

## KOHTI PAREMPAA PALVELUA

Potilaan palvelupolun kehittäminen  
Länsi-Pohjan Keskussairaalan Akuuttiklinikalla

Raija Kanto

Opinnäytetyö  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Työelämän kehittäminen ja esimiestyö  
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

2016

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Työelämän kehittäminen ja esimiestyö  
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

---

<b>Tekijä</b>	Raija Kanto	2016
<b>Ohjaaja</b>	Marika Kunnari	
<b>Toimeksiantaja</b>	Länsi-pohjan Keskussairaala, Akuuttiklinikka	
<b>Työn nimi</b>	Kohti parempaa palvelua	
<b>Sivu- ja liitemäärä</b>	57 + 9	

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Länsi-Pohjan keskussairaalan Akuuttiklinikan potilaiden palvelukokemuksia sekä toiveita palvelukokemusten edelleen kehittämiseksi. Tavoitteena oli Akuuttiklinikan palvelupolkuun kohdistuvan potilastyytyväisyyden edelleen kehittäminen. Tulosten avulla Akuuttiklinikan palvelupolkua on mahdollisuus muuttaa asiakaslähtöisemmäksi vastaamaan paremmin potilaiden tarpeisiin ja odotuksiin palvelupolun eri vaiheissa.

Opinnäytetyössäni käytin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineiston keräsin haastattelemalla Akuuttiklinikan potilaita (14) maaliskuussa 2016. Aineiston hankintamenetelmänä oli kaksi puolistrukturoitua kysymystä, joissa oli yhdeksän alakohtaa. Aineiston analysoin käyttämällä induktiivista sisällönanalyysiä.

Opinnäytetyön tulosten perusteella potilaiden hyvän palvelupolun kokonaisuuden muodostavat asiakaslähtöisyyden toteutuminen, potilaan ja henkilökunnan välinen avoin ja toimiva vuorovaikutus sekä turvallisen hoidon kokemus. Tulosten mukaan potilaan aiemmilla kokemuksilla on merkittävä vaikutus palvelupolun hyväksi kokemiseen.

Työelämän kehittämisen näkökulmasta sekä Akuuttiklinikan että muiden yksiköiden hoitohenkilökunta voivat hyödyntää tutkimustuloksia tehdessään itsearviointia asiakastyytyväisyyden toteutumisessa.

Asiasanat

asiakaslähtöisyys, vuorovaikutus, turvallinen hoito, potilastyytyväisyys

School of Social Sciences, Health and  
Sports  
Development of Working Life and  
leadership

---

<b>Author(s)</b>	Raija Kanto	2016
<b>Supervisor(s)</b>	Marika Kunnari	
<b>Commissioned by</b>	Länsi-Pohja's Central Hospital, Emergency Department	
<b>Subject of thesis</b>	Towards better service	
<b>Number of pages</b>	57 + 9	

---

The purpose of this thesis was to investigate patients' service experiences and ways to improve them in the future in the emergency department of Länsi-Pohja's Central Hospital. The aim was to improve patient's experiences regarding the patient service path in the emergency department. The results can be used to modify the patient service path to be more customer oriented for it to be continuously abler to answer to the patient's needs and expectations.

The material for the thesis was gathered using qualitative research methods. 14 individual patients were interviewed in March 2016. The interviews constructed of two semi-structured questions which each included nine subsections. In analyzing the material, inductive content analyzing method was used.

The results showed that a good patient service path consists of customer-oriented realization, an open and effective co-operation between the patient and the caregiver interaction and safe care experience. According to the results the previous experiences clearly affect the way patients experience the patient service path.

The results of thesis can benefit by the staff in other departments as well as the staff in the emergency department when doing self-evaluation concerning customer satisfaction.

**Key words** Customer orientation, interaction, secure care, customer satisfaction

## Sisällys

1	JOHDANTO .....	1
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	3
3	PÄIVYSTYSVASTAANOTOLLA TAPAHTUVA HOITO .....	4
	3.1 ASIAKASLÄHTÖINEN HOITOTYÖ PÄIVYSTYSVASTAANOTOLLA .....	4
	3.2 LEAN-MENETELMÄ ASIAKASLÄHTÖISESSÄ PALVELUSSA .....	11
	3.3 AKUUTIN SAIRASTUMISEN HOITO PÄIVYSTYSVASTAANOTOLLA .....	12
4	OPINNÄYTETYÖN AINEISTO JA MENETELMÄ .....	21
	4.1 LAADULLINEN TUTKIMUS .....	21
	4.2 HAASTATELLE AINEISTONA .....	22
	4.3 AINEISTON KERUU .....	23
	4.4 INDUKTIIVINEN SISÄLLÖNANALYYSI .....	24
5	TULOKSET .....	26
	5.1 ASIAKASLÄHTÖISYYDEN TOTEUTUMINEN .....	26
	5.2 POTILAAN JA HENKILÖKUNNAN VÄLINEN AVOIN JA TOIMIVA VUOROVAIKUTUS .....	28
	5.3 TURVALLISEN HOIDON KOKEMUS .....	30
6	POHDINTA .....	33
	6.1 KESKEISET TULOKSET .....	33
	6.2 PÄÄTELMÄT .....	44
	6.3 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS .....	44
	6.4 TULOSTEN MERKITYS .....	46
	6.5 JATKOTUTKIMUSAIHEET .....	48
	LÄHTEET .....	49
	LIITTEET .....	58

## 1 JOHDANTO

Palvelupolku on palvelukokonaisuus, joka syntyy asiakkaan tai asiakasryhmän tietystä tunnistetusta tarpeesta. Palvelukokonaisuus sisältää sektorikohtaisia malleja siitä, mitä palveluita tarjotaan palvelupolulla. (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2015, 7-8.) Asiakkaan palvelukokonaisuus muodostuu toimintojen sarjasta. Kun potilas osallistuu palvelutapahtumaan, palvelut tuotetaan ja kulutetaan samanaikaisesti. Palvelutapahtumassa potilaalla on merkittävä rooli, koska hän on prosessin voimavara eikä vain passiivinen vastaanottaja. Palveluorganisaatioiden tulee noudattaa toiminnassaan palveluperiaatetta tarkoittaen sitä, että potilaiden vaivannäköä ja kuormitusta hoitosuhteessa tulee pyrkiä vähentämään. (Hilander-Sihvonen & Kivinen 1997, 10-11.) Potilaan etu on oikeudenmukaisen, kaikille yhtäläisin perustein järjestetyn hoidon ja palvelun saaminen. Näin hoito ja palvelu ovat hyvälaatuisia ja jatkuvia sekä kohtuullisesti saatavissa niin ajallisesti kuin etäisyydeltään. Hyvään hoitoon ja palveluun kuuluvat inhimillinen ja yksilöllinen potilaan kohtelu, suvaitsevaisuus sekä terveyden ja hyvinvoinnin kokonaisvaltainen tarkastelu. Lisäksi tulee ottaa huomioon potilaan kielellinen ja vakaumuksellinen tausta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 5-6.)

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä laatutyö on osa toimintastrategiaa. Asiakslähtöisyys, taloudellisuus, vaikuttavuus sekä jatkuva laadunparantamisen periaate ohjaavat laadunhallinnan toteuttamista. Palveluja, joita sairaanhoitopiiri tuottaa, kehitetään asiakslähtöisesti sekä kokonaistaloudellisesti. Toimintaprosesseja tarkastellaan asiakkaan näkökulmasta, ja toimivat asiakaspalautejärjestelmät mahdollistavat käyttäjäasiakkaiden osallistumisen palveluiden kehittämiseen. (Länsi-Pohjan Keskussairaala 2010.) Länsi-Pohjan Keskussairaalaalla on neljä päästrategiaa: vaikuttavuus, asiakas, prosessit ja henkilöstö. Strategiasisältö asiakas tarkoittaa hoitoon pääsyn oikea-aikaisuutta ja joustavuutta. Länsi-Pohjan sosiaali- ja terveydenhuolto on laajasti tunnettu hyvän hoidon ja nopean hoitoon pääsyn vuoksi. (L-PKS)

Tammikuussa 2015 Länsi-Pohjan Keskussairaalan päivystyspoliklinikan nimi vaihtui Akuuttiklinikaksi. Käyttöön otettiin Lean-johtamismenetelmä. Lean tarkoittaa organisaatiokulttuuria, joka sitoutuu kehittämään moniammatillisia toiminta-

malleja ja saavuttaa näin enemmän lisäarvoa asiakkaille (potilaille) toimimalla toimintamallien mukaan eli heti ensimmäisellä kerralla oikea hoito oikeaan aikaan ja oikealle potilaalle (Mäkijärvi 2013, 12). Suurin muutos oli erikoissairaanhoidon ja yhteispäivystyksen liittäminen yhdeksi päivystykseksi tarkoittaen sitä, ettei lääkäreiden tarvitse enää kirjoittaa lähetettä saadakseen potilaalle vaativampia tutkimuksia tai ohjatakseen potilas keskussairaalan osaston potilaaksi. Akuuttiklinikalla on ympärivuorokautinen päivystys ja virka-aikaan suurin osa potilaista tulee päivystykseen ambulanssilla ja työterveyshuollon tai terveyskeskusten tekemillä läheteillä. Virka-ajan ulkopuolella Akuuttiklinikka toimii yhteispäivystyksenä, johon kuuluu kaksi kaupunkia ja neljä kuntaa; Kemi, Tornio, Simo, Tervola, Keminmaa ja Ylitornio.

Akuuttiklinikan toimintamalli on ollut käytössä puolentoista vuoden ajan ja potilastyytyväisyyden perusteellinen tarkastelu on tullut ajankohtaiseksi. Muutosten jälkeen potilailta saatu palaute on ollut pääosin positiivista, mutta rakentava palaute on tuonut esille palvelupolun kehittämistarpeita. Potilaan palvelupolku vastaanotolle tulemisesta aina kotiutumiseen tai jatkohoitoon ohjautumiseen saakka on hänelle, jokaisella kerralla, ainutlaatuinen ja kokonaisvaltainen kokemus. Toimeksiannon opinnäytetyöhöni olen saanut Länsi-Pohjan Keskussairaalan Akuuttiklinikalta (Liitteet 5-6). Opinnäytetyöni myötä Akuuttiklinikan palveluita käyttävät potilaat saavat mahdollisuuden antaa palautetta, joka vahvistaa heidän kokemustaan kuulluksi tulemisesta. Lisäksi palautteen myötä Akuuttiklinikan palvelupolkua on mahdollisuus kehittää nykyistä asiakaslähtöisemmäksi. Näin opinnäytetyöni mahdollistaa Akuuttiklinikan ja potilaiden positiivisen vuorovaikutuksen jatkumista ja kehittymistä.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata Länsi-Pohjan Keskussairaalan Akuuttiklinikan potilaiden palvelukokemuksia sekä toiveita palvelukokemusten edelleen kehittämiseksi. Opinnäytetyön tavoitteena on Akuuttiklinikan palvelupolkuun kohdistuvan potilastyytyväisyyden edelleen kehittäminen. Tulosten avulla Akuuttiklinikan palvelupolkua on mahdollisuus muokata asiakaslähtöisemmäksi vastamaan paremmin potilaiden tarpeisiin ja odotuksiin palvelupolun eri vaiheissa.

Kehittämistehtävät ovat:

1. Millaiseksi potilaat kokevat nykyisen palvelupolun Akuuttiklinikalla?
2. Millaisia tarpeita potilaat esittävät palvelupolun edelleen kehittämiseksi?

