mediaani 1,0 (taulukko 2).



Kuvio 7. Vastaajien arvio viestinnän riittävydestä.

Taulukko 2. Tunnusluvut vastaajien arviosta viestinnän riittävydestä.

| | Keskiarvo | Keskihajonta | Mediaani |
|---|-----------|--------------|----------|
| Viestintä on ollut riittävä | 2,1 | 1,3 | 1,0 |
| Ruotsinkielinen viestintä on ollut riittävä | 1,6 | 1,2 | 1,0 |

Kaikista vastaajista, 3 oli samaa mieltä siitä, että ruotsinkielinen viestintä oli ollut riittävä, 3 vastaajaa oli neutraaleja, ja 25 vastaajaa oli eri mieltä siitä, että ruotsinkielinen viestintä oli ollut riittävä (kuvio 7). Mielenpideväittämän keskiarvo oli 1,6; keskihajonta 1,2 ja mediaani 1,0 (taulukko 2).

Otteita avoimista vastauksista viestinnästä:

“Har nog varit mycket dåligt. Inget av det har kommit eller varit på svenska vilket är mycket dåligt. Vi är ett tvåspråkigt land och speciellt i Egentliga Finland är det tvåspråkigt.”

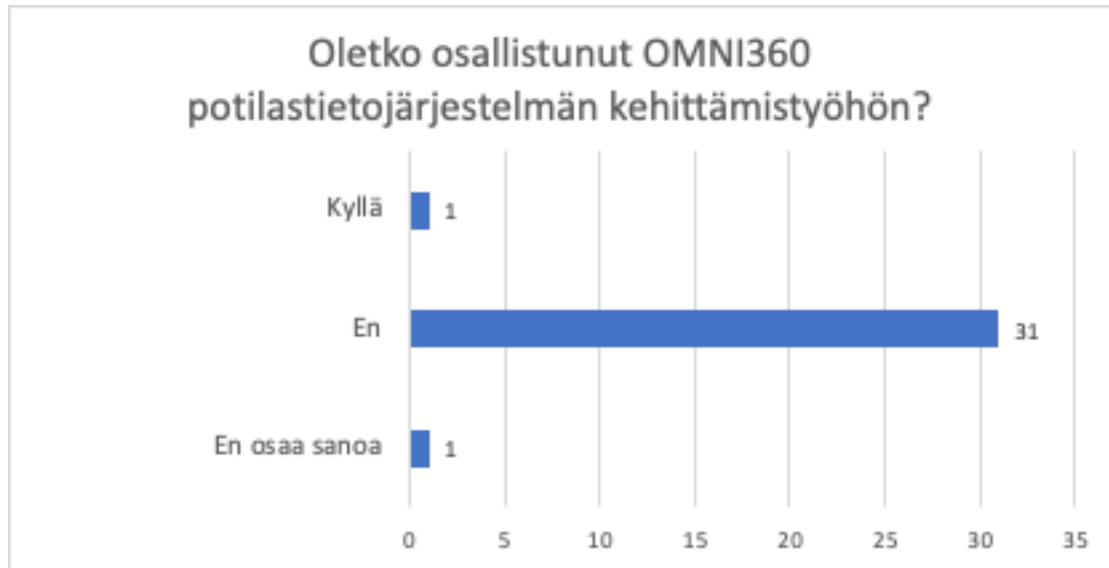
”Vi har fått väldigt lite information och fortfarande är det oklart var en del av oss skall dokumentera. Önskar att det vore mera planerat och klart så att alla kunde få tydliga direktiv”

”Bristfälligt!”

“Jag upplever att man inte har lyssnat på personalen alls när man framfört att det har varit alldeles för knappt om tid att både gå skolningar, överföra data och ibruktagningen...”

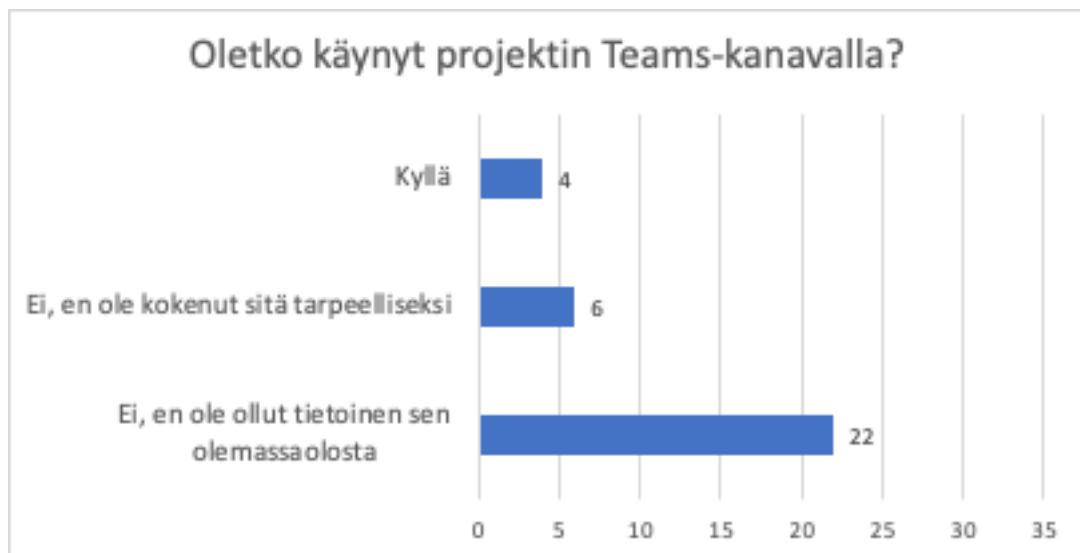
5.4 Osallistaminen

Kaikista vastaajista, Omni360 -potilastietojärjestelmän kehittämistyöhön osallistui 1 henkilö. 31 vastaajaa ei osallistunut kehittämistyöhön, ja 1 vastaaja ei osaa sanoa oliko hän osallistunut kehittämistyöhön (kuvio 8).



Kuvio 8. Vastaajien osallistuminen kehittämistyöhön.

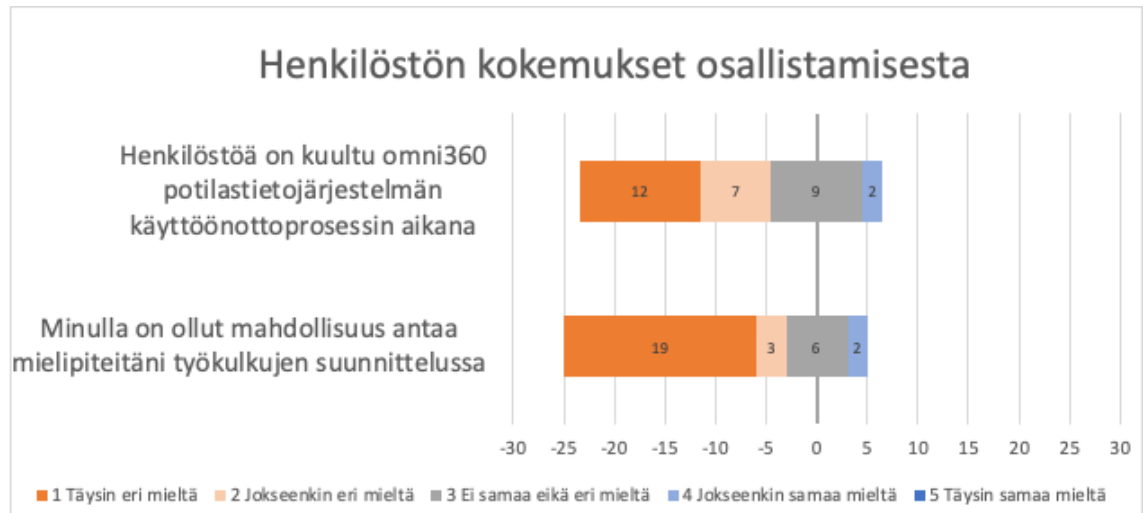
Teams-kanavalla ”Toimintamallien yhtenäistäminen sekä asiakas- ja potilastietojärjestelmän uudistaminen” oli käynyt 4 vastaaja, 6 eivät kokeneet sitä tarpeelliseksi, ja 22 eivät olleet tietoisia kanavan olemassaolosta (kuvio 9).



Kuvio 9. Vastaajien Teams-kanavan käyttö.

Suurin osa henkilöstöstä, 19 henkilöä, oli sitä mieltä että henkilöstöä ei kuultu käyttöönottoprosessin aikana, 9 oli neutraaleja ja 2 koki että henkilöstöä on kuultu

(kuvio 10). Mieliä väittämän keskiarvo oli 2,0; keskihajonta 1,0 ja mediaani 2,0 (taulukko 3).



Kuvio 10. Vastaajien arvio osallistamisestaan projektiin.

Taulukko 3. Tunnusluvut vastaajien arviosta osallistamisestaan projektiin

| | Keskiarvo | Keskihajonta | Mediaani |
|---|-----------|--------------|----------|
| Henkilöstöä on kuultu Omni360 potilastietojärjestelmän käyttöönottoprosessin aikana | 2,0 | 1,0 | 2,0 |
| Minulla on ollut mahdollisuus antaa mielipiteitäni työkkujen suunnittelussa | 1,7 | 1,0 | 1,0 |

Myös väittämässä siitä, että vastaajilla on ollut mahdollisuus antaa mielipiteensä työkkujen suunnittelussa, suurin osa, 22 vastaajaa, oli eri mieltä väittämän kanssa. 6 oli neutraaleja ja 2 koki että heillä oli mahdollisuus antaa mielipiteensä (kuvio 10). Mieliä väittämän keskiarvo oli 1,7; keskihajonta 1,0 ja mediaani 1,0 (taulukko 3).

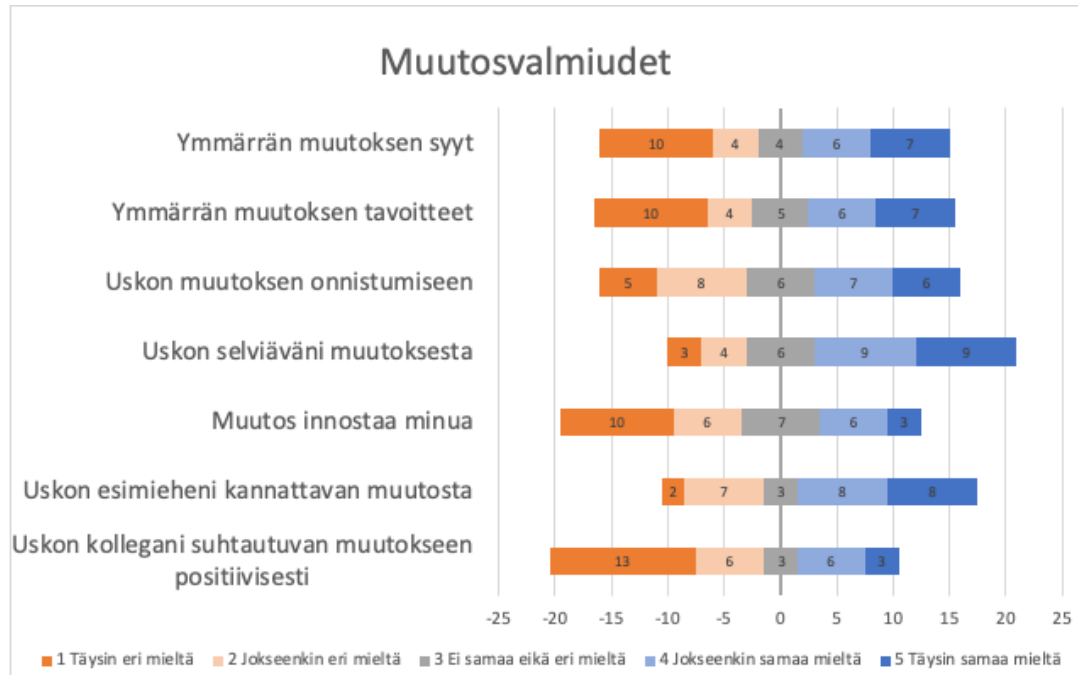
Toisen kyselylomakkeen vastaajista 5 vastaajaa tiesi minne he voivat lähettää järjestelmäpalautetta, 15 vastaajaa eivät tiedäneet minne lähettää palautetta (kuvio 11).