### 3 PÄIVYSTYSVASTAANOTOLLA TAPAHTUVA HOITO

#### 3.1 Asiakaslähtöinen hoitotyö päivystysvastaanotolla

Kliinisen päivystyshoitotyön yksi toimintaperiaate on asiakas- ja potilaslähtöisyys, jolla tarkoitetaan potilaan näkemistä fyysisenä, psyykkisenä sekä sosiaalisena kokonaisuutena ja oman terveytensä asiantuntijana (Collin, Herranen & Paloniemi 2012, 50). Asiakaslähtöisen palvelun yhtenä tärkeänä sisältönä voidaan nähdä toiminnan arvoperusta eli hyvinvointivajeesta riippumatta jokainen asiakas kohdataan ihmisarvoisena yksilönä. Palvelut järjestetään mahdollisimman toimiviksi asiakkaan, ei pelkästään organisaation, tarpeista lähtien. (Ahonen, Lamminmäki, Suoheimo, Suokas & Virtanen 2011, 18.) Asiakastyytyväisyyttä parantaviksi tekijöiksi luokitellaan potilaan kunnioittaminen ja läsnäolo, riittävä ja nopea palveluiden saaminen, potilaiden toiveisiin ja odotuksiin vastaaminen, hoidon laatu sekä mahdollisuus valita itse terveystalouden tarjoaja. (Campos, Fortuna, Matumoto & Magali 2016.) Palvelutoiminnan tulee siis alkaa asiakkaan esittämistä asioista ja kysymyksistä ja olla vastavuoroista, jotka ovat asiakaslähtöisyyden keskeinen ominaisuus (Ahonen ym. 2011, 18). Potilaan asiantuntijuutta kunnioitetaan oman terveyden- ja elämäntilanteen tuntijana. Hoidossa asiakaslähtöisyys on ammatillista vastaten potilaan tarpeisiin, toiveisiin ja odotuksiin. (Koivuranta-Vaara 2011, 6.)

Asiakkaan palvelukokonaisuus muodostuu toimintojen sarjasta, jossa potilaalla on merkittävä rooli. Palveluorganisaatioiden tulee noudattaa toiminnassaan palveluperiaatetta tarkoittaen sitä, että potilaiden vaivannäköä ja kuormitusta hoitosuhteessa tulee pyrkiä vähentämään (Hilander-Sihvonen & Kivinen 1997, 10-11.) ja potilaan näkökulmasta hoidon kokonaisuuden tulee olla toimivaa sekä joustavaa (Iire & Tanttu 2011, 15). Hilander-Sihvonen ja Kivinen (1997, 11) viittaavat Vuorelaan (1988), jonka mukaan palvelujen riittävyys, palvelujen oikea kohdentuminen, ratkaisujen sekä toimenpiteiden oikeellisuus ja palvelujen laatu ovat palvelukyvyyn ulottuvuuksia. Potilaslaissa edellytetään, että hoidon suunnittelussa, vaihtoehtojen etsimisessä ja toteuttamisessa otetaan huomioon potilaan toiveet ja näkemykset (Kotisaari & Kukkola 2012, 69). Terveystalouden yksiköi-



den tuleekin kiinnittää huomiota potilastyytyväisyyteen ja sairaalahoidon kokemuksiin parantamalla terveystalvveluja (Chen, Ding, Li, Liu, Nong, Wang, Xue & Zhang, L. 2016).

Potilas ja hänen tarpeensa ovat lähtökohtana prosessilähtöiseen ajatteluun asiakaslähtöisessä palvelussa. Tämä tarkoittaa sellaisten palveluiden ja tuotteiden arviointia, jotka tyydyttävät tarpeita sekä niiden toimenpiteiden ja resurssien suunnittelua, joiden avulla kyseiset palvelut ja tuotteet on mahdollista saada aikaan. Toimintakokonaisuuden merkitys tulee ymmärtää myös yksikkötasolla, jotta toiminnan sujuminen on parempaa. (Iire & Tanttu 2011, 10.) Hoitotyön suunnitelmallisen prosessin lähtökohtana ovat potilaan yksilölliset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet. Potilaan tarpeisiin vastaamiseen vaikuttavat oleellisesti hoitohenkilökunnan valmiudet sekä rakenne ja työnjako. Tämä ilmenee Kaustisen tutkimuksessa (2011, 24), jossa laadukkaaseen hoitotyöhön yhdistetään myös välittömään potilaan hoitotyöhön käytetty aika.

Hyvä laatu edellyttää terveydenhuollossa johdon ja koko henkilökunnan sitoutumista sekä yhteisiin tavoitteisiin että eri toimintayksiköiden välillä saumatonta yhteistyötä (Koivuranta-Vaara 2011, 8). Hoitamisen ydin muodostuu ammattimaisesta toiminnasta eli potilaan huomioimisesta yksilönä, ystävällisyydestä, todellisesta läsnäolosta, potilaan kuuntelemisesta ja vakavasti ottamisesta sekä näistä seuraavasta ammattimaisesta toiminnasta. Organisaatorakenteista riippumatta tulee niiden olla hoitotyön tavoitteena. (Iire & Tanttu 2011, 14.) Arslan, Can, Kahriman, Kasim, Nural & Topbas (2016) viittaavat Reid-Ponten (1992), Reynoldsin ja Scottin (2000) sekä Ancelin (2006) tutkimukseen, jossa hyvään hoitoon ja kohteluun luetaan kuuluvaksi myös potilasturvallisuus sekä yhdenvertaisuus ja syrjimättömyys.

Asiakaslähtöisyys on lähtökohta palvelujärjestelmien ja palvelukokonaisuuksien suunnittelussa ja kehittämistyössä (Virjonen 2015). Terveydenhuollon tehtävä on terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan mukaan edistää terveyttä, ehkäistä sairauksia ja lievittää kärsimyksiä. Potilaan oikeus saada hyvää hoitoa, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus sekä ammattitaito, ilmapiiri joka edistää hyvinvointia, yhteistyö ja keskinäinen avunanto ovat

terveydenhuollon kuusi eettistä periaatetta. (Lahtinen 2006, 7.) Tiedot, taidot, eettinen osaaminen ja sen kehittäminen sekä koulutus ovat hoitajan ammatillista osaamista. Terveysongelmien ja olemassa olevan palvelujärjestelmän tietäminen ovat edellytykset tiedolliseen osaamiseen. Kyky tehdä päätöksiä ja potilaan auttaminen päätöksenteossa sekä kommunikointitaidot kuuluvat taidolliseen osaamiseen. Nopea tilannekartoitus, tiedonkeruun riittävyys ja ratkaisuvaihtoehtojen esittäminen sisältyvät kykyyn tehdä päätöksiä. (Kyngäs, Kääriäinen & Orava 2012, 223.)

Riittävä tiedonsaanti on myös tärkeä osa asiakaslähtöisyyttä, koska tiedon merkityksellisyys on keskeistä yksilöllisen tilanteen kannalta. Potilaan yksilölliset tiedon ja ohjauksen tarpeet tulee tunnistaa ja niiden pohjalta terveydenhuoltohenkilöstön tulee valita tarkoituksenmukaiset ja vaikuttavimmat tiedonantamisen menetelmät. (Virtanen 2014, 31; Mikkola 2006, 174-175.) Asiakkaan osallistumista palvelutapahtumaan pitäisi vahvistaa asiakkaan näkökulmasta siten, että ilman ennakkoluuloja, ennakkoasenteita, kiirettä tai valmiiksi pureskeltuja hoitomalleja kohtaamisessa on tilaa ja aikaa asiakkaan tarpeiden kuulemiselle ja käsittelylle. (Ahonen ym. 2011, 31.) Kotisaaren ja Kukkolan mukaan (2012, 69) potilaslaissa edellytetään, että hoidon suunnittelussa, vaihtoehtojen etsimisessä ja toteuttamisessa otetaan huomioon potilaan toiveet ja näkemykset. Hoitavalta terveydenhuoltohenkilöstöltä potilas odottaa rehellistä, johdonmukaista sekä selkeäkielistä ja ymmärrettävää tietoa (Virtanen 2014, 31). Asiakaslähtöistä itsehoitokykyä tukee, vahvistaa ja rohkaisee miellyttävä ja holhoamaton ilmapiiri (Kyngäs ym. 2012, 224).

Asiakaslähtöisyyttä kehittävä osa-alue on hoitajan sitoutuminen, jotta hän ymmärtää potilaan kokemuksia sairaudesta hänen elämäntilanteessa. Kliininen tieto on ratkaisevaa kuten myös vuoropuhelu potilaan ja hänen omaistensa kanssa. (Apostolidis, da Silva, de Assuncao Ferreira & Gomez Brandao 2015.) Lyhyillä käynneillä tulee huomioida potilaiden tarpeet sekä itsehoito-ohjeistus. Hoitohenkilöstön tulee tukea potilaiden voimavaroja ja vastuunottoa omasta terveydestään. Potilaat eivät välttämättä koe saavansa riittävästi tietoa osallistuakseen oman hoitonsa suunnitteluun. (Aho, Kaunonen, Koivisto & Palonen 2012, 116.) Vaikka ammattikunnan edustaja ja potilas ovat vastakkain, tulee potilaalla olla

asiakslähtöisen ajattelutavan mukaan palveluun ja hoitoon vaikuttamisen mahdollisuus (Ahonen ym. 2011, 27). Osallistuminen oman hoidon suunnitteluun lisää potilaan motivaatiota ja sitoutumista lääkemääräyksiin saaden aikaan parempia hoitotuloksia. Lisäksi potilaat ovat tyytyväisempiä hoitoon stressin ja ahdistuksen vähenemisen myötä. (Larsson, Plos, Sahlsten & Segesten 2011.) Potilaalle tulee antaa riittävät ja tarvittaessa myös kirjalliset ohjeet siitä, millä tavalla hän voi seurata ohjeitaan, ja missä tilanteessa hänen tulee ottaa yhteyttä terveydenhuollon ammattihenkilöön ja missä tapahtuu jatkohoito (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Tämän kautta hoitohenkilöstö toimii tiiviissä yhteistyössä potilaan kanssa ja vahvistaa potilaan osallistumista itsehoitoon (Larsson ym. 2011). On todettu, että tyytyväiset potilaat kommunikoivat positiivisemmin hoitohenkilöstön kanssa ja ovat myöntyväisempiä lääkahoitoon. Tyytyväiset potilaat myös epätoennäköisemmin haluavat toisen lääkärin mielipiteen, mistä puolestaan on seurauksena hoitokulujen väheneminen. (Ekwall, Gerds & Manias 2008, 802.)

Potilaan vaatimuksien ja toiveiden kunnioittaminen on tärkeää, koska hän on palveluiden käyttäjä. Erilaisten asiantuntijakäytäntöjen sisällä määritellään potilaiden tarpeita ja miten ne tulee ottaa huomioon. Hoitajan asiantuntija-aseman rakentavat ammatilliset määrittelyt koskien potilaan hoitamista ja kohtaamista. (Eriksson 2002, 51-52.) Aho ym. (2012, 116) mukailevat Lipposta (2006) ja Kääriäistä (2007), joiden mukaan aiemmin ohjauksen antaja on ollut aktiivinen korostaen asiantuntemusta, ja vastaanottaja eli potilas on ollut passiivinen. Näkökulma ohjaukseen on muuttunut samalla kun asiakkuus on muuttunut. Nyt myös potilas on aktiivinen, koska pyrkimyksenä on ohjauksen tasa-arvoisuus. Tällä on positiivinen vaikutus, joka näkyy tiedon ymmärtämisessä, kivun hallinnassa, itsehoitossa sekä hoitoon sitoutumisessa ja selviämisessä arkipäivässä. Tämä on tullut esille myös Larssonin ym. (2011) tutkimuksessa. Suuri osa potilaista pitää merkittävänä asiana mahdollisuutta osallistua omaan hoitoonsa ja sen suunnitteluun, mutta osa potilaista haluaa edelleen olla passiivisen vastaanottajan roolissa.

Tärkeää asiakslähtöisyydessä on myös työn laatuun ja toiminnan sujuvuuteen vaikuttava työntekijöiden hyvinvointi (Ahola & Hakanen 2010, 2145; Laakkonen 2004, 43) ja henkilöstön työhyvinvoinnin huolehtimiseen sisältyvät työn kehittäminen, innovointi ja luovuus (Kotisaari & Kukkola 2012, 78). Arslanin ym. (2016)

tutkimuksessa tulee esille, että koska hoitajilla ei ole riittävästi tietoa ja koulutusta, heillä on epäilystä ja pelkoa, etteivät osaa käsitellä tiettyjä potilaiden tunteita ja mielipiteitä. Sama tulos on havaittu myös Maguiren, Boothin, Elliotin ja Jonesin (1996) tutkimuksessa. Toimivassa asiakaslähtöisessä palvelussa hoitohenkilöstön on pyrittävä jatkuvasti täydentämään omia vuorovaikutuksen työkaluja ja purkamaan, mahdollisimman monipuolisesti, kertyvää emotionaalista kuormaa kouluttamisella, henkilökohtaisella työnohjauksella ja yhteisöllisen tuen hyödyntämisen keinoilla (Ahola & Hakanen 2010, 2145). Tutkimuksen mukaan hoitajien kouluttamisella voidaan vaikuttaa hoitajien käyttäytymiseen, mikä puolestaan vaikuttaa suoraan potilastyytyvyyteen (Chen ym. 2016).