Kuvio 11. Vastaajien tietoisuus siitä, minne järjestelmäpalautetta voi lähettää.

5.5 Muutosvalmiudet

Väittämissä koskien muutosten syiden ymmärtämistä ja muutosten tavoitteiden ymmärtämistä, vastausten jakauma oli tasainen, lievästi painottuen eri mieltä oleviin (kuvio 12). Molempien mielipideväittämien keskiarvo oli 2,9; keskihajonta 1,6 ja mediaani 3,0 (taulukko 4).



Kuvio 12. Vastaajien arvio omasta sekä työyhteisön muutosvalmiuksista.

Taulukko 4. Tunnusluvut vastaajien arviosta omasta sekä työyhteisön muutosvalmiuksista.

| | Keskiarvo | Keskihajonta | Mediaani |
|---|-----------|--------------|----------|
| Ymmärrän muutoksen syyt | 2,9 | 1,6 | 3,0 |
| Ymmärrän muutoksen tavoitteet | 2,9 | 1,6 | 3,0 |
| Uskon muutoksen onnistumiseen | 3,0 | 1,4 | 3,0 |
| Uskon selviäväni muutoksesta | 3,5 | 1,3 | 4,0 |
| Muutos innostaa minua | 2,6 | 1,4 | 3,0 |
| Uskon esimieheni kannattavan muutosta | 3,5 | 1,3 | 4,0 |
| Uskon kollegani suhtautuvan muutokseen positiivisesti | 2,4 | 1,5 | 2,0 |

Myös kysymyksessä uskomisesta muutoksen onnistumiseen, jakauma oli tasainen, kun 13 vastaajaa oli eri mieltä, 13 vastaajaa samaa mieltä, ja 6 oli neutraaleja (kuvio 12). Mielenpidevääntämän keskiarvo oli 3,0; keskihajonta 1,4 ja mediaani 3,0 (taulukko 4).

Suurin osa vastaajista, 18 henkilöä, uskoi selviävänsä muutoksesta, 6 oli neutraaleja ja 7 eivät uskoneet selviävänsä muutoksesta (kuvio 12). Mieliäpäittäjän keskiarvo oli 3,5; keskihajonta 1,3 ja mediaani 4,0 (taulukko 4). 9 vastaajaa oli samaa mieltä siitä, että muutos innostaa heitä, 7 oli neutraaleja ja 16 eivät olleet innostuneita muutoksesta. Mieliäpäittäjän keskiarvo oli 2,6; keskihajonta 1,4 ja mediaani 3,0 (taulukko 4).

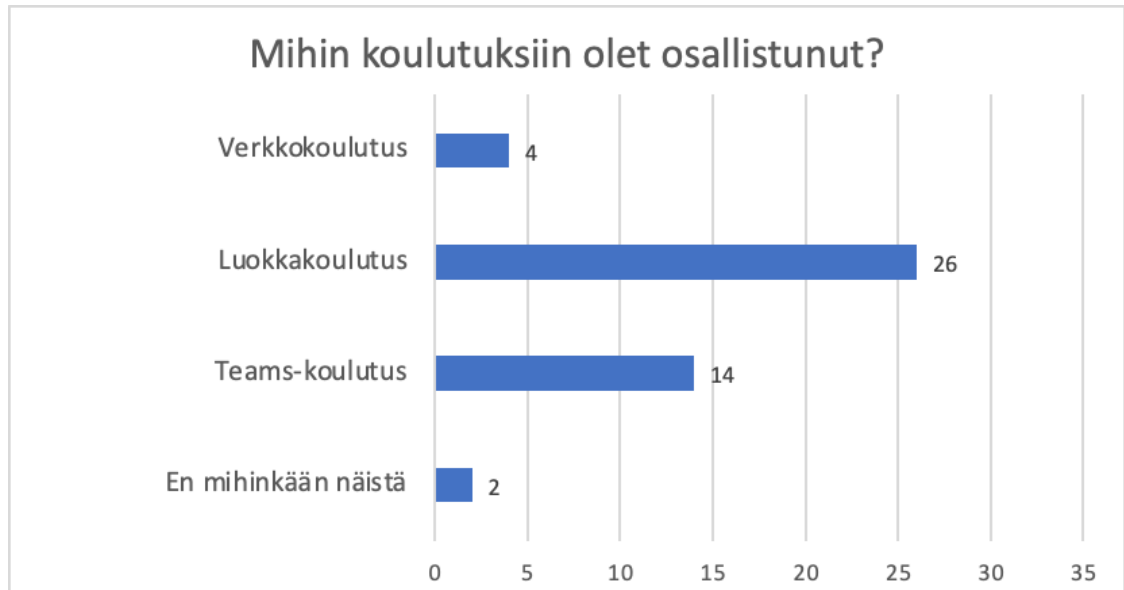
Suurin osa vastaajista, 16 henkilöä, uskoi esihenkilönsä kannattavan muutosta, 3 oli neutraaleja, ja 9 vastaajaa eivät uskoneet esihenkilönsä kannattavan muutosta (kuvio 12). Mieliäpäittäjän keskiarvo oli 3,5; keskihajonta 1,3 ja mediaani 4,0 (taulukko 4). 9 vastaajaa uskoivat heidän kollegoidensa suhtautuvan positiivisesti muutokseen, 3 olivat neutraaleja ja 19 eivät uskoneet kollegoidensa suhtautuvan muutokseen positiivisesti (kuvio 12). Mieliäpäittäjän keskiarvo oli 2,4; keskihajonta 1,5 ja mediaani 2,0 (taulukko 4).

Ote avoimista vastauksista, koskien henkilöstön muutosasennetta:

”Försöka vara positiv, men vi känner oss påtvingade att ha detta program.”

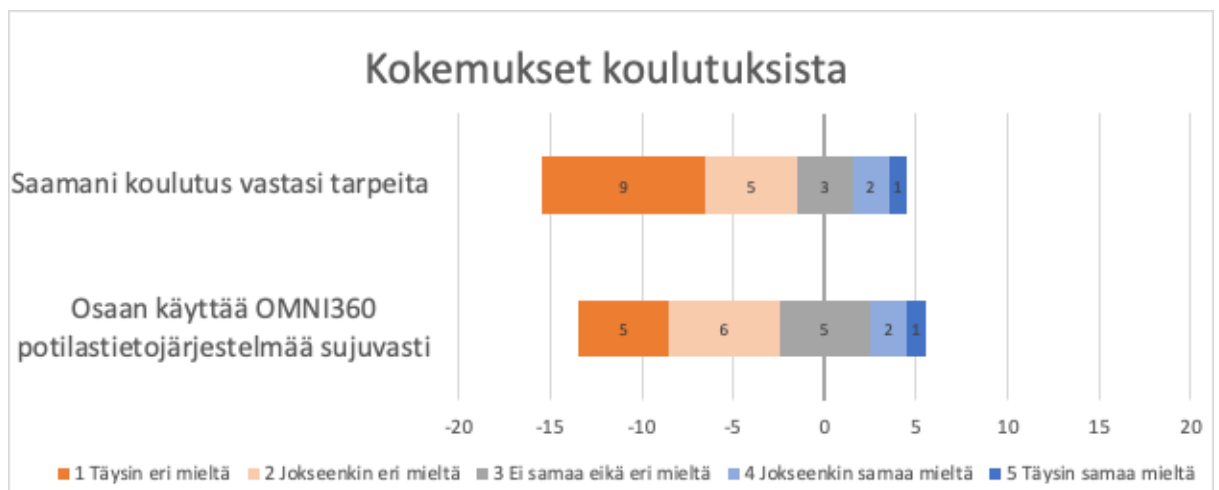
5.6 Koulutukset

Luokkakoulutukseen oli osallistunut 26 vastaajaa, näistä 9 vastaajaa osallistui myös täydentävään Teams-koulutukseen. Niistä 7 henkilöstä, jotka eivät osallistuneet luokkakoulutukseen, 5 osallistui vaihtoehtoiseen Teams-koulutukseen, ja 2 henkilöä ei osallistunut mihinkään koulutukseen. 4 vastaajaa oli suorittanut verkkokoulutuksen. Yksikään vastaaja ei ollut käynyt kaikissa koulutuksissa. (Kuvio 13.)



Kuvio 13. Vastaajien osallistuminen järjestettyihin koulutuksiin.

Toisen kyselylomakkeen 20 vastaajasta, 3 henkilöä oli sitä mieltä, että koulutukset vastasivat tarpeita, 3 oli neutraaleja, ja 14 vastaajaa oli sitä mieltä, että koulutukset eivät vastanneet tarpeita (kuvio 14). Mielenpideväittämän keskiarvo oli 2,1; keskihajonta 1,2 ja mediaani 2,0 (taulukko 5).



Kuvio 14. Vastaajien arvio koulutuksista.

Taulukko 5. Tunnusluvut vastaajien arviosta koulutuksista.

| | Keskiarvo | Keskihajonta | Mediaani |
|--|-----------|--------------|----------|
| Saamani koulutus vastasi tarpeita | 2,1 | 1,2 | 2,0 |
| Osaan käyttää Omni360 potilastietojärjestelmää sujuvasti | 2,4 | 1,2 | 2,0 |

3 vastaaja arvioi, että he osaavat koulutusten jälkeen käyttää Omni360 - potilastietojärjestelmää sujuvasti, ja 11 vastaajaa arvioi, että he eivät osaa käyttää järjestelmää sujuvasti (kuvio 14). Mielipideväittämän keskiarvo oli 2,4; keskihajonta 1,2 ja mediaani 2,0 (taulukko 5).

Toisen kyselylomakkeen vastaajista 5 henkilöä koki että he eivät tarvitse lisäkoulutusta, ja 15 vastaajaa koki tarvitsevansa lisäkoulutusta (kuvio 15).



Kuvio 15. Vastaajien arvio lisäkoulutustarpeesta.

Avoimen koulutuskysymyksen kautta saaduissa vastauksissa, 7 henkilöä toivoi ruotsinkielistä koulutusta, ja 9 henkilöä toivoi selvennyksiä/laajempaa koulutusta ohjelman toimintoihin.

Otteita avoimista vastauksista:

”Jag deltog även i en svenskspråkig utbildning... utbildarna kunde inte ett ord svenska eller kunde svara på frågor på svenska.”

”Utbildningarna borde vara på båda inhemska språken!”

”Olisi tarvittu paljon laajempi koulutus ja hyvissä ajoin ennen käyttöönottoa. Todella surkeaa!!! Varhan kouluttaja oli hätäinen ja näpätty takaisin jos oli kysymyksiä. Todella huonosti ja suppealla koulutuksella”

”Kirjaamiseen liittyvää, ohjelman hallintaa yleensä”

”Pintaraapaisu. Toki ei kaikkea voi opettaa kädestä pitäen jokaiselle..”

Koulutusten järjestäminen kesälomakaudella kommentoitiin yhteensä neljä kertaa. Viisi vastaajaa kertoi kokeneensa koulutusten olleen liian lähellä käyttöönottopäivää. Yksi vastaaja koki koulutuskeston hyväksi, mutta harmitteli ettei saanut koulutuksen aikana itse käyttää testiversiota ohjelmasta.