Toista arvostava ja inhimillinen vuorovaikutus on sekä potilaiden ja ammattilaisten että ammattilaisten välistä. Asiakaslähtöisessä palvelussa edellytyksenä hyvään vuorovaikutukseen ovat keskinäinen luottamus, rehellisyys sekä sovittuihin tavoitteisiin ja toimintaan sitoutuminen. (Campos ym. 2016; STM 2011, 6.) Potilaan arvostaminen ja huomioiminen, palvelun sävy tai työntekijän asenne ovat asiakkaan mielestä asiakaslähtöisyyteen liittyvää niin sanottua pientä inhimillisyyttä. Aina ei ole kyse suurista asioista ja potilaan kohtaaminen ihmisenä merkitsee hänelle palvelun inhimillisyyttä eli potilaan huolta kohtaan osoitetaan aitoa kiinnostusta. (Ahonen ym. 2011, 21.) Potilaat pitävät tärkeänä tekijänä ilmapiirin asiallisuutta, jonka he vaistoavat hoitajien reaktioista ja käytöksestä herkästi. Potilaat tarkkailevat varsinkin hoitajia, koska kokevat, että heidän kauttaan viestittyy yksikön suhtautumistapa potilaisiin. (Laakkonen 2004, 77.) Kotisaaren ja Kukkolan mukaan (2012, 13-14) se tapa, miten hoitotoimenpiteet suoritetaan ja potilaaseen suhtaudutaan, ymmärretään potilaan kohteluksi. Lisäksi hyvään kohteluun katsotaan kuuluvaksi myös pätevä ja ammattitaitoinen henkilökunta sekä toimintayksiköissä olevat tilat ja laitteet.

Avoin ja toimiva vuorovaikutus on edellytyksenä hyvän hoidon kokemukseen. Molemminpuolinen ja tasavertainen vuorovaikutussuhde mahdollistuu, kun aikaa vuorovaikutukselle on riittävästi. Hoitotyöhön käytetty aika liittyy myös vuorovaikutuksen määrään ja luonteeseen hoitajan ja potilaan välillä. (Kaustinen 2011, 24.) Ahonen ym. (2011, 31) ovat todenneet tutkimuksessaan, että huono vuoro-

vaikutus tai asiakaskokemus estää asiakkaan ja työntekijän hedelmällisen yhteisymmärryksen syntymisen heikentäen asiakkaan saaman palvelun tehokkuutta ja vaikuttavuutta. Pahimmillaan voidaan hoitaa oiretta eikä syytä, ja näin asiakkaan tarpeet eivät tule lainkaan esille palvelutilanteessa, vaikka potilas on ainutlaatuisen yksilö, subjekti (Kotisaari & Kukkola 2012, 52).

Haasteena voi olla vuorovaikutuksellinen eriparisuus, koska henkilökohtaiset tarpeet, odotukset sekä mielikuvat ohjaavat potilaan toimintaa kohtaamistilanteessa. Ammattirooli ja organisaation edustajana oleminen ohjaavat puolestaan hoitajan toimintaa. Professionaalista luonnetta eivät saa haitata henkilökohtaiset ominaisuudet. Asiantuntijan ja asiakkaan välillä oleva tiedon epätasapaino on tärkeä tekijä, joka lisää eriarvoisuutta. (Ahonen ym. 2011, 30.) Potilaan ja hoitohenkilökunnan välisen suhteen kehittäminen on merkityksellistä. Tähän sisältyy potilaan kokemus ymmärretyksi tulemisesta sekä emotionaalisen tuen saamisesta ja säilyttämisestä. (Larsson ym. 2011.) Potilaiden käyttäytymiseen on vaikea vaikuttaa lyhyiden hoitokontaktien aikana, eikä siihen oleellisesti vaikuttavien sosiaalisten tekijöiden muuttaminen ole helppoa. Toimivan ammatillisen asenteen ja sopivan etäisyyden säilyttämisen ja liian etäisen ja välinpitämättömän suhtautumisen välillä oleva raja on häilyvä. (Ahola & Hakanen 2010, 2145.)

Hoitajan viestintätyyli on keskeinen tekijä potilaan ja hoitajan vuorovaikutussuhteen syntymiseen ja sen luottamuksellisuuteen. Sillä on merkitys potilaan saamaan ensivaikutelmaan ja potilaan vuorovaikutuksen halukkuuteen. Potilas kokee hoitajan olevan kiinnostunut sekä hänestä että halukas myös potilaan kanssa toimimiseen. Potilas kokee saavansa hyvää kohtelua, jos hoitajan viestintä on asiakaspalveluhenkistä. (Mikkola 2006, 170-171.) Sairastuessaan potilas on tunteiltaan haavoittuvaisempi. Positiivinen tunne syntyy, kun hoitohenkilöstö on saatavilla osoittaen ammatillisuutta vastaten potilaan tarpeisiin. Joskus pelkkä hoitohenkilöstön läsnäolo luo turvallisuutta. (Adolfsson, Dahlen & Westin 2012.) Potilaalle tilaa antavan vuorovaikutus- sekä yhteistyösuhteen luominen, joka mahdollistaa yksilöllisen oppimisen, on hoitajan tehtävä (Kyngäs ym. 2012, 224). Tulevaisuuteen orientoituminen on myös turvallisuuden tunteen rakentamisessa merkityksellinen osa. Potilas aistii ja vaistoo, jos hoitaja välittää sekä haluaa kuunnella ja olla läsnä. (Mikkola 2006, 193, 197.)

Empatia on erittäin merkityksellinen osa hoitotyötä ja sillä on syvälinen vaikutus asiakaslähtöisyyteen. Silti lukuisissa tutkimuksissa ilmenee, että hoitajien empaattinen taso on joko alhainen tai keskitasoa, selviää Arslanin ym. (2016) tutkimuksesta. Lisäksi he ovat tulleet samoihin johtopäätöksiin Hemsleyn, Sigafosin, Balandin, Forbesin, Taylorin, Greenin ja Parmenterin (2001) kanssa siitä, että hoitajan tavoitteena tulee olla potilaiden tarpeiden tunnistaminen ja tarvittavan hoidon antaminen. Hoitajilta tulee edellyttää empaattisia tietoja ja taitoja, jotta he kykenevät ymmärtämään täysin potilaiden tunteita, mielipiteitä sekä olosuhteita. Terveysthuollon yksiköiden tulee kunnioittaa potilaita ja heidän oikeuksiaan sekä potilaiden omaisia. Hoidon tulee olla eettisyyteen perustuvaa ja laadukasta. Potilaspalautteet ja niihin kuuluvat valitukset ovat osa terveydenhuoltojärjestelmän mukaisia terveyden edistämisen standardeja, joilla voidaan korjata epäkoh-  
tia ja välttää niiden toistumiset (Jabbari, Jazi, Kohorasani, Mardani & Mofid 2014).

Aikaisempien tutkimusten mukaan hoitajien kommunikaatiotaidoissa on ollut jonkin verran kehitystä, mutta heidän tulisi edelleen kehittää tätä aluetta. Oleellinen koulutus johtaa hoitajien empaattisten taitojen kehittymiseen, joka puolestaan mahdollistaa heitä ymmärtämään paremmin potilaita, vahvistaa suhteita heidän kanssaan sekä lisää ammatillista tyytyväisyyttä. (Arslan ym. 2016.) Etiikka kuvaa ja perustelee tapoja, jotka ovat hyviä ja oikeita. Sen avulla voidaan tehdä valintoja sekä arvioida omaa ja toisten ihmisten toimimista. Etiikka antaa välineitä tarkastella eettisiä kysymyksiä myös hoitotyössä; miten meidän tulee kohdella toisia ihmisiä ja miten heidän tulee kohdella meitä. (Lahtinen 2006, 6.) Arslan ym. (2016) viittaavat Richendollerin ja Weaverin (2002) määritelmään siitä, että empatia on kyky ymmärtää toisten tunteita ja tarkoituksia sekä ilmaista näitä tunteita toisille. Yleisesti empatian ajatellaan olevan moniulotteinen sisältäen muun muassa emotionaalisia, kognitiivisia, vuorovaikutuksellisia ja moraalisia ulottuvuuksia, toteavat Arslan ym. (2016) viitaten myös Cliffordsoniin (2002).

Ymmärretyksi tulemisen ydinmerkityksenä on potilaan kokemus siitä, uskoko hoitaja potilasta vai vähätteleekö hän potilaan kokemuksia. Potilas kokee hoitajan joko oikeuttavan tai ei oikeuttavan esimerkiksi hänen kipuaan tai mielentilaansa,

mihin liittyy potilaan kokemus hyväksytyksi tulemisesta omana itsenään ja kokonaisena persoonana. (Mikkola 2006, 174.) Riittämättömän kivunhoidon on todettu olevan valitettavan yleistä, vaikka kivunhoito onkin olennainen osa päivystyksen toimintaa ja kivun arviointiin on olemassa useita keinoja. Optimaalisen kivunhoidon katsotaankin olevan välttämätön kehityksen kohde, koska akuutilla kivulla on sekä fysiologisia että psykologisia vaikutuksia. (Bjornsen & Dale 2015.) Jos potilaan tunteita ja pelkoja vähätellään, hän kokee sen kokemuksensa oikeellisuuden kieltämisenä (Mikkola 2006, 174). Bjornsenin ja Dalen (2015) mukaan hoitohenkilöstöllä on usein vähän tietoa kivusta ja sen hoidosta. Lisäksi kipu dokumentoidaan huonosti potilasasiakirjoihin. Kivun on kuitenkin todettu olevan yleisin syy hakeutua päivystykseen ja siksi hoitohenkilöstön tulee keskittyä tehokkaasti kivun arviointiin ja kivun hoitoon.

### 3.2 Lean-menetelmä asiakaslähtöisessä palvelussa

Länsi-Pohjan Keskussairaalan Akuuttiklinikalla otettiin käyttöön Lean-menetelmä tammikuussa 2015 asiakaslähtöisyyden ja päivystyksen toiminnan kehittämiseksi sekä päivystyksessä ongelmia aiheuttavan ruuhkautumisen vähentämiseksi, kustannusten hallitsemiseksi ja potilaiden lisääntyneiden vaatimuksien vastaamiseen. Näiden ongelmien ratkaisemiseen Lean-menetelmän käyttäminen on herättänyt lisääntyvää kiinnostusta (Chan, Chan, Ho, Lee, Lo, Wu, Yeung & Yu 2014), koska sen katsotaan soveltuvan hyvin laadunhallintaan, resurssien allokointiin eli kohdentamiseen, tuottavuuden lisäämiseen sekä tuotannon ohjaukseen ja potilasturvallisuuden parantamiseen (Mäkijärvi 2013, 2-3). Bottom up -tyyppinen lähestyminen eli Lean-managementin soveltaminen terveydenhuollossa on uutta ja kiinnostavaa. Terveydenhuollossa siitä on maailmalla lisääntyvästi kokemuksia, mutta Suomessa toistaiseksi vielä vähän. (Mäkijärvi 2013, 9.) Leanin tavoitteena on saada aikaan parempaa terveyttä, parempaa vastinetta ja parempaa hoitoa potilaille (Bath, Dobson, Goodridge, Westthorp 2015).

Alun perin Lean-menetelmä kehittyi työkalujen suunnittelusta, jonka tavoitteena oli parantaa, automaattisella valmistuksella, toiminnallisten työntekijäporrastuksien suorituskykyä. Sovellus terveydenhuoltoon on kuitenkin vielä ollut rajoitettua. Lean-menetelmä kohtaa usein vastustusta, koska korkealaatuisista Lean-

menetelmää tukevista näytöistä on puutetta. (Bongers, Janssen & Joosten 2009, 341, 344.) Lean-menetelmä on yksi strategia kehittää terveydenhuollon laatua ja turvallisuutta (Chan ym. 2014) yhdistämällä hoitoprosessien vaiheita sekä arvioimalla ja analysoimalla hoitoprosesseja (Dembe & Schweikhart 2010). Laatu ja potilasturvallisuus sekä läpimenoaika ovat potilaskeskeisyyden ensisijaiset ilmiöt ja mittarit. Läpimenoaika eli aikaa ensimmäisestä yhteydenotosta tapauksen sulkemiseksi kutsutaan virtaustehokkuudeksi. Virtaustehokkuus ottaa huomioon myös muun muassa potilaan suorat ja epäsuorat kustannukset, odotusajat, vauriannon ja potilaan kärsimyksen. (Lillrank 2010, 4.)

Jatkuva parantaminen pienin asteittaisin parannuksin ja ihmisten kunnioitus ovat Lean-menetelmän lähtökohdan luovat arvot, joiden keskiössä on asiakaslähtöisyyden kehittäminen. Terveysthuollossa potilas määrittää tuotteiden ja palveluiden arvon, jonka mukaan koko kehitystyötä ohjataan. Kaikki virtauksen vaiheet voidaan tunnistaa kuvaamalla organisaatioiden arvoketju ja määrittää ne toiminnot, jotka tuovat potilaalle arvoa. Samalla arvoa tuottamattomat eli hukka voidaan poistaa. (Hämäläinen.) Tavoitteena on palveluiden sujuva virtaaminen potilasta kohti eli jatkuva, selkeä ja lyhyt palveluprosessi (Becker 2015, 11). Palveluprosessit ovatkin terveydenhuollon kehittämisen tärkein kohde ja prosessien kehittäminen on osoittautunut välttämättömäksi mutta haastavaksi (Mäkijärvi 2013, 2-3; Bongers ym. 2009, 341). Palveluprosessin aikana potilas niin sanotusti vetää arvoa ylävirtaan ja koko henkilökunta tulee osallistua palveluprosessin jatkuvaan kehittämiseen. Pyrkimys on laadukkaaseen sekä tehokkaaseen potilaiden palvelujen toteuttamiseen, jossa informaatiovirran tulee olla sujuvaa ja virheetöntä. (Hämäläinen.)

### 3.3 Akuutin sairastumisen hoito päivystysvastaanotolla

Triage on Lean-menetelmään kuuluva esiluokitteluprosessi, jossa kaikki päivystykseen hakeutuvat potilaat luokitellaan hoidon tarpeen mukaan. Päivystys-triage tehostaa päivystyspalveluiden turvallisuutta ja vaikuttavuutta turvaamalla potilaiden kliininen vointi, ja triage-hoitaja tekee kiireellisyysluokituksen perustuen potilaan kertomaan tulosyyhyn, historiaan, merkkeihin ja oireisiin. (Ekwall ym. 2008, 801; Kotisaari & Kukkola 2012, 22.) Päivystyspoliklinikalla terveydenhuoltohenkilöstön yhtenä keskeisenä tehtävänä on arvioida potilaan hoidon tarve potilaan



saavuttua poliklinikalle (Ekwall ym. 2008, 801) ja triage-hoitaja on ensimmäinen potilaan kontakti päivystyksessä (Aacharya, Denier & Gastmans 2011).

Triage-arvioinnin tarkoituksena on luoda tehokas ja vaikuttava terveydenhuolto, joka edistää potilastyytyväisyyttä. Triageen sisältyy potilaan vastaanottaminen, täydellisen vastuun ottaminen potilaasta, terveystietojen, huolien ja ongelmien kuunteleminen, ongelmien ratkaisujen varmistaminen sekä vuorovaikutuksellisuus muiden terveystietojen kanssa jatkuvan hoidon takaamiseksi tarpeen vaatiessa. (Chavaglia, Faria, Ohl & Silva 2016.) Triage-prosessin aikana erityistä huomiota tarvitaan potilaan itsenäisyyden kunnioittamisessa sekä asianmukaisessa ja riittävässä viestinnässä. Päivystyksessä työskentely on psyykkisesti kuormittavaa ja eettisesti herkkää. Triage-arvioinnin prosessissa tärkeitä elementtejä ovat viestinnän, stressin ja aggression hallinnat sekä eettinen taso. (Aacharya ym. 2011.) Kiireellisyysluokituksista huolimatta kaikilla potilailla tulee olla tunne siitä, että heidän kohtelunsa on ollut hyvää ja heidän tarpeensa on otettu huomioon myös hoidossa (Adolfsson ym. 2012).

Triagen käyttö on lisääntynyt huomattavasti muun muassa Ruotsissa viiden vuoden sisällä, koska triage-arvioinnin käytön on todettu parantavan potilasvirran etenemistä ja vähentävän päivystyksen ruuhkautumista (Farrokhnia & Göransson 2011). Useiden maiden päivystykset käyttävät triagea selviytyäkseen potilasruuhkasta. Triagen tarkoituksena on parantaa hoidon kiireellisyyden arviointia, mutta sitä kohtaan on myös esitetty kritiikkiä. Päivystyksessä triage-arvioinnin käyttö voi johtaa haitallisiin seurauksiin kuten viivästyneeseen hoidon tarjontaan, potilaan yksityisyyden ja luottamuksellisuuden heikkenemiseen sekä huonoon viestintään potilaan ja lääkärin välillä, koska potilaalle ei välttämättä anneta kokonaisuudessaan hänen tarvitsemaansa hoitoa. Tämä kyseenalaistaa hoidon eettisen laadun. (Aacharya ym. 2011.)

Päivystykseen pääsyn tulee olla helppoa ja hoidon laadun hyvää perustuen potilaan kokonaisvaltaiseen kunnioittamiseen ja potilaiden tarpeiden vastaamiseen. Terveydenhuollon tavoitteena on lievittää ja ehkäistä potilaiden kärsimyksiä potilaan ollessa hoidon keskipiste. (Adolfsson 2012.) Kiireellinen hoito ja päivystyksen palvelut tulee toteuttaa potilaille korkealaatuisina ja oikea-aikaisina niin, että

hoitoon pääsy ja hoito toteutetaan yhdenvertaisesti ja vaikuttavasti (Koskela 2014, 4). Kiireellinen hoito tarkoittaa välitöntä arviota, jota äkillinen sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen tai toimintakyvyn aleneminen edellyttää. Kiireellisen hoidon yleisestä suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta vastaa Sosiaali- ja terveysministeriö. (STM 2011.) Hilander-Sihvonen ja Kivinen (1997, 11) viittaavat Vuorelaan (1988), jonka mukaan palvelujen riittävyys, palvelujen oikea kohdentuminen, ratkaisujen sekä toimenpiteiden oikeellisuus ja palvelujen laatu ovat palvelukyvyn ulottuvuuksia.

Potilaan tulee saada palvelua tai hoitoa heti kiireellisessä tapauksessa. Potilaan hyvinvointia lisää se, että hänellä on tieto sekä palvelun olemassa olosta että mahdollisuudesta käyttää sitä. (Hilander-Sihvonen & Kivinen 1997, 21.) Jos potilaan terveydentila sekä toimintakyky ja huomioon ottaen sairauden tai vamman ennakoitava kehitys ei hoitoa voi siirtää kiireellisyyden vuoksi seuraavaan päivään tai viikonlopun yli tai jos kiireellisen hoidon toteutumista muualla pidetään epävarmana, on potilas otettava hoitoon päivystysyksikköön (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Muutoin vastaanotolle tulee päästä kolmen arkipäivän sisällä (Hilander-Sihvonen & Kivinen 1997, 21). Päivystystä ei tule käyttää kiireettömän hoidon saatavuusongelmien korjaamiseen, koska päivystys on tarkoitettu kiireellistä hoito varten. Tämän vuoksi väestön tulee tietää, minkälaisissa kiireellisissä vaivoissa päivystykseen hakeudutaan ja milloin puolestaan apua pyydetään soittamalla hätäkeskukseen. (Koskela 2014, 10.) Terveydenhuoltolaissa todetaan, että kunnan ja kuntayhtymän tulee huolehtia väestölle tiedottamisesta, ohjeistaa hätätilanteissa ja äkillisen sairastumisen tai tapaturman yhteydessä toimimisesta sekä siitä, mihin olla yhteydessä ja mistä tarvittavat palvelut saadaan (Terveydenhuoltolaki 1326/2010).

Palvelun organisoinnin laatua kuvaa terveyspalveluista tiedottaminen sekä niiden ymmärrettävyys ja riittävät tiedot. Siihen mielikuvaan, jonka potilas organisaatiosta muodostaa, voidaan vaikuttaa palveluista tiedottamisella (Hilander-Sihvonen & Kivinen 1997, 24.) parantaen samalla hoidon tehokkuutta ja laatua (Jabbari ym. 2014). Terveydenhuollossa keskeisessä asemassa ovat yhteydenotot puhelimen kautta ja edelleenkin puhelin on yleisin ja tärkein väline (Tynkkynen 2005,

1). Usein väestöä ohjeistetaan soittamaan vastaanottoa pitävään yksikköön ennen vastaanotolle tuloa (Hilander-Sihvonen & Kivinen 1997, 21). Kun potilas harmitsee, tarvitsevatko oireet tai vammat kiireellistä arviota ja hakeutumista päivystykseen, auttaa puhelinneuvonta potilasta päätöksenteossa. Tavoitteena on terveydenhuollon ammattilaisen näkemyksen antaminen potilaalle hoidon tarpeesta, kiireellisyydestä ja hoitopaikan valinnasta. (Koskela 2014, 10-11.) Kaakisen, Kynkään, Kääriäisen ja Tarkiaisen (2012, 111) mukaan puhelinneuvonnan kautta saatu toimintakyky, hoitoon sitoutuminen sekä tiedon määrä vähentävät terveydenhuollon käyntimääriä ja päivystykseen tuloa. Tämä onkin keskeisin tavoite puhelinneuvonnassa.

Länsi-Pohjan Keskussairaalan päivystyksessä potilaiden puhelinneuvonta on toiminut marraskuusta 2010 lähtien. Puhelinneuvonnan pyrkimyksenä on parantaa asiakaslähtöisyyttä havaitsemalla ne potilaat, jotka tarvitsevat päivystyksellistä hoitoa. Tällä tavoin on mahdollisuus karsia niin kutsuttuja päivystyksen turhia käyntejä, jolloin potilasta ei oteta vastaan triage-hoitajan tekemän hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen vaan potilas kotiutetaan. Puhelinneuvonnassa potilaalle annetaan kotihoito- ja seurantaohjeet sekä ohjeistetaan milloin ja mihin hoitoyksikköön hänen tulee olla yhteydessä, mikäli hänellä ei ole akuuttia hoidon tarvetta. Vuoden 2015 tilaston mukaan puhelinneuvonta otti vastaan sekä käsitteli 12 959 puhelua ja vastaajaan jätettyä soittopyyntöä eli vuorokaudessa yhteydenottoja oli keskimäärin 35 kappaletta (Heikkinen & Kulppi 2016). Edellytyksenä puhelinneuvonnan toimivuudelle on oikein resursoitu toiminta, jonka hyvällä suunnittelulla voidaan tehostaa prosesseja ja näin kuntalaisille voidaan tarjota laadukkaampia palveluja. Puhelinneuvonnalla on merkittävä osuus potilaan hoitoketjussa, ja tavoitteena on varmistaa potilaiden ohjaus oikeaan paikkaan jo ensimmäisen yhteydenoton aikana. Lisäksi voidaan vahvistaa potilaiden omaa itsenäisyyttä heitä koskevissa terveysasioissa. (Tynkkynen 2005, 2-3.)

Laakkonen (2004, 86) on päätenyt samaan tulokseen Hietasen, Pitkäsen ja Vilmin (2005) kanssa siitä, että etenkin päivystyspotilaiden hoidossa on luonteenomaista ennakoimattomuus sekä vaihtelevat ja lyhyet hoitokontaktit. Päivystys on yksi terveydenhuollon haastavimmista osa-alueista. Haasteellisuus aiheutuu

muun muassa kiireellisyydestä (Aacharya ym. 2011) ja ruuhkautuminen on päivystyksen yleinen ongelma (Atkinson, Boyle & Higginson 2012). Korkea valmius-taso, ammatillinen erityisosaaminen ja eri ammattiryhmien välinen yhteistyö ovat toiminnan edellytyksiä. Päivystyspoliklinikalla työskentelevältä terveydenhuoltohenkilöstöltä tulee edellyttää laaja-alaista ja monipuolista osaamista sekä koke-musta päivystyshoitotyöstä. Potilaan vointia ja tilaa tulee arvioida erilaisilla mit-tausmenetelmillä ja kirjallisilla dokumenteilla. Myös havainnoimalla ja haastatte-lemalla kerätään tietoa. Tietoa voidaan pitää laadukkaana, kun henkilökunnalla on käsitys, mitä potilaan tulee itse tietää sairaudestaan, ja miten häntä tulee oh-jata hoitamaan itseään selviytyäkseen sairautensa kanssa. (Virtanen 2014, 36.)