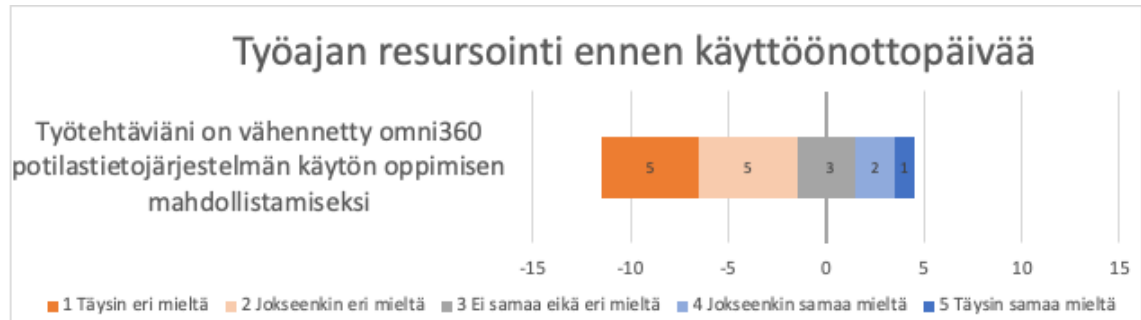
”Todella väärä ajankohta. Koulutukset kesälomakuukautena.”

”Sekavaa ja hosuttu kaiken kaikkiaan.. Ohjelman testiversioon olisi voinut päästä aikaisemmin. Nyt käyttö alkoi koulutuksen jälkeen heti.”

”Hade tur två skolnings dagar, synd att våra datorer vi skulle öva med så fungerade inte nätverket så jag fick inte leka och träna på programmet.”

5.7 Henkilöstön kuormitus

Ensimmäisen kyselyn vastaajista 3 henkilöä oli sitä mieltä, että työtehtäviä oli vähennetty mahdollistaakseen Omni360 -potilastietojärjestelmän käytön oppimista, 3 oli neutraaleja ja 10 vastaajaa oli sitä mieltä, että työtehtäviä ei vähennetty (kuvio 16). Mielipideväittämän keskiarvo oli 2,3; keskihajonta 1,3 ja mediaani 2,0 (taulukko 6).

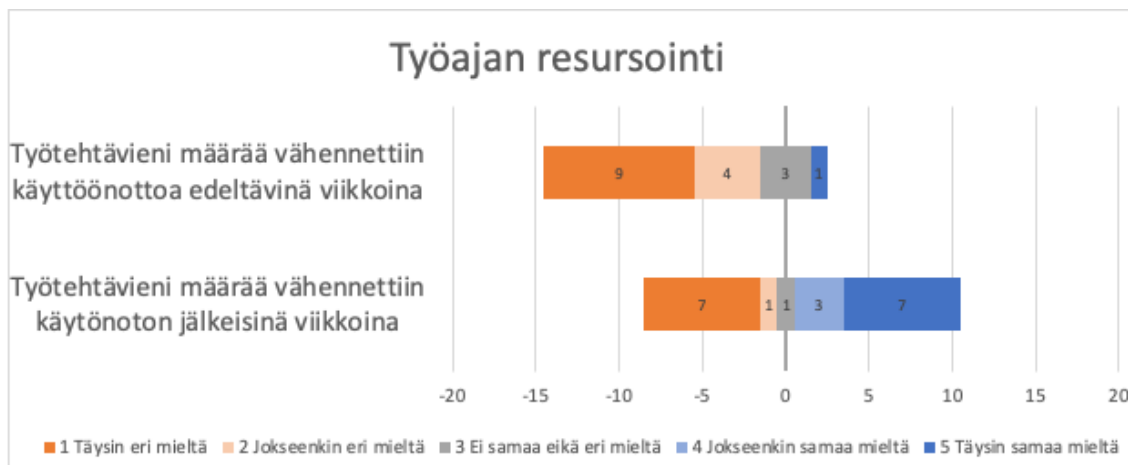


Kuvio 16. Ensimmäisen kyselyn vastaajien arvio työtehtävien vähentämisestä ennen käyttöönottopäivää.

Taulukko 6. Tunnusluvut ensimmäisen kyselyn vastaajien arviosta työtehtävien vähentämisestä ennen käyttöönottopäivää.

| | Keskiarvo | Keskihajonta | Mediaani |
|---|-----------|--------------|----------|
| Työtehtäviäni on vähennetty Omni360 -potilastietojärjestelmän käytön oppimisen mahdollistamiseksi | 2,3 | 1,3 | 2,0 |

Toisen kyselyn vastaajista 1 vastaaja oli sitä mieltä, että työtehtävien määrää vähennettiin käyttöönottopäivän edeltävinä viikkoina, 3 oli neutraaleja ja 13 vastaajaa koki, että työtehtävien määrää ei vähennetty edeltävinä viikkoina (kuvio 17). Mielenpideväittämän keskiarvo oli 1,8; keskihajonta 1,1 ja mediaani 1,0 (taulukko 7).



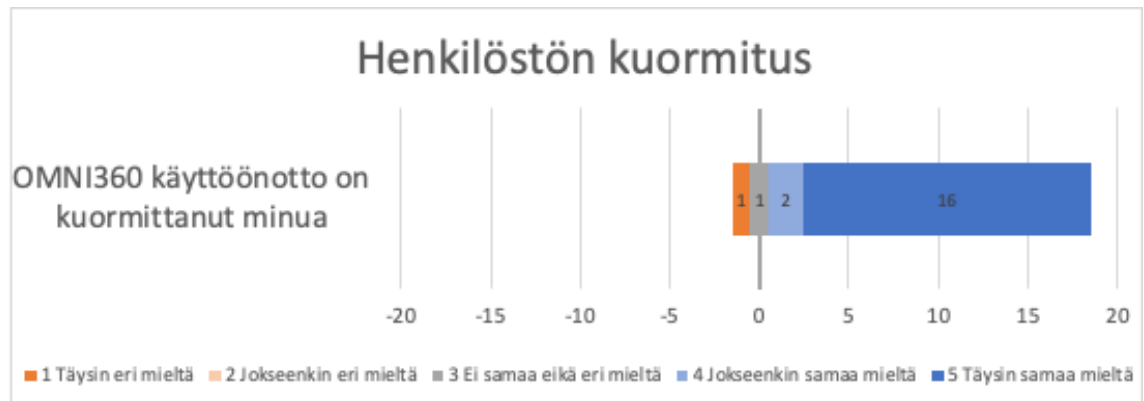
Kuvio 17. Toisen kyselyn vastaajien arvio työtehtävien vähentämisestä ennen käyttöönottopäivää, sekä käyttöönottopäivän jälkeen.

Taulukko 7. Tunnusluvut toisen kyselyn vastaajien arviosta työtehtävien vähentämisestä ennen käyttöönottopäivää, sekä käyttöönottopäivän jälkeen.

| | Keskiarvo | Keskihajonta | Mediaani |
|--|-----------|--------------|----------|
| Työtehtävieni määrää vähennettiin käyttöönottoa edeltävinä viikkoina | 1,8 | 1,1 | 1,0 |
| Työtehtävieni määrää vähennettiin käytönoton jälkeisinä viikkoina | 3,1 | 1,8 | 4,0 |

Käyttöönottopäivän jälkeisinä viikkoina, 10 vastaajaa koki, että työtehtävien määrää vähennettiin, 1 oli neutraali, ja 8 oli sitä mieltä, että työtehtäviä ei vähennetty käyttöönottopäivän jälkeisinä viikkoina (kuvio 17). Mielpideväättämän keskiarvo oli 3,1; keskihajonta 1,8 ja mediaani 4,0 (taulukko 7).

18 vastaajaa oli sitä mieltä, että Omni360 -potilastietojärjestelmän käyttöönotto kuormitti heitä, 1 oli neutraali ja 1 oli sitä mieltä, että käyttöönotto ei kuormittanut häntä (kuvio 18). Mielpideväättämän keskiarvo oli 4,6; keskihajonta 1,0 ja mediaani 5,0 (taulukko 8).



Kuvio 18. Vastaajien arvio käyttöönoton aiheuttamasta kuormituksesta.

Taulukko 8. Tunnusluvut vastaajien arviosta käyttöönoton aiheuttamasta kuormituksesta.

| | Keskiarvo | Keskihajonta | Mediaani |
|--|-----------|--------------|----------|
| OMNI360 käyttöönotto on kuormittanut minua | 4,6 | 1,0 | 5,0 |

Otteita avoimista vastauksista koskien henkilöstön kuormitusta sekä työajan resursointia:

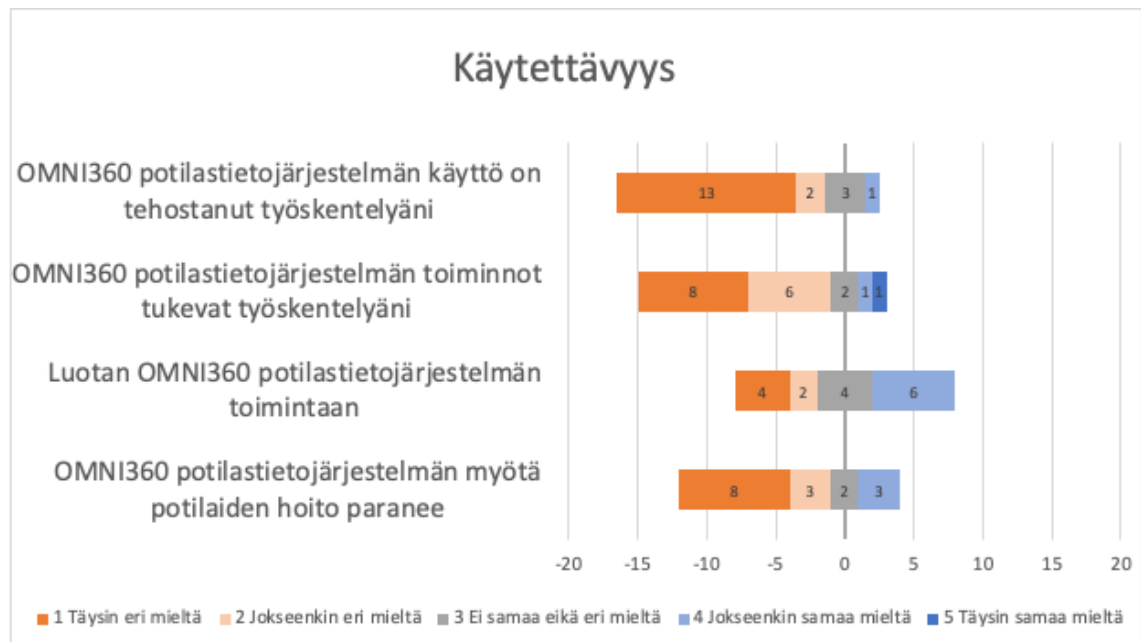
”Personalen är riktigt trött och slut på grund av all extra arbetsbörda som satts på dem under dessa två veckor, både vad gäller uppgiftsöverföring och arbetsuppgifter inom verksamheten som hopat sig då en del av personalen varit upptagen med uppgiftsöverföringen.”

”Vår privata tid, har fått sättas till detta.”

”Ibruktagningen har lämnat en bitter smak i munnen. Stämningen på arbetsplatsen har varit dålig och människor har gråtit av uppgivenhet. Så får det absolut inte vara”

5.8 Potilastietojärjestelmän käytettävyys ja toiminnan tehokkuus

15 vastaajaa oli eri mieltä siitä, että Omni360 -järjestelmän käyttö on tehostanut työskentelyä, 3 oli neutraaleja ja 1 samaa mieltä väittämän kanssa (kuvio 19). Mielpideväittämän keskiarvo oli 1,6; keskihajonta 1,0 ja mediaani 1,0 (taulukko 9).



Kuvio 19. Vastaajien arvio Omni360 ohjelmiston käytettävyydestä, sekä ohjelmiston käytön vaikutuksista työn tehokkuuteen.

Taulukko 9. Tunnusluvut vastaajien arviosta Omni360 ohjelmiston käytettävyydestä, sekä ohjelmiston käytön vaikutuksista työn tehokkuuteen.

| | Keskiarvo | Keskihajonta | Mediaani |
|--|-----------|--------------|----------|
| OMNI360 potilastietojärjestelmän käyttö on tehostanut työskentelyäni | 1,6 | 1,0 | 1,0 |
| OMNI360 potilastietojärjestelmän toiminnot tukevat työskentelyäni | 1,9 | 1,2 | 2,0 |
| Luotan OMNI360 potilastietojärjestelmän toimintaan | 2,8 | 1,2 | 3,0 |
| OMNI360 potilastietojärjestelmän myötä potilaiden hoito paranee | 2,0 | 1,2 | 1,5 |

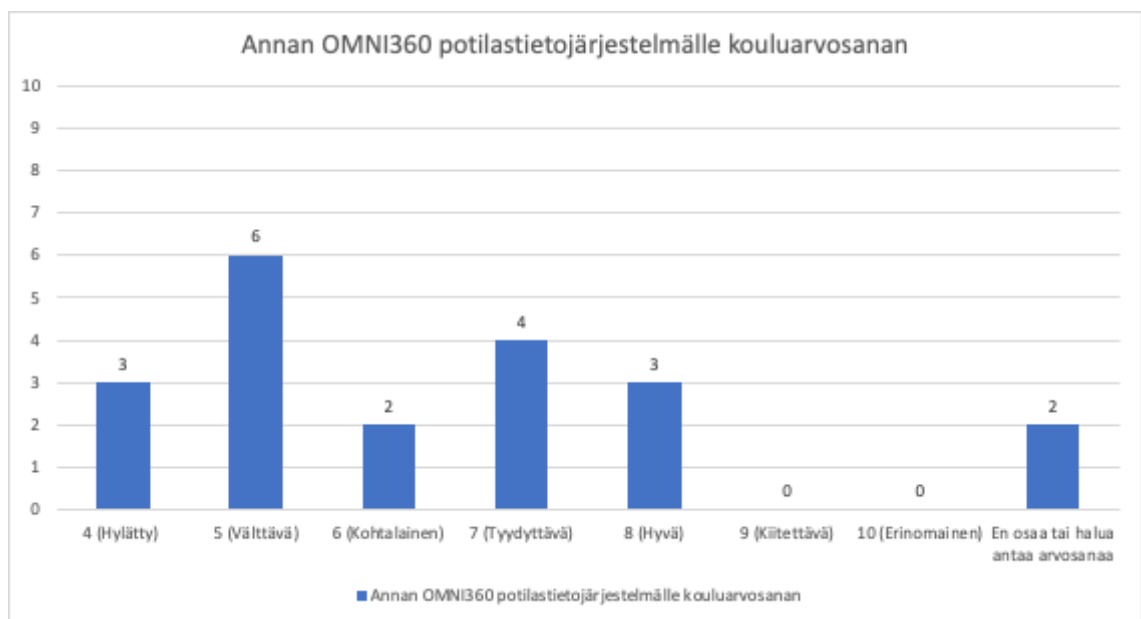
2 vastaajaa koki, että Omni360 -potilastietojärjestelmän toiminnot tukevat työskentelyä, 2 oli neutraaleja ja 14 oli sitä mieltä, että toiminnot eivät tue työskentelyä (kuvio 19). Mielpideväittämän keskiarvo oli 1,9; keskihajonta 1,2 ja mediaani 2,0 (taulukko 9).

Vastaajia, jotka luottavat potilastietojärjestelmän toimintaan oli yhtä paljon kuin vastaajia, jotka eivät luota potilastietojärjestelmän toimintaan (kuvio 19).

Mielpideväittämän keskiarvo oli 2,8; keskihajonta 1,2 ja mediaani 1,5 (taulukko 9).

11 vastaajaa oli eri mieltä siitä, että potilaiden hoito paranee Omni360 käyttöönoton myötä, 2 oli neutraaleja ja 3 vastaajaa oli samaa mieltä (kuvio 19). Mielpideväittämän keskiarvo oli 2,0; keskihajonta 1,2 ja mediaani 1,5 (taulukko 9).

Vastaajien antamat kouluarvosanat Omni360 -potilastietojärjestelmälle jakautuivat arvoille 4-8 (kuvio 20). Kouluarvosanojen keskiarvo oli 5,9; keskihajonta 1,4 ja mediaani 5,5 (taulukko 10).



Kuvio 20. Vastaajien antamat kouluarvosanat Omni360 -järjestelmästä.

Taulukko 10. Vastaajien antamien kouluarvosanojen tunnusluvut, Omni360 -järjestelmästä.

| | Keskiarvo | Keskihajonta | Mediaani |
|---|-----------|--------------|----------|
| Annan OMNI360 potilastietojärjestelmälle kouluarvosanan | 5,9 | 1,4 | 5,5 |

Avointen kysymysten vastauksissa, esille nousi tietojärjestelmän yksikielisyys, ja 7 vastaajaa toivoi ruotsin-/kaksikielistä versiota potilastietojärjestelmästä. 3 vastaajaa koki tietojärjestelmän olevan sopimaton palveluasumiseen, jossa tarvitaan sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon potilastietojärjestelmiä. 7 vastaajaa koki, että aikaisemmin käytössä ollut Abilita -potilastietojärjestelmä, oli parempi kuin Omni360 -potilastietojärjestelmä.

Otteita avoimista vastauksista:

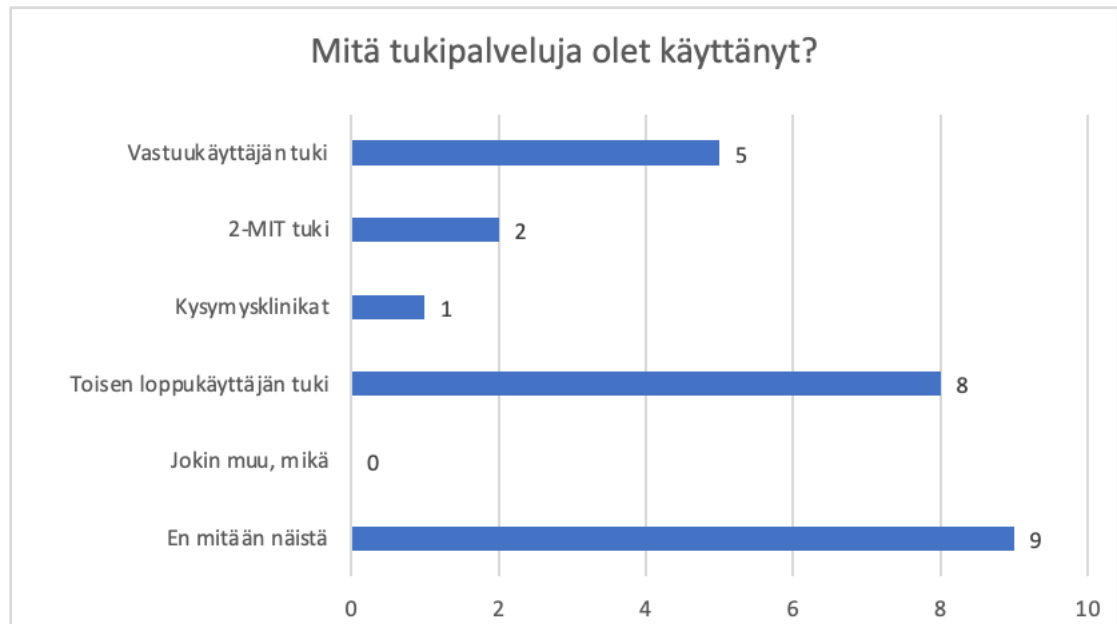
“Behöver fås på svenska och mycket tydligare system. Finns mycket som saknas nu från det gamla systemet som fungerade hur bra som helst.”

“Verkar invecklat och svårt att hitta rubriker som motsvarar åldringsvården.”

”Todella sopimaton palveluasumiseen, vanha järjestelmä oli paljon sopivampi meidän käyttöön. Työläs ! Kestää ikuisuuden täyttää kaikki kohdat ja kuitata. Kaikki aika on pois potilastyöstä!!!! Sopii paremmin sairaala/neuvolakäyttöön. EI MEILLE”

5.9 Tuki

Toisen kyselylomakkeen 20 vastaajasta, kaksi vastaajaa oli hyödyntänyt 2m-IT:n tukea, ja yksi vastaajaa oli osallistunut kysymysklinikkaan. 5 vastaajaa oli saanut tukea vastuukäyttäjältä, 8 sai tukea toiselta loppukäyttäjältä ja 9 vastaajaa eivät hyödyntäneet mitään mainituista tukimuodoista (kuvio 21).



Kuvio 21. Tarjolla olleiden tukipalvelujen käyttömäärät.

Avointen kysymysten vastauksissa, 4 vastaaja oli kaivanut IT-tuen läsnäoloa käyttöönottopäivänä ja yksi iloitsi, että tukea oli saatavilla. Yksi vastaaja koki saaneensa tarvitsemansa tuen nopeasti ja yksi koki että tukea ei ole saatu ollenkaan.

”Väldigt dåligt, jag är starkt av åsikten att det hade varit nödvändigt för allas mående att ha it-stöd fysiskt på plats några dagar under ibruktagningen. Några har fått dra ett väldigt tungt lass med att både försöka lära sig själv och sedan försöka lära anda som inte är lika säkra användare av data. Första dagarna [fick man hjälp], men ganska snabbt blev det svårare att få tag på hjälp eller så krävdes detektivarbete för att hitta till rätt hjälp. Många gånger har man fått vänta länge på att få hjälp och det stör arbetet.”

”Mera stöd på plats vid ibruktagningen skulle ha behövts, och även dagarna efteråt eftersom olika personal är på plats olika dagar.”

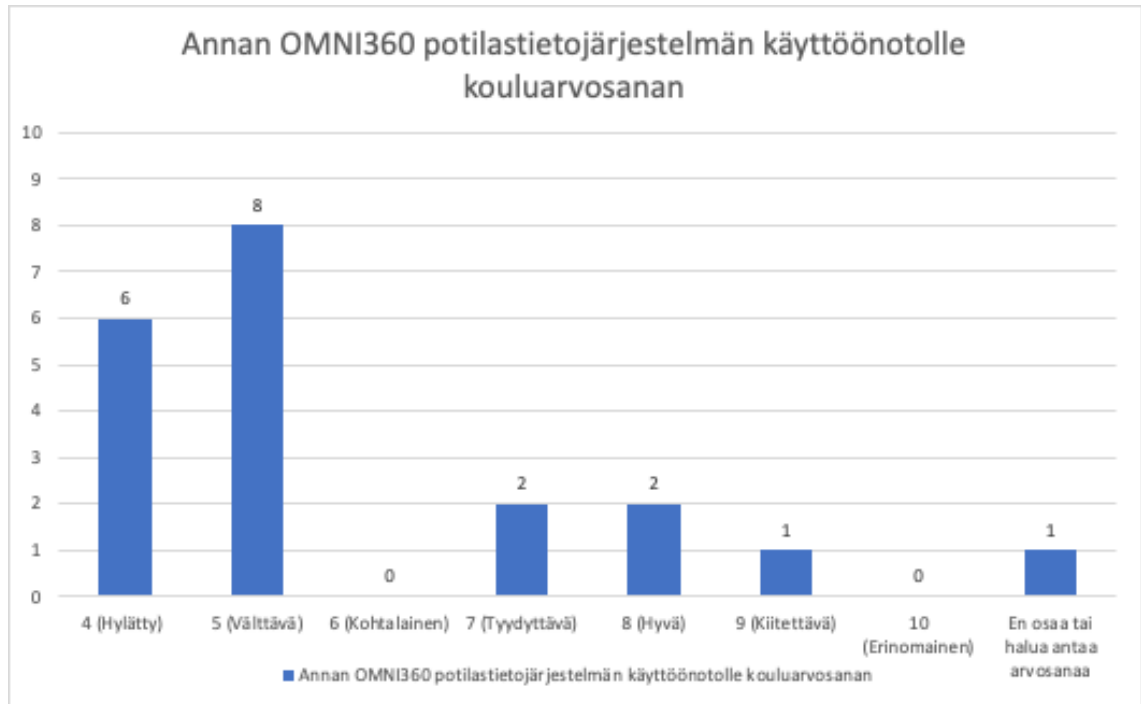
”Vi hade även tur att vi fick 2 dagar Omni stödpersoner som hjälpte oss i inte bara Omni utan även i Pegasus.”