Työvoiman joustava käyttö potilaiden määrän ja palvelutarpeen vaihtelun mukai-sesti mahdollistavat päivystyksen vahvemmat ja monipuolisemmat resurssit. Ta-voite on saumattomampi palvelu ja vaikuttavampi hoito. Päivystysyksikön hoito-henkilökunnan tulee omata sekä riittävä lääketieteellinen että hoitotyön osaami-nen, jotta se voi hallita päivystyksen nopeasti vaihtelevaa potilastilannetta. Näin turvataan päivystyksen laatu ja varmistetaan potilasturvallisuus. Riittävää laatua ei takaa jatkuvasti vaihtuvan henkilöstön käyttö. (Koskela 2014, 4-6.)

Potilaiden tyytyväisyyden toteutuminen päivystyksessä on haastavaa. Potilaat haluavat korkealaatuista hoitoa ja palvelua, mutta tyytymättömyyttä aiheuttavat muun muassa päivystyksen huonosti järjestetyt tilat, odotusaikojen pituus, heikko viestintä, puutteellinen vuorovaikutus lääkäreiden ja hoitajien taholta sekä odot-tamattomat tilanteet, jotka viivästyttävät ja pitkittävät tutkimuksia ja hoitoon pää-syä. (Kebede, Taye & Yassin 2014.) Mitä pidempään potilaat joutuvat odotta-maan vastaanotolla, sitä enemmän he kokevat olevansa kykenemättömiä kont-rolloimaan tilannettaan. Potilaat kokevat olevansa stressaantuneita ja ahdistu-neita ympäristössä, jossa on muita potilaita samassa tilanteessa. Kun potilaat pääsevät tutkimushuoneeseen, he voivat edelleen joutua odottamaan tuntien it-sensä laiminlyödyiksi. (Adolfsson 2012.) Hoitohenkilöstön koulutuksella on kyetty vaikuttamaan hoidon laatuun ja varmistamaan potilastyytyväisyyttä (Kebede ym. 2014). Erityisiä haasteita hoitohenkilökunnan toiminnalle asettavat jatkuvat muu-tokset potilaita hoitavissa työryhmissä, koska päivystystyö on kolmivuorotyötä. Keskinäiseen kommunikaatioon tuovat haasteita myös suuret potilasmäärät,

tarve nopeaan päätöksentekoon sekä monimutkaiset hoitosuunnitelmat. (Collin, Herranen, Paloniemi, Pyhälä-Liljeströ & Valleala 2012, 32.) Päivystyksen ruuhkautuminen vaikuttaa sekä potilaiden tyytyväisyyteen että tavoitteellisen hoidon laatuun (Bragulat, Coll-Vinent, Espinosa, Milla, Miro, Sanchez & Wardrope 2003) ja keskeisenä päivystystyön tavoitteena onkin nopea diagnosointi sekä jatkohoitopäätöksen tekeminen. Moniammatillisessa työskentelyssä tulee ottaa huomioon, missä hoitopolun vaiheessa työskennellään, ja henkilökunnan tulee määrittää itse, millaisissa tilanteissa terveydenhoito on kollaboratiivista eli yhteistoiminnallista ja millaisissa tilanteissa autoritaarista eli yksilön ratkaisuihin perustuvaa. (Collin ym. 2012, 32.)

Asiantuntijaosaamiseen kuuluvat työn asettamat vaatimukset eli kvalifikaatiot ja yksilön osaamisen vaatimukset eli kompetenssit. Vahva koulutustausta, pitkä työkokemus, pätevyys toimia omassa ammatissaan, hyvät vuorovaikutustaidot, luottamus omaan osaamiseen ja tekemiseen sekä kliininen hoitotyön kokemus ja vuorovaikutus- sekä verkostoitumisosaaminen ovat ominaisuuksia, joita edellytetään hoitotyön asiantuntijalta. (Collin, Herranen & Paloniemi 2012, 46.) Potilaiden mielestä ohjaamiseen asennoitumisessa on kuitenkin toivomisen varaa. Koulutusta ja perehdyttämistä ohjaamaan oppimisesta tulee olla enemmän. (Kanste, Kyngäs, Lipponen & Ukkola 2008, 3-4.) Heikkilä-Tammi, Larjovuori, Nuutinen ja Manka (2012, 4, 8) toteavat, että potilas on aina läsnä ja osallisena kunnallisessa palvelussa. Potilaat ovat edelleen suuresti hyödyntämätön resurssi kehittäessä ja toteuttaessa julkisia palveluja. Tämän tietovarannon avulla voidaan tuottaa palveluita, jotka palvelevat potilaiden tarpeita ja ovat näin ollen myös kustannustehokkaampia.

Sarajärvi (2011, 81) viittaa aikaisempaan tekstiinsä (2011) sekä Sosiaali- ja terveysministeriöön (2009) todetessaan, että persoonallinen kehitys ja koulutus ovat perusta hoitotyön asiantuntijuuteen. Siihen liittyy myös kehittyminen ammatillisesti sekä kehittäminen. Omaa toimintaa tulee kehittää niin, että se perustuu ajanmukaiseen tutkimustietoon. Totuttujen toimintakäytänteiden kyseenalaistaminen, uusien näkökulmien etsiminen sekä kehittävien visioiden tiedostaminen ovat hoitotyön asiantuntijan edellytyksiä. Kanste ym. (2008, 121) viittaavat

Haapa-Laakson ym. (2000) ja Pihlaisen (2000) toteamukseen, että hoitotyön asiantuntijuuden edellytyksiä ovat hyvä tietoperusta sekä vahva osaaminen ja arvo-perusta. Lisäksi edellytetään osaamisen ylläpitämistä ja työkokemusta. Kanste ym. (2008, 121) ovat todenneet myös, että potilasaines, jota hoidetaan terveydenhuollossa, on aiempaan verrattuna huonokuntoisempaa ja heillä on monia ongelmia.

Hiidenhovin (2001, 78) mukaan palvelu-käsité ei ole olennaisempi tekijä kuin hoito vaan tärkeä näkökulma, joka liittyy sairaalassa tehtävään työhön. Osa kokonaispalvelua on eri henkilöstöryhmien kanssa käytävä vuorovaikutus potilaskäynnin eri vaiheissa. Sekä henkilökunnan ammattitaito että potilaan kohtelu riippuvat siitä, millainen on organisaation työnjako ja toimintatavat. Jokaisella yksiköllä on oma tehtävänsä, mutta yhteistyö eri ammattiryhmien ja yksiköiden välillä korostuu palvelussa. Jos potilaalla olisi riittävästi tietoa saatavilla, hän mieluummin hoitaisi itseään kotona kuin jonottaisi vastaanotolla (Ahonen ym. 2011, 25). Terveysongelman kohdatessaan potilas luovuttaa arviointi- ja ratkaisuvaltansa asiantuntijoille. Potilaan tulee kokea, että palvelujen antaja on ammattitaitoinen, jolloin syntyy luottamus hoitohenkilöstöä kohtaan. (Hilander-Sihvonen & Kivinen 1997, 30-31.) Suuri osa potilaista pitää merkittävänä asiana mahdollisuutta osallistua omaan hoitoonsa ja sen suunnitteluun. Osa potilaista kuitenkin haluaa olla passiivisen vastaanottajan roolissa. Potilaan osallistuminen hoitoon on todettu empiirisissä tutkimuksissa tärkeäksi. Potilaiden tulee saada valita eri vaihtoehtoista ja tehdä päätöksiä omasta hoidostaan. Potilaat kokevat myös tärkeäksi, että hoitaja antaa riittävästi oikeaa tietoa hoidosta. (Larsson ym. 2011.)

Päivystystyölle ovat ominaisia nopea sekä tehokas hoito ja vaativimmillaan ihmishenkien pelastaminen. Päivystykset ruuhkautuvat potilasvirrasta ja sen vuoksi potilaat luokitellaan kiireellisyyden perusteella. Jokaisella potilaalla on kuitenkin oikeus odottaa saavansa hyvää ja tasavertaista hoitoa (Adolfsson ym. 2012.) ja kaikki potilaiden esittämät tarpeet sekä kokemukset ovat aina oikeutettuja (Heikkilä-Tammi ym. 2012, 23). Päivystyksen ruuhkautuminen johtaa huonompaan hoidon laatuun ja laskee potilaiden tyytyväisyyttä palveluihin (Asch, Han, Hsia, Li-Jung, McCreath, Sun & Weiss 2013) ja potilaat kokevat välillä saa-

vansa eriarvoista ja huonoa kohtelua toisin potilaisiin verrattuna. Lisäksi he kaipaavat kokonaisvaltaista huomiota sekä tarkempaa selitystä hoidoistaan ja lääkkeitään sekä niiden kustannuksista. (Kebede ym. 2014.)

Päivystyksen ruuhkautumisen ja potilaiden hoitoon pääsyn odottamisen katsotaan heikentävän ihmisarvoa, yksityisyyttä ja tavoitteellista hoitoa sekä vaarantavan potilasturvallisuutta (Atkinson ym. 2012) ja ruuhkautuneessa päivystyksessä on todettu tapahtuvan enemmän vakavia hoitovirheitä (Asch ym. 2013). Päivystyksessä potilasvirtauksen sujuvuudella ja hoidon laadun kehittämisellä mahdollistetaan hoitohenkilöstön tehokkaampi ja potilasturvallisempi työskentely. Parannuksia voidaan tehdä monella osa-alueella kuten esimerkiksi odotus, tarkkailu- ja tutkimusalueiden paremmalla sijoittamisella ahtauden ja ruuhkautumisen välttämiseksi. Tutkimusvastauksia ja jatkohoito-ohjeita odottavat potilaat voidaan sijoittaa erilliseen tilaan. Näin voidaan vapauttaa tarkkailu- ja makuupaikkoja uusille päivystykseen saapuville potilaille. (Bragulat ym. 2003.) Päivystyksen ruuhkautumisen välttämiseksi Atkinsonin ym. (2012) tutkimuksessa pohditaan mahdollisuutta lähettää potilaat kotiin odottamaan tutkimusten vastauksia, mikäli potilas asuu lähellä sairaalaa ja lääkäri voi soittaa potilaalle tutkimustuloksista ja pyytää hänet tarvittaessa takaisin vastaanotolle.

Päivystystä on kutsuttu pitkään niin sanotuksi romukopaksi, koska siellä hoideetaan epäselviä potilastilanteita. Rajoituksia voivat aiheuttaa pitkät jonotusajat perushoitoon pääsemisessä eikä potilaalla ole myöskään mahdollisuuksia käyttää yksityisiä lääkäripalveluja taloudellisen tilanteensa takia. (Amsalem, Parekh, Rambaran, Russ & Wright 2013.) Muita yleisiä syitä hakeutua päivystykseen ovat muun muassa potilaan asuminen lähellä päivystystä tai omaiset ovat kehottaneet potilasta hakeutumaan päivystykseen. Lisäksi iäkkäät ihmiset voivat hakeutua päivystykseen yksinäisyyden ja turvattomuuden vuoksi, koska heillä ei ole muuta paikkaa mistä pyytää apua. (Adolfsson ym. 2012.) Internetissä lisääntyy terveysartikkeleiden määrät ja potilaat luottavat näistä saamaansa tietoon sairauden hoidoista. Tutkimuksissa myös tämän on arveltu olevan yksi syy hakeutua päivystykseen, vaikka kyseessä ei olekaan akuuttia hoitoa vaativa sairaus. Kuitenkin akuutisti sairastuneet potilaat käyttävät internetiä vähemmän kuin kroonisesti

sairaat. (Jain, Jain, Kamali & Schneider 2013.) Päivystyksen niin kutsuttujen yli-  
vuotopotilaiden hoidon tulee kuitenkin kohdentua päiväaikaiseen päivystystoi-  
mintaan (Kantonen 2007, 1606), vaikka päivystys nähdään usein turvaverkkona  
niille potilaille, joilla on rajoitettuja mahdollisuuksia päästä terveydenhuollon pa-  
riin (Amsalem ym. 2013).