”Sain heti tarvitsemani avun.”

”Mistä olemme saaneet tukea??? Ei mistään”

5.10 Käyttöönnoton onnistuminen

Vastaajien antamat kouluarvosanat Omni360 käyttöönnotolle jakoutuivat arvoille 4-9 (kuvio 22). Keskiarvo kouluarvosanasta, oli 5,4; keskihajonta 1,6 ja mediaani 5,0 (taulukko 11).



Kuvio 22. Vastaajien antamat kouluarvosanat käyttöönnotosta.

Taulukko 11. Vastaajien antamien kouluarvosanojen tunnusluvut, Omni360 -käyttöönnotolle.

| | Keskiarvo | Keskihajonta | Mediaani |
|---|-----------|--------------|----------|
| Annan OMNI360 potilastietojärjestelmän käyttöönnotolle kouluarvosanan | 5,4 | 1,6 | 5,0 |

Avoimista vastauksista 11 henkilöä toivoi käyttöönottoprojektin parempaa suunnittelua ja/tai myöhäisempää käyttöönottopäivän ajankohtaa.

“Tycker det var dåligt förberett. Alla borde hunnit från semestern innan det började.”

”Sekavaa ja hosuttu kaiken kaikkiaan.. Ohjelman testiversioon olisi voinut päästä aikaisemmin. Nyt käyttö alkoi koulutuksen jälkeen heti.

”Hoppeligen en bättre planering och svensk inläring, nästa gång.”

6 Pohdinta

6.1 Johtopäätökset

Esitettyjen tulosten perusteella on ilmeistä, että kyselyihin vastaajien mielestä Kemiönsaaren käyttöönotossa oli asioita, joita olisi toivottu menevän toisin. Kemiönsaaren vahva ruotsinkielisyys aiheutti haasteita viestinnän onnistumisessa. Intranet viestintäkanavana ei selvästi tavoittanut ruotsinkielistä henkilöstöä, ja henkilöstö oli hyvin riippuvainen omien esihenkilöiden viestinnästä. Henkilöstöinfojen kautta oli kuitenkin onnistuneesti tavoitettu osan henkilöstöstä. Viestinnän riittämättömyys, ja erityisesti ruotsinkielisen viestinnän poissaolo, aiheutti tyytymättömyyttä henkilöstössä.

Koska viestinnällä on Ingebrigtsen ym. (2014, 399), Kujala ym. (2018, 232) sekä Kallankarin (2019, 61) mukaan tärkeä rooli henkilöstön sitouttamiseen muutokseen ja on osatekijä käyttöönoton onnistumiselle, siihen olisi kannattanut panostaa laajemmin koko projektin aikana. Kemiönsaaren käyttöönotossa ei ole valitettavasti osattu huomioida niitä ruotsinkielisten alueiden erityistarpeita, joista Henriksson (2016, 119) kertoo. Tulevaisuudessa olisi tärkeää huomioida Kemiönsaaren ruotsinkielisyys paremmin, erityisesti niissä projekteissa, joita johdetaan keskitetysti Varsinais-Suomen hyvinvointialueella. Esihenkilöstön ollessa tärkeässä roolissa viestinnän onnistumisen kannalta, olisi ollut hyvä, jos projektiryhmä olisi laatinut enemmän ruotsinkielisiä tiedotteita käyttöönotosta, joita esihenkilöstö olisi voinut välittää edelleen henkilöstölle.

Avgar ym. (2012, 493) Ekholm & Kinnusen (2016, 70), Sligo ym. (2017,92) ja Kujala ym. (2018, 225) mielestä loppukäyttäjien osallistaminen projektiin, vaikuttaa positiivisesti käyttöönoton onnistumiseen. Kemiönsaaren henkilöstön osallistaminen projektiin ei toteutunut onnistuneesti, ja voi olla yksi osatekijä henkilöstön tyytymättömyyteen Omni360 -potilastietojärjestelmän käyttöönottoon sekä potilastietojärjestelmän toimintaan. Avgar ym. (2012, 494) suositeltuja strukturoituja tilaisuuksia, joissa loppukäyttäjät osallistetaan kehittämistyöhön, järjestettiin kuitenkin työpajojen muodossa keväällä 2024. Työpajojen jälkeen palautetta työpajojen tuotoksista kerättiin Teams-kanavan avulla. On siis syytä pohtia, minkä takia Kemiönsaaren henkilöstön osallistaminen kuitenkin jäi puutteelliseksi, suunnitelmasta poiketen. Saatujen vastausten perusteella syytä tapahtuneeseen ei voida varmuudella

sanoa. Tosiasia on kuitenkin että 22 vastaajaa, yhteensä 33 vastaajasta, eivät olleet tietoisia Teams-kanavasta, jonka kautta oli mahdollista kommentoida työpajojen tuotoksia. Tämä kieli viestinnän riittämättömyydestä.

Riittämättömästä viestinnästä kertoo myös se, että puolet vastaajista eivät olleet tietoisia muutoksen syistä tai tavoitteista. Kallankarin (2019, 35), Sligo ym. (2017, 93) ja Hertzum ym. (2022,) mukaan henkilöstö on valmiimpi kestämään käyttöönoton aiheuttamat haittavaikutukset, kun heitä on tiedotettu käyttöönoton tuomista hyödyistä sekä haasteista. Henkilöstön tietämättömyys muutoksen syistä ja tavoitteista voi olla yksi osatekijä työyhteisön negatiiviseen suhtautumiseen muutokseen. Esihenkilöstö oli kuitenkin onnistunut välittämään henkilöstölle kannattavansa muutosta, mikä pitäisi Kallankarin (2019, 35) mukaan parantaa muutoksen hyväksymistä. Positiivista oli myös, että suurin osa vastaajista uskoi kuitenkin selviävänsä muutoksesta.

Sligo (ym. 2017, 93), Kujala ym. (2018, 233) ja Rigsrevisionen (2018, 25) mukaan työajan varaamista koulutusten suorittamiseen sekä koulutusten järjestäminen hyvissä ajoin ennen käyttöönottoa, vähentävät henkilöstön kokemaa stressiä ja kuormitusta. Kemiönsaaren käyttöönottopäivän ajankohta syyskuun ensimmäisellä viikolla tuotti haasteita. Kesälomat aiheuttivat poissaoloja henkilöstössä, ja koulutusaikataulu myöhästyi suunnitellusta. Harva vastaaja oli suorittanut omatoimisesti verkkokoulutuksen, mikä voisi selittyä kiireisellä koulutusaikataululla. Datamigraatioiden tekeminen kiireisellä aikataululla ohjelmistoon, johon ei vielä ollut koulutusta, aiheutti myös stressiä sekä epävarmuutta henkilöstössä. Melkein kaikki vastaajat kokivat, että työtehtävien määrää ei vähennetty ennen käyttöönottopäivää. Tämä kertoo kiireisestä ajasta, ja on todennäköinen syy siihen, että melkein kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että käyttöönotto oli kuormittanut heitä.

Kuten viestinnässä, myös koulutusten järjestämisessä ei onnistuttu huomioimaan Henrikssonin (2016, 119) mainitsemia ruotsinkielisten alueiden tarpeita ja oikeuksia tarpeeksi. On huomioitavaa, että vaikka koulutuksia järjestettiin ruotsiksi, osa ruotsinkielisistä vastaajista kävivät suomenkielisissä koulutuksissa, mikä aiheutti heissä tyytymättömyyttä. Osa vastaajista olivat kuitenkin tyytyväisiä saamaansa koulutukseen, ja koki sen olleen riittävä. Onnistuneita koulutuksia on siis järjestetty Kemiönsaarella, pohdittavaksi jää, minkä takia koko henkilöstölle ei olla onnistuttu tarjoamaan sellaista.

Hansen ym. (2019, 144) ja Hertzum ym. (2019, 313) mukaan käyttöönoton jälkeen seuraa aika, jolloin toiminnan tehokkuus laskee. Kemiönsaaren käyttöönotossa on positiivista nähdä, että toiminnan tehokkuuden laskuun on osattu varautua, kun hieman

yli puolet vastaajista koki, että työtehtävien määrää vähennettiin käyttöönoton jälkeisinä viikkoina.

Laajempaa, paikan päällä olevaa tukea kaivattiin käyttöönottopäivänä sekä sen jälkeisinä päivinä. Yksi vastaajaa toi esille, että olisi ollut hyvä huomioida henkilöstön päivittäistä vaihtumista, jolloin IT-tukea olisi tarvittu kauemmin, jotta koko henkilöstö olisi hyötynyt siitä. Myös tukipalvelujen saavuttamattomuutta käyttöönottopäivän jälkeen kommentoitiin. Syytä, miksi järjestettyjä tukipalveluja ei ole käytetty, vaikka tarvetta on ollut, ei ole mahdollista sanoa aineiston perusteella. On kuitenkin mahdollista, että myös tässä asiassa selkeämpi viestintä, olisi voinut vaikuttaa positiivisesti asiaan.

Hertzum ym. (2022, 2) mukaan käyttöönotetun ohjelmiston heikko käytettävyyttä voi lisätä työtaakkaa, ja henkilöstön tyytymättömyyttä käyttöönottoon. Kemiönsaaren käyttöönotossa osa vastaajista harmitteli tietojärjestelmän vaihtamista, ja kokivat vanhan tietojärjestelmän paremmaksi. Siirtymä kaksikielisestä tietojärjestelmästä suomenkieliseen aiheutti tyytymättömyyttä henkilöstössä. Abilita -järjestelmää koettiin myös soveltuvammaksi käytettäväksi palveluasumisessa, jossa tarvitaan sekä terveydenhuollon potilastietojärjestelmää, että sosiaalihuollon asiakasrekisteriä. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että Omni360 -järjestelmän käyttö ei ole tehostanut työskentelyä. Valtaosa vastaajista oli myös sitä mieltä, että Omni360 -käyttöönotto vaikuttaa negatiivisesti potilaiden hoidon laatuun. Krousel-Wood ym. (2018, 619) mukaan tyytyväisyys käyttöönotettua ohjelmistoa kohti kasvaa kuitenkin ajan myötä, joten on odotettavissa, että henkilöstön tyytyväisyys ohjelmistoon paranee tulevaisuudessa.

Raportoitujen haasteiden takia käyttöönottopäivän lykkääminen olisi ollut motivoitu. Aikatauluhaasteiden sekä Kemiönsaaren kieliaspektin takia, olisi myös voinut olla järkevää, jättää Kemiönsaaren käyttöönotto myöhäisempään vaiheeseen koko hyvinvointialueen projektissa, ja aloittaa jollakin toisella, ”helpommalla” kunnalla. Näin ollen ohjelmisto olisi ehditty kääntää ruotsiksi hyvissä ajoin ennen käyttöönottopäivää. Erinäisistä syistä, joita ei tässä työssä esitetä, oli kuitenkin tarpeellista aloittaa Kemiönsaaren käyttöönotolla.