## 4 OPINNÄYTETYÖN AINEISTO JA MENETELMÄ

### 4.1 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyöni on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, johon sisältyy ajatus todellisuuden moninaisuudesta. Kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on löytää ja paljastaa tosiasioita. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 156.) Objektiivisuus laadullisessa tutkimuksessa lähtee siitä, ettei tutkija sekoita omia uskomuksiaan, asenteitaan eikä arvostuksiaan tutkimuskohteeseen. Tutkija yrittää ymmärtää haastateltavan näkökulmia ja ilmaisuja sekä pyrkii kohteensa kanssa vuorovaikutukseen. Aineistoa, joka on saatu tulkintavaiheessa, pyritään järjestämään ja ymmärtämään. Näin aineiston lukemisen, tulkinnan ja ajattelun lähtökohtana on teoria. (Virsta 2007.) Tutkimuksessa ihminen on merkityksiä luova sekä aktiivinen osapuoli (Hirsjärvi ym. 2007, 200; Hirsjärvi & Hurme 2004, 35).

Laadullisen tutkimuksen tyypillisiä esimerkkejä ovat tutkimusongelmat, jolloin keskitytään henkilön kokemukseen tai käyttäytymisen paljastamiseen tai kun halutaan paljastaa sekä ymmärtää ilmiöitä, joista ei tiedetä paljoa (Räsänen). Tutkimusaineiston kerääminen tapahtuu todellisessa kontekstissa ja tilanteissa. Niin kutsuttuna aineistonkeruuvälineenä on ihminen, ja dataa tärkeämpi on tutkijan omat havainnot ja keskustelut. (Järvenpää 2007.) Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä tutkimustiedon tarkasteleminen havaintoina joko yhdestä ainoasta tapauksesta tai muutamasta tutkimuksen kohteeksi valitusta tapauksesta. Laadullisessa tutkimuksessa korostetaan havaintojen tulkitsemista niiden tuottamisen kontekstissa eli puhtaita faktoja ei ole olemassa. Aineistolle esitetyistä kysymyksistä riippuu havaintojen arvo faktoina. (Alasuutari.)

Laadullisessa tutkimuksessa noudatetaan tutkimuksen yleistä prosessikaaviota. Pyrkimyksenä on kuvata jotain ilmiötä tai tapahtumaa sekä ymmärtää tiettyä toimintaa tai antaa jollekin ilmiölle teoreettisesti mielekäs tulkinta. (Sarajärvi & Tuomi 2002, 87.) Tutkimusongelman ja sen määrittämistä seuraavat tutkimuskysymykset, ja vastaus hankitaan aineistolla. Tutkimuskohteeksi valitaan se tai ne, joita tutkittava asia koskettaa tai ne, jotka tietävät eniten asiasta. (Kananen 2010,

36-37.) On tärkeää, että henkilöillä on joko mahdollisimman paljon tietoa tai kokemusta asiasta (Sarajärvi & Tuomi 2002, 88). Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on myös löytää tai paljastaa tosiasioita, ei niinkään todentaa olemassa olevia totuusväittämiä (Hirsjärvi ym. 2009, 161).

#### 4.2 Haastattelu aineistona

Käytetyimpiä tiedonkeruumuotoja on haastattelu, joka sopii moniin tutkimustaroituksiin. Haastattelu on suora kielellinen vuorovaikutus tutkittavan kanssa. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 34.) Ennen kaikkea joustavuus on haastattelun etu. Kysymys voidaan toistaa, väärinkäsityksiä oikaista, sanamuotojen ilmauksia selventää sekä keskustella tiedonantajan kanssa. Tärkeintä on saada halutusta aiheesta mahdollisimman paljon tietoa. Haastattelussa on se etu, että siihen voidaan valita ne henkilöt, joilla on kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä tai tietoa aiheesta. (Sarajärvi & Tuomi 2002, 75-76.) Valitsin haastattelun kohderyhmäksi Akuuttiklinikan potilaat, koska juuri heillä on kokemusta palvelupolun kokonaisuudesta ja havaintoja sen sujuvuudesta sekä kehittämistarpeista. Haastateltavat olivat joko odottamassa lääkärin vastaanottoa, tutkimukset olivat kesken tai potilas oli joko seurannassa, kotiutumassa tai siirtymässä jatkohoitoon.

Kysymykset ovat haastattelussa kaikille samat. Haastateltavat vastaavat omin sanoin, eikä vastauksia ole sidottu vastausvaihtoehtoihin. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 47.) Haastattelussa edetään etukäteen valittujen teemojen ja tarkentavien kysymysten varassa. Tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaisesti pyrkimyksenä on löytää merkityksellisiä vastauksia. (Sarajärvi & Tuomi 2002, 77.) Vastajaat saavat avoimien kysymysten kautta mahdollisuuden kertoa ne asiat, jotka heillä todella on mielessään (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 201). Käyttämässäni haastattelulomakkeessa (Liite 1) oli kaksi puolistrukturoitua kysymystä alakohtineen: 1. Millaiseksi koette nykyisen palvelun Akuuttiklinikalla? 2. Mitä toiveita Teillä on palvelun kehittämiseksi? Molempien kysymysten alakohtina olivat Akuuttiklinikan osa-alueet: puhelinneuvonta, ilmoittautuminen, hoitajan vastaanotto, lääkärin vastaanotto, tutkimukset, Akuuttiklinikan henkilökunta, Akuuttiklinikan ympäristö ja viihtyisyys, toimenpiteistä tiedottaminen sekä jatkohoidon järjestäminen ja kotiutus. Haastattelun kysymykset muo-

dostivat palvelupolun kokonaisuuden, joka alkoi potilaan ensimmäisestä yhteydenotosta Akuuttiklinikkaan ja päättyi kotiutumiseen tai jatkohoitopaikkaan siirtymiseen.

#### 4.3 Aineiston keruu

Tutkimusaineiston keruussa on kerrottava aineiston tuottamisen olosuhteet selvästi ja totuudenmukaisesti kuten esimerkiksi aineiston keruun olosuhteet ja paikat sekä haastatteluihin käytetty aika (Hirsjärvi 2009, 232). Kokosin opinnäytetyön aineiston haastattelemalla 14:ää Akuuttiklinikan potilasta maaliskuussa 2016. Aineiston keruun suoritin neljän päivän aikana, ja kokonaismääräksi haastatteluja kertyi yhdeksän tuntia ja 10 minuuttia. Aineiston keruuta voi säädellä tilanteen edellyttämällä tavalla sekä vastaajia myötäillen (Hirsjärvi ym. 2009, 205). Jos potilas oli omassa potilashuoneessa tai esimerkiksi tarkkailun vuodepaikalla, suoritin haastattelun siellä. Odotustilassa olleet potilaat pyysin erilliseen huoneeseen haastattelun ajaksi. Näin turvasin potilaan yksityisyyttä haastatteluiden aikana.

Tutkijan velvollisuuteen kuuluu tiedonantajien suojaaminen. Tekstistä ei saa tunnistaa tiedonantajia eikä myöskään heidän kuvauksiaan. Jos haastateltavia ei ole paljoa, se tekee tilanteen haastavaksi. Herkät ja henkilökohtaiset tutkimusteemat vaikuttavat myös tilanteen haasteellisuuteen. (Olsson 2005 286.) Pyrkimyksenä oli luoda mahdollisimman luottamuksellinen ilmapiiri. Haastattelut tehtiin täysin anonymisti, jolloin ylös kirjattiin vain haastattelun järjestysnumero (H1, H2...). Haastatteluiden aikana kirjasin vastauksia lomakkeeseen ja myös nauhoitin jokaisen haastattelun. Ennen haastattelun alkua pyysin potilaalta luvan nauhoittaa haastattelu.

Aineistoa kerätään siihen saakka, kunnes uudet tapaukset tuottavat uutta informaatiota (Inspirans 2016). Tutkija kerää aineistoa ilman, että päättää etukäteen, montako tapausta hän aikoo tutkia (Hirsjärvi ym. 2009, 182). Saturatio eli kyläntyminen on yksi tapa ratkaista aineiston riittävyys (Sarajärvi & Tuomi 2002, 89). Saturatio eli se, että vastaukset alkavat toistaa itseään eikä uusi haastattel-

tava tuo enää mitään uutta, saavutetaan tiedonkeruun ja analyysivaiheen jatkuvalla vuorovaikutuksella. Kerättyä tietoa analysoidaan koko ajan laadullisessa tutkimuksessa, jotta tiedetään, milloin tiedonkeruu on riittävää. (Kananen 2010, 54.) Haastatteluiden määräksi tuli 14 sen vuoksi, että vastaukset alkoivat olla samantaisia, eikä niissä enää ilmennyt mitään uutta.

#### 4.4 Induktiivinen sisällönanalyysi

Laadullisessa analyysissä aineisto ja tutkimusongelma ovat tiiviissä vuoropuhe- lussa keskenään (Hyvärinen, Nikander & Ruusuvuori 2010, 13). Analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko kerätystä aineistosta on tutkimuksen ydinasia ja siihen tähdätään jo tutkimusta aloitettaessa. Tutkijalle selviää analyysivaiheessa, millaisia vastauksia hän saa ongelmiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 221.) Suoritin haastatteluiden analyysin kahdessa osassa. Analyysin ensimmäinen vaihe oli haastattelujen lit- teroiminen. Jätin litteroinnin ulkopuolelle ne haastatteluissa tulleet seikat, jotka eivät liittyneet tutkimaani aiheeseen. Seuraavaksi yhdistin vastaukset haastatte- luiden osa-alueiden mukaan (puhelinneuvonta, ilmoittautuminen...).

Litteroinnin voi tehdä joko kerätystä aineistosta tai valikoiden vaikka teema-alu- eiden mukaisesti. Tavallisempaa on litteroida aineisto kuin tehdä päätelmiä suo- raan nauhoista. (Hirsjärvi ym. 2009, 222.) Litterointia kutsutaan myös koodaa- miseksi. Koodimerkit ovat sisään kirjoitettuja muistiinpanoja, ja ne jäsentävät sitä, mitä aineistossa käsitellään. Lisäksi koodimerkit toimivat tekstin kuvailun apuvä- lineenä sekä aineiston jäsenyyksen testausvälineenä. Koodimerkkien avulla voi- daan etsiä ja tarkastaa tekstin eri kohtia. (Sarajärvi & Tuomi 2002, 95.) Aineistoon tutustumisessa litterointi on olennainen osa (Hyvärinen ym. 2011, 13).

Aineiston analyysi voi alkaa jo haastattelutilanteessa. Syntyneistä havainnoista voi tyyppitellä tai hahmotella malleja. Analyysin lopullinen tavoite ei ole luokittelu ja aineiston koodaaminen muodostettuihin luokkiin, sillä ne ovat analyysin raken- tamisen välivaiheita. Tarkoituksena on löytää säännönmukaisuuksia tai saman- kaltaisuuksia luokkien esiintymisen välille. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 149.) Aineis- tolähtöisiä pelkistettyjä ilmauksia listataan ja yhdistellään yläkäsitteitä (Hyvärinen ym. 2011, 19). Tuloksista pyritään laatimaan synteesejä, sillä tulosten analysointi

ei kerro riittävästi tutkimuksen tuloksia. Pääseikat kootaan yhteen antaen vastaukset asetettuihin ongelmiin. Keskeistä on luokittelujen tekeminen eli myös alkujuuret luokittelun syntymiseen ja luokittelujen perusteet tulee kertoa (Hirsjärvi ym. 2009, 230-232). Sisällönanalyysia voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä perusanalyysimenetelmänä. Sisällönanalyysia voi pitää sekä yksittäisenä metodina että väljänä teoreettisena kehyksenä, ja se voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. (Sarajärvi & Tuomi 2002, 93.)

Opinnäytetyöni sisällönanalyysissä käytin induktiivista lähestymistapaa, joka tarkoittaa Sarajärven ja Tuomen (2002, 95) mukaan päättelyn logiikkaa yksittäisestä yleiseen. Keskeistä induktiivisessa päättelyssä on aineistolähteisyys (Hirsjärvi & Hurme 2004, 136). Induktiivista analyysia käyttäessä tutkija pyrkii paljastamaan odottamattomia seikkoja. Lähtökohtana on aineiston monitahoinen ja yksityiskohmainen tarkastelu. Tutkija ei määrää sitä, mikä on tärkeää. (Hirsjärvi ym. 2009, 164.) Induktiivisen aineiston analyysin kolmivaiheiseen prosessiin kuuluu aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen (Sarajärvi & Tuomi 2002, 110).

Analyysin toisessa vaiheessa aloitin tekstien redusoinnin eli pelkistämisen. Kirjoitin haastatteluista ylös alkuperäisilmaisuja, joiden kautta selvitin, mitkä seikat nousivat keskeisiksi muutostarpeiden kohteiksi, mitkä seikat haastateltavat kokivat hyväksi, ja millaisia kokemuksia heillä ylipäänsä oli. Seuraavaksi muodostin pelkistetyt ilmaukset, joita tutkimalla ja analysoimalla muodostin ala-, ylä- ja pääluokat. Yläluokista muodostui ne kolme pääluokkaa, jotka potilaat kokivat merkityksellisimmiksi asioidessaan Akuuttiklinikalla. Nämä luokat osoittavat keskeisimmät ja tärkeimmät asiakastyytyväisyyteen liittyvät tekijät, joita ovat asiakaslähtöisyyden toteutuminen, potilaan ja henkilökunnan välinen avoin ja toimiva vuorovaikutus sekä turvallisen hoidon kokemus.

## 5 TULOKSET

### 5.1 Asiakaslähtöisyyden toteutuminen

Potilaat kokevat asiakaslähtöisyyden merkittävänä osana hoitopolkua, koska sillä on suuri merkitys sairastumisen kokemukseen, hoitoon hakeutumiseen ja riittävän avun saamisen tunteen syntymiseen (Liite 2). Akuuttiklinikan hoitopolku alkaa puhelinneuvonnasta, jossa hoitaja tekee yhdessä potilaan kanssa hoidon tarpeen arvioinnin. Potilaat toivovat enemmän ystävällisyyttä ja läheisempää asiakaspalvelua soittaessaan puhelinneuvontaan. *”Se vähän riippuu, kuka sielä on puhelimen toisessa päässä. Minusta se on vähän, että kuka siellä on, minkälaista apua saa. Ei ole koskaan ollu töykeää. Mutta niinkö välillä jää ihmetyttään, että miten käy sen puhelun jälkeen.”* Miellyttävämpää on myös saada suora yhteys hoitajaan kuin jättää viesti. Takaisinsoitto on tärkeää, eivätkä potilaat koe, että yhteydenottoa joutuu odottamaan liian pitkään. Osa potilaista kokee olevansa vaivaksi ja soittavansa turhaan keskustelun ja niiden vastausten perusteella, mitkä hoitajalta saa.

*”Selkeät ohjeistukset pitää olla, että niinkö kaikille sama käytäntö. Että on tietty sairaus ja sitte tietty se ohjeistus, mitä tehdään.”*

Akuuttiklinikalle tullessa hämmennystä aiheuttavat epäselvät ohjeistukset ilmoittautumispaikasta ja itse ilmoittautumisesta. Seinillä on liikaa opasteita, joissa osassa on niin paljon tekstiä, ettei niitä jaksaa lukea loppuun saakka. *”Ihminen on kyllästynyt kaikenlaisiin teksteihin. Ei halua välttämättä kaikkea huomata. Ainoa minkä vois siihen lasioveen laittaa: Ilmoittautuminen tärkeää. Sillon se mennee, ku näyttää nuolella, sillon ne säikähtää, että hei.”* Ilmoittautumisen jonotuskäytävä koetaan ahtaaksi ja liian syrjässä olevaksi, jonne ei pääse, jos tulee sisään etuoven kautta. Toisaalta osa potilaista kokee rajattujen kulkumahdollisuuksien tuovan turvallisuutta, koska se estää ylimääräisten ja ulkopuolisten henkilöiden turhaa liikkumista Akuuttiklinikan tiloissa. Varsinainen jonotusaika ja ilmoittautumiseen pääsy koetaan lyhyeksi. Ilmoittautuminen tapahtuu erillisessä huoneessa, joka lisää yksityisyyden tunnetta. Tämän vuoksi omista asioista ja sen hetkisestä terveydellisestä ongelmasta on helpompi sekä luontevampi kertoa.

Osa potilaista tuntee tulleen kuulluksi, mutta osalla on epämiellyttäviä kokemuksia triage-hoitajan tekemästä esihaastattelusta. Osa kokee myös saaneensa väärän kiireellisyysluokituksen ja ettei häntä kuunnella riittävästi.

*”Asiallisiahan ne saa olla, mutta tuota siinä tulee semmonen tunne heti, että:” Me ollaan täällä töissä, mitä sää täällä! Mitä sää niinku suurin piirtein tänne tuut! Me tehdään täällä töitä, kerro nyt syntymäaika ja sosiaaliturvatunnus ja mitä varten oot!” Semmonen vähän niinkö vihanen... ilme.”*

Ympäristö ja viihtyisyys ovat myös merkittävä osa asiakaslähtöisyyttä. Välikössä, salissa ja tarkkailussa vuodepotilaat kaipaavat rauhallisuutta, enemmän yksityisyyttä ja mahdollisimman melutonta ympäristöä. *”Tälle vois kyllä tehdä jotaki tälle, ovet paukkuu. Täällä on paljon vilinää ja tämmöstä liikettä. Täsäkinkö makkaa ja yrittää nukkua, niin aina kolina käy.”* Hoitajan tekemä tulohaastattelu ja lääkärin tekemä tutkimus sekä haastattelu tuntuvat epämukavalta, jos tilassa on paljon muita potilaita ja heidän omaisiaan. Omien asioiden ja tilan kertominen on epämiellyttävää, koska he tietävät, että sen kuulevat kaikki muutkin huoneessa olijat. *”Ehkä se joskus vaan ois mukava, ettei koko kylän tarvi heti tietää, että missä mennään...”* Välikössä, huoneissa ja salissa olevat potilaat kaipaavat myös enemmän hoitajien läsnäoloa, mutta tarkkailussa olevat potilaat ovat tyytyväisiä hoitajan lähes jatkuvaan läsnäoloon. Sängyt koetaan huonoiksi istua ja maata, jos potilaat ovat vastaanotolla pidemmän aikaa.

*”Vihreät verhot, hirveät sängyt samoin ku tyynyt ja hyllyt. Meinasin ottaa oman tyynyn ja peiton mukkaan, mutta en kehannu raahata.”*

Osa potilaista pitää hyvänä sitä, että Akuuttiklinikka on laitosmainen ja sairaalomainen. *”Mulle riittää Aku Ankka.”* Samalla he hyväksyvät monet viihtyisyyteen vaikuttavat seikat sellaisenaan, koska käyntiensä aikana tottuvat ympäristöön ja sen olemukseen. *”Asiallinen ympäristö.”* Osalla on oletamus, että vaikka epäkohdista tai toiveista puhuu ääneen, ei sillä ole merkitystä ja vaikutusta asiaan. Puutteelliseksi katsotaan myös se, ettei Akuuttiklinikalla ole kahvi-, juoma- tai välipala-automaattia. Jos potilas tulee vastaanotolle yksin, hän saattaa olla syömättä ja juomatta pitkiäkin aikoja. Potilaat eivät uskalla lähteä asioimaan kahviin, koska pelkäävät että lääkäri kutsuu heidät sisään juuri silloin kun ovat poissa. Myös vesipiste koetaan epämiellyttäväksi ja epähygieniseksi.

*”Moni on kyllästynyt siihen vesihommaan. Ne hakkee vessasta juotavaa.”*

Odotustilassa istuvat potilaat kiinnittävät huomiota myös hygieniaan. Käsidesinfektioaine katsotaan tarpeelliseksi odotustilassa. *”Siis tuossa isossa odotustilassa ei oo käsidesiä. Toki määhän ymmärrän sen, että joku saattaa viiä sen. Kaikki räkkii ja kaikilla on eri vaivat. Hyi, en minä halua mitään tauteja.”* Odotuksessa käy monia potilaita erilaisine vaivoineen, ja osa on huolestunut penkkien kunnosta ja niiden päällisistä, koska pelkäävät saavansa tartuntoja niiden kautta. Lisäksi penkit ovat epämiellyttäviä istua varsinkin, jos jonotusaika vastaanotolle on pitkä. Istuminen aiheuttaa muun muassa alaselkäkipuja. Lapsille oleva leikkipaikka koetaan tärkeää, mutta sen toivotaan olevan siistimpi. Leikkipaikan olemassaolon ajatellaan vievän lapsen ajatukset pois omasta sairaudestaan ja jaksamaan vastaanotolle pääsyn odottamista. Osa potilaista pitää Akuuttiklinikan kokonaisuutta värittömänä ja toivoo selkeitä muutoksia kokonaisuuteen. Osa puolestaan on tyytyväinen kokonaisuuteen juuri värittömyyden ja tavallisuuden vuoksi, koska heidän mielestään sellaista tulee sairaalaloissa ollakin.

*”Vähän värikkäämpää, että voisi unohtaa olevansa sairaalassa.”*

## 5.2 Potilaan ja henkilökunnan välinen avoin ja toimiva vuorovaikutus

Potilaan ja henkilökunnan välinen vuorovaikutus ja heidän kohtaamisensa määrittelee hyvin pitkälle sen, millaiseksi potilas kokee saamansa hoidon (Liite 3). Kokemukset ja niistä syntyneet mielipiteet juurtuvat vahvasti potilaiden ajatusmaailmaan. Yksittäinenkin potilaan kokema negatiivinen tunne jää heille mieleen, ja osalle potilaille syntyy vahva, pysyvä mielipide sekä ennakoasenne henkilökuntaa kohtaan. *”Lasiseinän takana on puolikymmentä hoitajaa, seitsemänki hoitajaa, ja mie istun siinä lasiluukun tällä puolen, ja kukaan ei korviansa lotkauta. Että olis niinkö ilimaa siinä... Se on niin, se on niin NOLOA... Pitäskö nämän lähtiä opintomatalle sinne Ouluun kattomaan, miten potilaita käsitellään.”* Vahva ennakoasenne tulee myös positiivisista kokemuksista. Jos potilas kokee saavansa hyvää hoitoa ja palvelua, hän muistaa sen asioidessaan seuraavillakin kerroilla. Usea potilas ei valita kokemastaan epäasiallisesta käyttäytymisestä tai



kohtelusta eteenpäin ylemmälle taholle, vaikka haluaa, koska pelkää sen kostautuvan itselleen seuraavalla kerralla asioidessaan Akuuttiklinikalla.

*”...KOSKA, KOSKA, minä tiän että ihminen on pikkusielunen, jostain syystä selviää että tuohan ... se kyllä kostaa. Valitettavasti. Kyllähän se valtaosa ihmisistä pelkää sitä, että se kostautuu.”*

Haasteluissa tulee hyvin ilmi potilaiden havaitsema hoitajien kiireinen työ, joka vaikuttaa potilaiden mielestä heidän huomioimiseensa. He ovat useitakin tunteja yksin ilman, että kukaan käy katsomassa ja kysymässä vointia. *”Kun sää menit tuonne yhteen potilashuoneeseen, niin sinut unohettiin sinne, eikä kukaan käynyt kattoon. Se oli aivan järkytys. Teki mieli räjähtää niille. Ja minä räjähinkin.”* Osa potilaista ajattelee olevansa vaivaksi ja häiriöksi, jos kutsuu hoitajaa. Hoitajien kiireen aiheuttama väsymys heijastuu potilaiden mukaan hoitotyöhön ja vuorovaikutukseen. *”Henkilökunnalle määrättyssä ajassa tulee se väsymys, ja se väsymystilahan heijastuu välittömästi tähän kanssakäymiseen asiakkaan kanssa. Sillehän ei periaatteessa voi tehdä mitään. Ainoa vaan että palveluammattin myötä hillitsemään itensä.”* Potilaiden vastauksista tulee kuitenkin esille myös sympatiaa hoitajia kohtaan.