6.2 Tutkimuksen arviointi

6.2.1 Kokonaisluotettavuus, validiteetti ja reliabiliteetti

Tutkimuksen kokonaisluotettavuuteen vaikutettiin määrittelemällä tutkimusongelma sekä perustelemalla tehtyjä valintoja lähteineen. Kokonaisluotettavuus muodostuu tutkimuksen validiteetista ja reliabiliteetista. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimukseen valituilla menetelmillä, mitataan sitä mitä halutaan mitata (Vilkkä 2007, 179). Tämän tutkimuksen viitekehys nojautuu kansainväliseen sekä kotimaiseen tutkittuun tietoon. Parantaakseen validiteettia, myös tutkimuksessa käytetyn mittarin valintaa perusteltiin lähteineen. Viitekehyksessä esille nousseet käsitteet operationalisoitiin, ja asetettiin mitattavassa muodossa kyselylomakkeisiin. Varmistaakseen kyselylomakkeiden validiteettia niitä pilotoitiin testiryhmällä ja korjattiin palautteen perusteella. Eri kielisten kyselylomakkeiden samankaltaisuuteen panostettiin myös, jotta eri kielisillä kyselylomakkeilla saatuja vastauksia oli mahdollista käsitellä yhteneväisinä.

Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimus, jolla on hyvä reliabiliteetti, antaa aina samat tulokset, jos se toteutetaan uudestaan (Vilkkä 2007, 177). Tämän tutkimuksen alhainen vastausprosentti, 11-13%, sekä vastaajien ja perusjoukon yhteneväisyyden vahvistamattomuus, laskee tämän tutkimuksen reliabiliteettia, ja työn tuloksiin kannattaa suhtautua varauksella. Heikosta reliabiliteetista riippumatta, tämä työ on tuonut esille tärkeitä asioita, joita on hyvä huomioida suunnitellessa laajaa terveysteknologian käyttöönottoa. Reliabiliteettia olisi mahdollisesti voitu parantaa, kysymällä laajemmin samoja perustietokysymyksiä molemmissa kyselylomakkeissa. Näin ollen vastausjoukon yhteneväisyyttä perusjoukkoon olisi voinut olla mahdollista todistaa. Korkeammalla vastausprosentilla, tutkimuksen reliabiliteetti olisi todennäköisimmin myös noussut.

Tässä tutkimuksessa esille nousseet tulokset ovat olleet suurimmilta osin kriittisiä käyttöönottoa kohti, ja poikkeaa projektiryhmän saaneesta käsityksestä Kemiönsaaren käyttöönotosta palautepalavereiden perusteella. Koska tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, voimme pohtia mitkä asiat ovat motivoineet vastaajia vastaamaan kyselyyn. On mahdollista, että huonoja kokemuksia omaavat henkilöt, ovat motivoituneempia vastaamaan kyselyyn, verrattuna tyytyväisiin henkilöihin. Tämän

takia on mahdollista, että henkilöstö, joka oli tyytyväinen käyttöönottoon, on aliedustettuna aineistossa.

Tämän tutkimuksen alhainen vastausprosentti voi selittyä kyselylomakkeiden toteutuksen kautta. Ensimmäinen kyselylomake oli suunniteltu lähetettäväksi luokkakoulutusten jälkeen, ja vastausaikaa oli tarkoitus olla käyttöönottopäivään asti. Projektiryhmän alkuperäisen suunnitelman mukaan luokkakoulutusten oli tarkoitus olla pidettyinä noin neljä viikkoa ennen käyttöönottopäivää, jolloin vastausaikaa olisi ollut noin neljä viikkoa. Koulutusten järjestäminen myöhästyi kuitenkin, ja viimeiset luokkakoulutukset olivat pidettyinä vain kaksi päivää ennen käyttöönottopäivää. Myöhästymisten takia päädyttiin jakamaan lomakkeet henkilöstölle vain yksi viikko ennen käyttöönottopäivää, jolloin koko henkilöstö ei ollut vielä suorittanut luokkakoulutuksia. Näin jälkikäteen huomattuna, kyseinen viikko oli erittäin kiireinen, koulutusten ja tietomigraatioiden takia. On ymmärrettävää, että henkilöstöllä ei silloin ollut aikaa vastata kyselylomakkeeseen.

Kyselylomakkeen jakelutapaa voidaan myös pohtia. Toteutus, jossa loppukäyttäjälle tullut sähköposti oli kahden henkilön edelleen lähettämiä, ei ollut optimaalinen. Kyseinen jakelutapa johti siihen, että tutkimuksen saatekirje, sekä tutkimuslinkki oli sähköpostin lopussa. Tutkijan oli myös mahdotonta tietää, millaisilla saatesanoilla esihenkilöstö välitti lomakkeen edelleen, tai välittivätkö he lomakkeen ollenkaan henkilöstölleen.

Koska vain kolme esihenkilöä, 26:sta, kertoivat välittäneensä toisen kyselylomakkeen henkilöstölleen, antaa se käsityksen siitä, että lomake ei todennäköisimmin välittynyt koko tutkimusjoukolle. Tämän lisäksi usean palvelualan poissaolo aineistossa vahvistaa epäilyn, että kyselylomake ei tavoittanut koko perusjoukkoa. Välittömämpää jakelutapaa, kuten kyselylomakkeen jakelua suoraan loppukäyttäjien sähköpostiin, selvitettiin Varsinais-Suomen hyvinvointialueen viestintäosastolta tuloksetta.

Kahdella erillisellä kyselylomakkeella tavoiteltiin hyvää validiteettia, kun muutosasennetta/-valmiutta oli tarkoitus tutkia ennen käyttöönottopäivää. Ajatus oli, että hektinen käyttöönottopäivä, ja sen tuomat mahdolliset haasteet eivät näin ollen olisi vaikuttaneet vastaajien antamiin vastauksiin ensimmäiseen kyselylomakkeeseen. Toisella kyselylomakkeella oli tarkoitus selvittää vain käyttöönottopäivän ja sen jälkeisen viikkojen tapahtumia.

Hyötyjä kahdesta erillisestä kyselylomakkeesta ei kuitenkaan tavoitettu, koska ensimmäisen kyselylomakkeen vastausaikaa oli pakko pidentää, vähäisten vastausten takia, niin että se jatkui käyttöönottopäivän jälkeen. Tämän lisäksi vähäisten vastausten takia muutosasennetta-/valmiutta selvitettiin myös toisella kyselylomakkeella. Näin ollen kahden kyselylomakkeen malli vaikutti itse asiassa negatiivisesti validiteettiin, kun osa vastaajista vastasivat kysymyksiin ennen käyttöönottopäivää, ja osa käyttöönottopäivän jälkeen.

Vastausjoukon ollessa pieni, ja koska vain kolme vastaajaa ilmoitti vastanneensa molempiin kyselyihin, ei ollut mahdollista tehdä johtopäätöksiä ensimmäisen ja toisen kyselyn tulosten korrelaatiosta. Jälkikäteen ajateltuna olisi ollut parempi, että ensimmäistä lyhyempää kyselylomaketta ei olisi toteutettu ollenkaan, ja vain toinen pidempi kyselylomake olisi laitettu jakeluun. Ei toki voida tietää olisiko ensimmäisen kyselylomakkeen vastaajat vastanneet toiseen kyselylomakkeeseen, jos se olisi ollut ainoa heille lähetetty kysely.

6.2.2 Eettisyys

Kyselylomakkeen saatekirjeellä informoitiin vastaajia kyselyyn osallistumisen vapaaehtoisuudesta, ja tietosuojalomakkeella informoitiin vastaajia henkilötietojen käsittelystä sekä säilyttämisestä. Suoria henkilötietoja ei kerätty, mutta koska tunnistetekijöiden avulla voisi olla mahdollista päätellä vastaajien henkilöllisyys, aineisto käsiteltiin huolellisesti. Tutkimusaineisto säilytettiin tutkimuksen tekijän salasanalla suojatulla tietokoneella, ja oli vain tutkimuksen tekijän käytettävissä. Opinnäytetyöraportissa tulokset esitettiin sellaisella tavalla, että vastaajia ei ole mahdollista tunnistaa. Jotta vääristäviä tuloksia ei esitettäisi, tai aineiston perusteella tehtäisiin harhaanjohtavia johtopäätöksiä, aineiston rajallisuutta huomioitiin analyysissä.

6.2.3 Opinnäytetyön hyödyllisyys

Koska opinnäytetyössä arvioidaan käyttöönoton onnistumista kyseisen projektin ensimmäisessä käyttöönotokunnassa, saatuja tuloksia voidaan hyödyntää saman projektin sisällä, tulevien kuntien käyttöönotoissa. SOTE-uudistuksen ja hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen, potilastietojärjestelmien yhtenäistämistä

toteutetaan Varsinais-Suomen hyvinvointialueen lisäksi, myös muilla hyvinvointialueilla, kuten esimerkiksi Pirkanmaan ja Pohjois-Savon hyvinvointialueilla. (Pohjois-Savon hyvinvointialue 2024). Varsinais-Suomen hyvinvointialueella, perusterveydenhuollon potilastietojärjestelmien lisäksi, myös sosiaalihuollon asiakasrekisterit yhtenäistetään. Teknologian kehittyessä on myös todennäköistä, että uutta terveysteknologiaa otetaan käyttöön, myös pienemmässä mittakaavassa. Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa, ainakin osittain, tulevissa terveysteknologian käyttöönotoissa.

Kemiönsaaren ruotsinkielisyyden erityisasetelman tarkastelu Varsinais-Suomen hyvinvointialueen sisällä, on tuonut tärkeää uutta tietoa siitä, miten ruotsinkielistä henkilöstöä tulisi muistaa ja huomioida tulevaisuudessa, kun suunnitellaan isoja muutoksia. On mahdollista, että keskusorganisaatiossa ei osata tarpeeksi huomioida ruotsinkielisten vähemmistöjen tarpeita, koska monet eivät ole olleet kosketuksissa henkilöihin, jotka tulevat valtaosin ruotsinkielisiltä alueilta. Näin ollen voi olla vaikeaa ymmärtää ja huomioida ruotsinkielisten kielellisiä oikeuksia ja tarpeita. Jatkossa olisi hyvä huomioida, että aikaisemmin, valtaosin ruotsinkielisessä organisaatiossa työskennellyt ruotsinkielinen, todennäköisesti suhtautuu ruotsinkielisen viestinnän puutokseen eri tavalla, kuin ruotsinkielinen henkilö, joka on tottunut työskentelemään suomenkielisessä organisaatiossa.

6.3 Jatkotutkimusideat

Tutkimusta olisi mielenkiintoista jatkaa, ja tehdä seurantatutkimus, jossa tutkitaan milloin henkilöstön tehokkuus palaa samalle tasolle kuin ennen Omni360 -käyttöönottoa. Tämän lisäksi ohjelmiston ruotsinkielisen käännöksen valmistuttua, olisi mielenkiintoista tutkia käännetyn ohjelmiston käytettävyyttä sekä henkilöstön tyytyväisyyttä toimintoihin. Tutkimalla suomenkielisen kunnan käyttöönottoa, ja vertaamalla tuloksia Kemiönsaaren tuloksiin, olisi mahdollista saada enemmän tietoa siitä, miten ruotsinkielisyys vaikutti Kemiönsaaren käytönoton onnistumiseen.

Varsinais-Suomen hyvinvointialueen viestintäkanavia, sekä viestinnän tavoitettavuutta olisi hyvä tutkia. Myös ruotsinkielisen viestinnän strategiat, sekä millaisilla viestintäkanavilla tavoitetaan ruotsinkielistä henkilöstöä, olisi hyvä selvittää. Olisi myös mielenkiintoista tutkia millaisena Kemiönsaaren ja Paraisten ruotsinkielinen henkilöstö

kokee hyvinvointialueen ruotsinkielistä viestintää, ja verrata heidän kokemuksiansa, esimerkiksi Turun ruotsinkielisen henkilöstön kokemuksiin.

Tämän tutkimusaineiston rajallisuuden takia tutkimusta voisi myös jatkaa laadullisella tutkimuksella, jossa selvitettäisiin Kemiönsaaren esihenkilöstön kokemuksia käyttöönotosta. Laadullisen tutkimuksen avulla olisi mahdollista saada tietoa siitä, millaisena esihenkilöstö koki projektiryhmän toiminnan käyttöönoton aikana. Kyseisellä tutkimuksella olisi myös mahdollista selvittää, millaista tukea esihenkilöstö olisi tarvinnut projektiryhmältä, parantaakseen loppukäyttäjien kokemusta käyttöönotosta.

Lähteet

- Adler, K. 2007. How to successfully navigate your EHR implementation. *Family Practice Management*. 14(2), 33-39.
- Arabi, Y. M.; Al Ghamdi, A. A.; Al-Moamary, M.; Al Mutrafy, A.; AlHazme, R. H.; & Al Knawy, B. A. 2022. Electronic medical record implementation in a large healthcare system from a leadership perspective. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12911-022-01801-0>
- Avgar, A. C.; Litwin, A. S. & Pronovost, P. J. 2012. Drivers and barriers in health IT adoption: A proposed framework. *Applied Clinical Informatics*, 3(4), 488–500. <https://doi.org/10.4338/ACI-2012-07-R-0029>
- Baron, R.; Fabens, E.; Schiffman, M. Wolf, E. 2005. Electronic health records: just around the corner? Or over the cliff? *Annals of Internal Medicine*. 143(3), 222-226.
- Bullard, K. 2016. Cost-Effective Staffing for an EHR Implementation. *NURSING ECONOMIC\$*, 34(2), 72–76.
- CGI. 2024. CGI:n Suomessa kehittämä OMNI360 valittiin Varsinais-Suomen hyvinvointialueen uudeksi potilastietojärjestelmäksi. <https://www.cgi.com/fi/fi/uutinen/cgin-suomessa-kehittama-omni360-valittiin-varsinais-suomen-hyvinvointialueen> (viitattu 4.8.2024)
- Dendere, R.; Janda, M. & Sullivan, C. 2021. Are we doing it right? We need to evaluate the current approaches for implementation of digital health systems. *Australian Health Review*, 45(6), 778–781. <https://doi.org/10.1071/AH20289>
- Ebbers, T.; Takes, R. P.; Smeele, L. E.; Kool, R. B.; van den Broek, G. B. & Dirven, R. 2024. The implementation of a multidisciplinary, electronic health record embedded care pathway to improve structured data recording and decrease electronic health record burden. *International Journal of Medical Informatics*, 184. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2024.105344>
- Ekholm, S.; & Kinnunen, U.-M. 2016. Tietojärjestelmän käyttöönottoa tukevat teoreettiset mallit terveydenhuollossa. *Finnish Journal of EHealth and EWelfare*, 8(2–3), 63–73.
- Hansen, M. B.; Kidholm, K.; Nøhr, C.; Schmidt, T. & Elmholdt, K. T. 2019. Model for Evaluating the Implementation of a Third Generation EHR System. *Studies in Health Technology and Informatics*, 265, 141–147. <https://doi.org/10.3233/SHTI190153>
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus, 9. painos, Helsinki: Edita

Henriksson, L. 2016. Svenska intressen och språkpolitik i vårdreformen. Perspektiv på vården i verkligheten - Processer, strukturer, utmaningar och förslag. Tankesmedjan Agenda. <https://agenda.fi/wp-content/uploads/2016/05/PerspektivPaVarden-compressed.pdf>

Hertzum, M.; Ellingsen, G. & Cajander, Å. 2022. Implementing Large-Scale Electronic Health Records: Experiences from implementations of Epic in Denmark and Finland. *International Journal of Medical Informatics*, 167. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2022.104868>

Hertzum, M.; & Ellingsen, G. 2019. The implementation of an electronic health record: Comparing preparations for Epic in Norway with experiences from the UK and Denmark. *International Journal of Medical Informatics*, 129, 312–317. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.06.026>

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2013. Tilastolliset menetelmät. 8. painos, Helsinki, WSOY

Ingebrigtsen, T.; Georgiou, A.; Clay-Williams, R.; Magrabi, F.; Hordern, A., Prgomet, M.; Li, J.; Westbrook, J. & Braithwaite, J. 2014. The impact of clinical leadership on health information technology adoption: Systematic review. *International Journal of Medical Informatics*, 83(6), 393–405. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2014.02.005>

Jonsson, S. 2024. Vårdkaos i Sverige och Norge: "Patientsäkerheten hotas". Hufvudstadsbladet. <https://www.hbl.fi/artikel/vardkaos-i-sverige-och-norge-patientsakerheten-hotas/> (Viitattu 21.11.2024)

Kallankari, S. 2019. Muutoksen johtaminen arjessa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kaipio, J.; Lääveri, T. & Tyllinen, M. 2015. Menettelyprosessi käytettävyy- ja loppukäyttäjänäkökulman integroimiseksi tietojärjestelmähankintaan: Tapaus Apotti. *Finnish Journal of EHealth and EWelfare*, 7(2–3), 104–121.

Kemiönsaari. 2024. Tietoa Kemiönsaaresta. Kemiönsaari pähkinäkuoressa. <https://www.kemionsaari.fi/kemionsaaren-kunta/tietoa-kemionsaaresta/> (Viitattu 21.11.2024)

Kotter Inc. 2024. The 8 Steps for Leading Change - Kotter's award-winning methodology is the proven approach to producing lasting change. <https://www.kotterinc.com/methodology/8-steps/> (Viitattu 2.12.2024)

Krousel-Wood, M.; McCoy, A. B.; Ahia, C.; Holt, E. W.; Trapani, D. N.; Luo, Q., Price-Haywood, E. G.; Thomas, E. J.; Sittig, D. F. & Milani, R. v. 2018. Implementing electronic health records (EHRs): Health care provider perceptions before and after transition from a local basic EHR to a commercial comprehensive EHR. *Journal of the*

American Medical Informatics Association, 25(6), 618–626.

<https://doi.org/10.1093/jamia/ocx094>

Kujala, S.; Hörhammer, I.; Ervast, M.; Kolanen, H.; Rauhala, M.; & Laitos, T. 2018. Johtamisen hyvät käytännöt sähköisten omahoitopalveluiden käyttöönotossa. *Finnish Journal of EHealth and EWelfare*, 10(2–3), 221–235.

Lehtola, J. 2022. Varsinais-Suomen hyvinvointialue aloittaa työnsä kymmenien potilasjärjestelmien viidakossa. <https://yle.fi/a/3-12439496> (Viitattu 7.6.2024)

Lundgren, J. 2021. Potilastietojärjestelmien käytettävyyden erot hoitokertomuksessa. Opinnäytetyö (AMK). Tietojen käsittely. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 26.11.2024.

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/507822/Lundgren_Jasmine.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Molloy-Paolillo, B.; Mohr, D.; Levy, D. R.; Cutrona, S. L.; Anderson, E.; Rucci, J.; Helfrich, C.; Sayre, G.; & Rinne, S. 2023. Assessing Electronic Health Record (EHR) Use during a Major EHR Transition: An Innovative Mixed Methods Approach. *Journal of General Internal Medicine*, 38, 999–1006. <https://doi.org/10.1007/s11606-023-08318-w>

Pohjois-Savon hyvinvointialue. 2024. Potilastietojärjestelmän hankintapäätös Pirkanmaan ja Pohjois-Savon hyvinvointialueille saavutti lainvoiman. <https://pshyvinvointialue.fi/fi/w/potilastietojarjestelman-hankintapaatos-pirkanmaan-ja-pohjois-savon-hyvinvointialueille-saavutti-lainvoiman> (Viitattu 25.11.2024)

Pettersen, S.; Eide, H.; & Berg, A. 2024. The role of champions in the implementation of technology in healthcare services: a systematic mixed studies review. *BMC Health Services Research*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10867-7>

Rigsrevisionen. 2018. Rigsrevisionens beretning om Sundhedsplatformen afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger. Kööpenhamina: Rosendahls lager og Logistik. <https://www.rigsrevisionen.dk/Media/1/9/sr1717.pdf> (viitattu 21.11.2024)

Sligo, J.; Gauld, R.; Roberts, V. & Villa, L. 2017. A literature review for large-scale health information system project planning, implementation and evaluation. In *International Journal of Medical Informatics* (Vol. 97, pp. 86–97). Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.09.007>

Stenqvist, J. 2019. Apotti programme: Deployment of Epic in Helsinki area 2016-2020, in: eHelse 2019 Conference, Den Norske Dataforening, Oslo, Norway, 2019. <https://event.dnd.no/ehelse/wp-content/uploads/sites/12/2019/05/Apotti-Programme-Johanna-Stenqvist.pdf>

Taanila, A. 2019. Mieliasteikon keskiarvo. Akin menetelmäblogi.
<https://tilastoapu.wordpress.com/2011/10/18/mieliasteikon-keskiarvo/> (viitattu 15.12.2024)

Varsinais-Suomen hyvinvointialue. 2024. Yleistä Varsinais-Suomen hyvinvointialueesta.
<https://www.varha.fi/fi/tietoa-varhasta/varsinais-suomen-hyvinvointialue> (Viitattu 7.6.2024)

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Wide, J. 2024, Millennium pausat – går tillbaka till gamla journalsystem. Aftonbladet.
<https://www.aftonbladet.se/nyheter/a/W0aqbK/millennium-satts-pa-paus-i-vgr-aterinfor-gamla-system> (viitattu 21.11.2024)

2m-IT. 2024. Yhtenäiset asiakas- ja potilastietojärjestelmät mahdollistavat yhdenvertaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut Varsinais-Suomen hyvinvointialueella. <https://2m-it.fi/ajankohtaista/yhtenaiset-asiakas-ja-potilastietojarjestelmat-mahdollistavat-yhdenvertaiset-sosiaali-ja-terveydenhuollon-palvelut-varsinais-suomen-hyvinvointialueella/> (viitattu 5.8.2024)

Kyselytutkimus OMNI360 potilastietojärjestelmän käyttöönotosta

Pakolliset kysymykset merkitty tähdellä (*)

1. Käytän perusterveydenhuollon potilastietojärjestelmiä *

- Asiakas- tai potilastyössä
- Hallinnollisessa työssä
- Sekä asiakas- tai potilastyössä että hallinnollisessa työssä
- En käytä potilastietojärjestelmiä ollenkaan

2. Sukupuoli *

- Mies
- Nainen
- Joku muu
- En halua kertoa

3. Ikä

Ikä vuosina _____

4. Äidinkieli *

- Suomi
- Ruotsi
- Muu

5. Toimin OMNI360 potilastietojärjestelmän *

- Loppukäyttäjänä
- Vastuukäyttäjänä

- Pääkäyttäjänä
 En osaa sanoa

6. Toimitko esihenkilön tehtävissä? *

- En
 Kyllä, kuulun lähijohtoon
 Kyllä, kuulun keskijohtoon
 Kyllä, kuulun ylimpään johtoon


7. Oletko käyttänyt OMNI360 potilastietojärjestelmää aikaisemmin? *


- Kyllä
 En
 En tiedä

8. Mihin OMNI360 -koulutuksiin olet osallistunut (valitse yksi tai useampi) *

- Verkkokoulutus
 Luokkakoulutus
 Teams-koulutus
 En mihinkään näistä
 Jokin muu, mikä: _____

9. Vastaa seuraaviin väittämiin *

| | Täysin eri mieltä 1 | Jokseenkin eri mieltä 2 | Ei samaa eikä eri mieltä 3 | Jokseenkin samaa mieltä 4 | Täysin samaa mieltä 5 | En osaa sanoa  |
|--|------------------------|----------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------|--|
| Olen kokenut potilastietojärjestelmän käyttäjä * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | Täysin eri mieltä 1 | Jokseenkin eri mieltä 2 | Ei samaa eikä eri mieltä 3 | Jokseenkin samaa mieltä 4 | Täysin samaa mieltä 5 | En osaa sanoa  |
|---|---------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---|
| Olen innostunut teknologian hyödyntämisestä työssäni * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Miten suhtaudut OMNI360 potilastietojärjestelmän käyttöönoton aiheuttamaan muutokseen *

| | Täysin eri mieltä 1 | Jokseenkin eri mieltä 2 | Ei samaa eikä eri mieltä 3 | Jokseenkin samaa mieltä 4 | Täysin samaa mieltä 5 | En osaa sanoa  |
|--|---------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---|
| Ymmärrän muutoksen syyt * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ymmärrän muutoksen tavoitteet * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Uskon muutoksen onnistumiseen * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Uskon selviäväni muutoksesta * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Muutos innostaa minua * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Uskon esimieheni kannattavan muutosta * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Uskon kollegani suhtautuvan muutokseen positiivisesti * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

11. Mistä olet saanut tietoa OMNI360 käyttöönotosta (valitse yksi tai useampi) *

- Intra
- Sähköpostitse projektiryhmältä
- Esihenkilötrefeiltä
- Sähköpostitse esihenkilöltä
- Henkilöstöinfoista

- Osastokokouksissa
- Kollegoilta
- Muu, mikä: _____

12. Arvioi viestintää OMNI360 potilastietojärjestelmän käyttöönotosta *

| | Täysin eri mieltä 1 | Jokseenkin eri mieltä 2 | Ei samaa eikä eri mieltä 3 | Jokseenkin samaa mieltä 4 | Täysin samaa mieltä 5 | En osaa sanoa ⑥ |
|---|------------------------------|-------------------------------|--|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Viestintä on ollut riittävä * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ruotsinkielinen viestintä on ollut riittävä * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

13. Miten viestintä potilastietojärjestelmän käyttöönotosta on onnistunut mielestäsi? Miksi?

14. Oletko osallistunut OMNI360 potilastietojärjestelmän kehittämistyöhön? *

- Kyllä
- En
- En osaa sanoa

15. Oletko käynyt OMNI360 käyttöönoton Teams-kanavalla "Toimintamallien yhtenäistäminen sekä asiakas- ja potilastietojärjestelmien uudistaminen"? *

- Kyllä
- Ei, en ole kokenut sitä tarpeelliseksi

- Ei, en ole ollut tietoinen sen olemassaolosta
- En osaa sanoa

16. Osallistuitko joihinkin keväällä 2024 järjestettyihin työpajoihin koskien OMNI360 käyttöönottoa? *

- Kyllä
- En
- En osaa sanoa

17. Arvioi kokemustasi henkilöstön osallistamisesta OMNI360 käyttöönottoprosessin aikana? *

| | Täysin eri mieltä 1 | Jokseenkin eri mieltä 2 | Ei samaa eikä eri mieltä 3 | Jokseenkin samaa mieltä 4 | Täysin samaa mieltä 5 | En osaa sanoa ① |
|---|------------------------|----------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Henkilöstöä on kuultu omni360 potilastietojärjestelmän käyttöönottoprosessin aikana * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Minulla on ollut mahdollisuus antaa mielipiteitäni työskulkujen suunnittelussa * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

18. Miten henkilöstön osallistaminen OMNI360 käyttöönottoprosessissa onnistui mielestäsi? Miksi?

19. Arvioi työajan resursointiasi *

| | Täysin eri mieltä 1 | Jokseenkin eri mieltä 2 | Ei samaa eikä eri mieltä 3 | Jokseenkin samaa mieltä 4 | Täysin samaa mieltä 5 | En osaa sanoa ① |
|--|------------------------------|-------------------------------|--|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Työtehtäviäni on vähennetty omni360 potilastietojärjestelmän käytön oppimisen mahdollistamiseksi * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

20. Onko sinulla muita kommentteja liittyen OMNI360 potilastietojärjestelmän käyttöönottoon?

Kyselytutkimus OMNI360 potilastietojärjestelmän käyttöönotosta

Pakolliset kysymykset merkitty tähdellä (*)

1. Oletko aikaisemmin vastannut kyselyyn koskien Kemiönsaaren OMNI360 käyttöönottoa? *

- En
- Kyllä

2. Käytän perusterveydenhuollon potilastietojärjestelmiä *

- Asiakas- tai potilastyössä
- Hallinnollisessa työssä
- Sekä asiakas- tai potilastyössä että hallinnollisessa työssä
- En käytä potilastietojärjestelmiä ollenkaan

3. Ikä

Ikä vuosina _____

4. Äidinkieli *

- Suomi
- Ruotsi
- Muu

5. Millä palvelualueella työskentelet? *

- Palveluasuminen
- Kotihoito
- Toimintakykyä tukevat palvelut
- Avosairaanhoito
- Perhekeskus
- Mielensterveys- ja päihdepalvelut
- Jokin muu, mikä: _____
- En osaa sanoa

6. Toimitko esihenkilön tehtävissä? *

- En
 Kyllä, kuulun lähijohtoon
 Kyllä, kuulun keskijohtoon
 Kyllä, kuulun ylimpään johtoon

7. Vastaa seuraaviin väittämiin *

1=Täysin eri mieltä, 2= Jokseenkin eri mieltä, 3= Ei samaa eikä eri mieltä, 4= jokseenkin samaa mieltä
5=Täysin samaa mieltä

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | En osaa sanoa |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Olen kokenut potilastietojärjestelmän käyttäjä * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Olen innostunut teknologian hyödyntämisestä työssäni * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

8. Olitko käyttänyt OMNI360 potilastietojärjestelmää ennen Kemiönsaaren käyttöönottoa? *

- Kyllä
 En
 En tiedä

9. ENNEN Omni360 potilastietojärjestelmän käyttöönottoa, mitä ajattelit sen tuomasta muutoksesta? *

1=Täysin eri mieltä, 2= Jokseenkin eri mieltä, 3= Ei samaa eikä eri mieltä, 4= Jokseenkin samaa mieltä
5=Täysin samaa mieltä

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | En osaa sanoa |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ymmärsin käyttöönoton syyt * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ymmärsin käyttöönoton tavoitteet * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Uskoin käyttöönoton onnistumiseen * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Uskoin selviäväni käyttöönotosta * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tuleva käyttöönotto innosti minua * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Uskoin esimieheni kannattavan käyttöönottoa * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Uskoin kollegani suhtautuvan käyttöönottoon positiivisesti * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Mihin OMNI360 -koulutuksiin olet osallistunut (valitse yksi tai useampi) *

- Verkkokoulutus
- Luokkakoulutus
- Teams-koulutus
- En mihinkään näistä
- Jokin muu, mikä: _____

11. Vastaa seuraaviin väittämiin koskien OMNI360 koulutuksia *

1=Täysin eri mieltä, 2= Jokseenkin eri mieltä, 3= Ei samaa eikä eri mieltä, 4= jokseenkin samaa mieltä
5=Täysin samaa mieltä

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | En osaa sanoa |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Saamani koulutus vastasi tarpeita * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Osaan käyttää OMNI360 potilastietojärjestelmää sujuvasti * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

12. Tarvitsetko lisäkoulutusta? *

- En
- Kyllä, mitä: _____

13. Onko sinulla muita kommentteja liittyen OMNI360 koulutuksiin? Mitä?

14. Mistä olet saanut tietoa OMNI360 käyttöönottoprosessista? (valitse yksi tai useampi) *

- Intra
- Sähköpostitse projektiryhmältä
- Esihenkilötrefeiltä
- Sähköpostitse esihenkilöltä
- Henkilöstöinfoista
- Osastokokouksissa
- Kollegoilta
- Muu, mikä: _____

15. Arvioi viestintää OMNI360 potilastietojärjestelmän käyttöönotosta *

1=Täysin eri mieltä, 2= Jokseenkin eri mieltä, 3= Ei samaa eikä eri mieltä, 4= Jokseenkin samaa mieltä
5=Täysin samaa mieltä

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | En osaa sanoa |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Viestintä on ollut riittävä * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ruotsinkielinen viestintä on ollut riittävä * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

16. Miten viestintä potilastietojärjestelmän käyttöönotosta onnistui mielestäsi?**Miksi?**

17. Oletko osallistunut OMNI360 potilastietojärjestelmän kehittämistyöhön? *

- Kyllä
 En
 En osaa sanoa

18. Oletko käynyt OMNI360 käyttöönoton Teams-kanavalla "Toimintamallien yhtenäistäminen sekä asiakas- ja potilastietojärjestelmien uudistaminen"? *

- Kyllä
 Ei, en ole kokenut sitä tarpeelliseksi
 Ei, en ole ollut tietoinen sen olemassaolosta
 En osaa sanoa

19. Arvioi kokemustasi henkilöstön osallistamisesta OMNI360 käyttöönottoprosessin aikana? *

1=Täysin eri mieltä, 2= Jokseenkin eri mieltä, 3= Ei samaa eikä eri mieltä, 4= jokseenkin samaa mieltä
5=Täysin samaa mieltä

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | En osaa sanoa |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Henkilöstöä on kuultu omni360 potilastietojärjestelmän käyttöönottoprosessin aikana * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Minulla on ollut mahdollisuus antaa mielipiteitäni työkulkujen suunnittelussa * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

20. Miten henkilöstön osallistaminen OMNI360 käyttöönottoprosessissa onnistui mielestäsi? Miksi?

21. Arvioi työajan resursointiasi *

1=Täysin eri mieltä, 2= Jokseenkin eri mieltä, 3= Ei samaa eikä eri mieltä, 4= Jokseenkin samaa mieltä
5=Täysin samaa mieltä

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | En osaa sanoa |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Työtehtävieni määrää vähennettiin käyttöönottoa edeltävinä viikkoina * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Työtehtävieni määrää vähennettiin käytönoton jälkeisinä viikkoina * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| OMNI360 käyttöönotto on kuormittanut minua * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| OMNI360 potilastietojärjestelmän käyttö on tehostanut työskentelyäni * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Käytän yhtä paljon aikaa potilastietojärjestelmän parissa, kuin ennen OMNI360 käyttöönottoa * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| OMNI360 potilastietojärjestelmän toiminnot tukevat työskentelyäni * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

22. Mitä tukipalveluja olet käyttänyt OMNI360 käyttöönoton yhteydessä (valitse yksi tai useampi) *

- Vastuukäyttäjän tuki
- 2-MIT tuki
- Kysymysklinikat
- Toisen loppukäyttäjän tuki
- Jokin muu, mikä
- En mitään näistä

23. Miten tukipalvelu vastasi tarpeisiisi? Oliko tuki helposti saatavilla? Saitko tarvitsemasi avun?

24. Tiedätkö kenelle, ja miten voit lähettää halutessasi järjestelmäpalautetta? *

- Kyllä
- En

25. Arvioi OMNI360 potilastietojärjestelmän toimintaa *

1=Täysin eri mieltä, 2= Jokseenkin eri mieltä, 3= Ei samaa eikä eri mieltä, 4= Jokseenkin samaa mieltä
5=Täysin samaa mieltä

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | En osaa sanoa |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Luotan OMNI360 potilastietojärjestelmän toimintaan * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| OMNI360 potilastietojärjestelmän myötä potilaiden hoito paranee * | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

26. Annan OMNI360 potilastietojärjestelmälle kouluarvosanan *

- 10 (Erinomainen)
- 9 (Kiitettävä)
- 8 (Hyvä)
- 7 (Tyydyttävä)
- 6 (Kohtalainen)
- 5 (Välttävä)
- 4 (Hylätty)
- En osaa tai halua antaa arvosanaa

27. Annan OMNI360 potilastietojärjestelmän käyttöönotolle kouluarvosanan *

- 10 (Erinomainen)
- 9 (Kiitettävä)
- 8 (Hyvä)
- 7 (Tyydyttävä)
- 6 (Kohtalainen)
- 5 (Välttävä)
- 4 (Hylätty)
- En osaa tai halua antaa arvosanaa

28. Onko sinulla muita kommentteja liittyen OMNI360 potilastietojärjestelmän käyttöönottoon?