*”Ei voi moittia. Ne tekkee varmasti. Täälähän saa oottaa kauan, ja se ei oo varmasti henkilökunnasta riippuvaista.”*

Lähes jokaisella potilaalla on useita käyntejä Akuuttiklinikalla. Usealla on pelkäänsä positiivisia kokemuksia henkilökunnasta ja etenkin hoitajista. He saavat juuri sen avun mitä tarvitsevat ja ovat kiitollisia saamastaan kohtelusta. Ystävällinen ja huomioiva ilmapiiri auttaa jaksamaan ja lieventää sairastumisen aiheuttamaa pelkoa. *”Ei voi kyllä moittia. Kun äiti tuli tänne ja joutu osastolle, niin kyllä hoitajat kuunteli ja pietti hyvää. Äiti sanoi että oli niin ihania hoitajia.”* Vaikka odotusaika on ajoittain pitkä, hoitajien ystävällisyys, kunnioittava suhtautuminen potilasta kohtaan, kuunteleminen ja kokonaisvaltainen läsnäolo tekevät potilaisiin suuren positiivisen vaikutuksen. *”Minun näissä parissa tapauksessa niin hyvin on käytäytynyt ja hyvin on suhtautunut. On ollu semmonen olo, että kunnioitetaan ja arvostetaan.”* Nämä potilaat arvostavat hoitajien työtä, vaikka eivät välttämättä sanokaan sitä ääneen. Potilaat kokevat turvallisuutta, joka juuri sillä hetkellä on

heille merkityksellistä. Turvallisuuden tunne on tärkeää etenkin iäkkäämmille potilaille.

*”Nää hoitajat on ihania. Ei oo kyllä pahaa sanottavaa. On empaattisia ja ajattelevaisia. Ei ole elämäänsä kyllästyneitä, niitäkin on, silloin tällöin, josakin. Mutta täällä on kyllä mukavaa.”*

### 5.3 Turvallisen hoidon kokemus

Jonotusajat koetaan pitkiksi, ja pisimmillään odotusaika on ollut kahdeksan tuntia. Tämä vaikuttaa turvallisen hoidon kokemukseen (Liite 4). Lääkäreitä koetaan olevan liian vähän, minkä seurauksena heidän kiireensä venyttää jonotusaikoja, eikä lääkäreillä ollut myöskään tarpeeksi aikaa yksittäiselle potilaalle. *”Tuntee itsensä, että lääkäri ajattelee, että kyllä se tuolle muorille passaa tai paranee, että antaa muutaman Panadolin.”* Eniten positiivisia kokemuksia on nuorista lääkäreistä, joita osa potilaista toivoo lisää Akuuttiklinikalle. Osa potilaista kertoo kokeensa, ettei lääkäri kuuntele heitä riittävästi ja tuntevat näin jääneensä ilman riittävää hoitoa ja tutkimuksia. *”Lääkäri tutki ja tutki, eikä se mitään löytänyt. Niin se sano että sinun ei olis tarvinnu tulla kyllä ollenkaan. Eihän se oo normaalia. Vaikkei sanois mitään, jos ei halua. Tuli semmonen tunne, että turha reissu ja että tekkee mitä tahtoo.”* Keskustelu lääkäreiden kanssa tuntuu joskus epäselvältä ja vaikealta, koska potilaat eivät ymmärrä täysin, mitä lääkäri tarkoittaa ja sanoo. Tämä aiheuttaa potilaalle hämmennystä ja epätietoisuutta omasta tilanteestaan. Osa potilaista selvittää tilanteen tekemällä itse tarkentavia kysymyksiä, joihin lääkäri vastaa selvästi ja ymmärrettävästi.

*”Minä heti aloin kysymään, että jäi vähän niinku epäselväksi. Niin kyllä se selevitti ihan sitte.”*

Potilaat ovat melko tyytyväisiä tutkimusten tekemiseen. Tutkimuksiin pääsee nopeasti, ja ne suoritetaan hyvin sekä jouhevasti. Potilaat mainitsevat hyvinä kokemuksina etenkin röntgentutkimukset ja niihin pääsyn sekä laboratoriokokeiden ottamisen sujuvuuden. *”Näytteenotot ja röntgenit, kaikki, otetaan hyvin. Ei tarvitse kauaa odottaa.”* Potilaat pitivät mielekkäänä sitä, että verikokeita otetaan Akuuttiklinikalla, eikä heidän tarvitse kipeinä ja sairaina lähteä laboratorioon. Osa potilaista toivoo selkeitä ohjeita röntgenin ja laboratorion löytämiseen. *”Pitäisi olla*

*opastukset röntgeniin ja labraan, koska ne selkeyttävät reittejä huomattavasti. Värilliset teipit lattiaan, jotka ohjaavat labraan ja röntgeniin.”* Merkittävää perussairautta sairastavat potilaat ovat tyytyväisiä siihen, että he pääsevät nopeasti ja riittäviin tutkimuksiin ja näin tuntevat saavansa arvostusta ja kunnioitusta.

*”Kyllä on ollut nopeaa. On nyt vaikea sanoa mitään negatiivista.”*

Osa potilaista kertoo joutuneensa odottamaan pitkään tutkimuksiin pääsyä. *”...mutta tuota turhan hitaasti on menny näitten hoitojen kans. Se on jossakin tässä järjestelmässä joku juttu, että tuota, ei oo menny niin nopeaa kuin ois pitäny minun mielestä. Minähän se olen joka odottaa.”* Osa ei saa heti vastauksia ja tuloksia, koska kyseessä on vakavan sairauden epäily ja selvittäminen. Tämä aiheuttaa pelkoa, ja odottaminen tuntuu jo etukäteen raskaalta. Potilaat kokevat pääasiassa tyytyväisyyttä toimenpiteistä tiedottamiseen, mutta siinä on myös puutteita. *”Minusta se pitäis niinkö sanoa heti, että sinusta on plv, että sen vois antaa heti, ettei käy niin että on jo kerenny käydä vessassa. Ja sitte sitä joutuu oottaan.”* Tulevista tutkimuksista ja toimenpiteistä kertominen sekä niiden selittäminen vaihtelevat. Epätietoisuutta aiheuttaa esimerkiksi se, pitääkö olla ravinnotta. Joinakin käyntikertoina potilaat saavat riittävää tietoa, mutta joskus tiedonkulku katkeaa. Osa potilaista kokee, että tiedonkulku katkeaa hoitajan ja potilaan välillä, kun se toimii vielä lääkärin ja hoitajan välillä. Potilaille on myös kokemuksia epätietoisuudesta, koska heille ei kerrota kokeiden tuloksia selkeästi.

*”Yleensä potilas kun tulee, se haluaa kuulla sen itekki, kun otetaan ja sanotaan vaan, että se ei ole hirveän koholla. Jos ei ole hirveästi koholla, niin minkä verran se on koholla? Jos on pientä lämpöä, niin mikä se on se pieni lämpö?”*

Monissa potilaissa suurinta epätietoisuutta aiheuttaa vastaanoton jälkeen se, voivatko he kotiutua. *”Nämä on semmosia, joista jääpi se, useasti jää niinkö epäselväksi voiko ees lähteä kotiin. Ilmotus siitä kotiinlähdön mahdollisuudesta tulee vähän niinkö nurkan takkaa...”* Potilaille ei tiedoteta riittävän selkeästi, eikä heille ole selvyttä tulevista mahdollisista kontroleista eikä siitä, milloin heidän tulee hakeutua uudelleen vastaanotolle. Myös osastohoitoon siirtyvillä ei ole selkeää

tietoa jatkohoitosuunnitelmista. Osa potilaista puolestaan kokee saadut tiedot riittäviksi ja ovat tyytyväisiä vastaanoton kokonaisuuteen. *”On ollut selkeää. Jos oireet häviävät, ei kysellä perään. Tulee kertoa mistä mikäkin johtuu tietty oire tai vaiva. Miten jatkohoito järjestyy, jos löytyy jotakin.”* Esille tulee myös se, ettei potilaan kotiin aina ilmoiteta potilaan jäämisestä hoitoon, vaikka hoitaja ottaa potilaalta puhelinnumeron ja lupaa hoitaa omaisille ilmoittamisen. Tämä aiheuttaa epäluottamusta hoitajia kohtaan.

*”Niin kotia ei ilmoitettu. En tiä onko sekin sitten parantunu, kun ei ollu mitään tietoa ollenkaan. Sanoin siellä, annoin puhelinnumeron ja kaikki, niin ei ollu kotia tullu ilmoitusta mitään. Vaimo sitten aamulla soittaa tänne, että missä se on, kun ei oo näkyny eikä oo kuulunu mitään. Mulla vielä puhelin jäi kotia silloin.”*

## 6 POHDINTA

### 6.1 Keskeiset tulokset

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan asiakaslähtöisyys on merkittävä osa palvelupolkua. Ennakoasenne päivystystä ja sen palveluja kohtaan syntyy jo ensimmäisen yhteydenoton aikana. Palvelupolku alkaa puhelinneuvonnasta, jossa potilaalle tehdään hoidon tarpeen arviointi. Potilaat kokevat tärkeäksi hoitajan taikaisin soittamisen ja ystävällisen kohtelun. Samaan tulokseen on tutkimuksessaan päätenyt myös Ahonen ym. (2011, 11) toteamalla, että asiakkaan kokemukset, jotka liittyvät yksilöllisen tarpeen ja saadun palveluun laatuun, ovat asiakkaan näkökulma palvelun vastaamiseen. Tätä tukee myös Hilander-Sihvosen ja Kivisen (1997, 30) päätelmä, että toimipisteeseen hakeutumiseen vaikuttavat ennakkokäsitys ja ensimmäinen yhteydenotto. Hoidon tarpeen arviointiin voidaan käyttää turvallisesti puhelinohjausta. Joissakin tapauksissa vastaanottokäyntejä voidaan korvata tai hoitoa täydentää puhelinohjauksen avulla, toteavat Kyngäs ym. (2012, 217) ja viittaavat samalla Greenbergin (2009) tutkimukseen, jossa puhelinohjaus luokitellaan yksilölliseksi ja vuorovaikutteiseksi sekä tavoitteelliseksi hoitosuhteeksi.

Tämän opinnäytetyön tuloksissa tulee myös ilmi, että potilaat eivät aina koe tulevansa kuulluksi, koska hoitajat antavat epäselviä vastauksia ja neuvoja puhelinneuvonnassa. Tämä aiheuttaa epävarmuutta ja potilaat kokevat välillä soittavansa turhaan. Tätä tukee Kynkään ym. (2012, 222-223) tutkimustulos, jonka mukaan asiakaslähtöisyys ilmenee reaktiivisen puhelinohjauspalvelun saatavuudessa, yksilöllisyyden huomioinnissa, asiakkaan aktiivisessa osallistumisessa, asiakkaan selviytymistä vahvistavana ja hoidon jatkuvuuden turvaamisessa. Potilaan luottamus syntyy, kun hänen vastaanottamansa ohjaus on yksilöllistä sekä taustatekijät huomioivaa, jatkuvaa ja saatavilla olevaa. Jotta hoitaja kykenee luomaan laadukkaan ohjaustilanteen ja hoitosuunnitelman, tulee hänen kyetä tunnistamaan potilaan arvoperusta ja luomaan helposti lähestyttävä ja empaattinen ilmapiiri ohjaukseen. Samaan tulokseen on päätenyt Kaakinen ym. (2012, 100, 111), jotka viittaavat tutkimuksessaan myös Valaniksen (2007), Derkxin (2007) ja Moscaton (2007) saamiin tuloksiin siitä, että potilaita auttaa ohjeiden ymmärtä-

misessä positiiviset neuvonnan kokemukset. Samalla he myös sitoutuvat annettuihin ohjeisiin paremmin. Potilastyytyväisyys liittyy selvästi hoitajien rooliin ja erityisesti ensimmäiseen kontaktiin potilaiden sairaalan palveluiden kanssa, toteavat tutkimuksessaan Barakatti, Dionisi, Mecheroni, Messina & Vencia (2014). Jainin ym. (2013) tutkimuksessa ensimmäisen yhteydenoton ensisijaisin oire on kipu. Osa valituksista koskee perusoireita kuten kuume, pahoinvointi, kylmyys, päänsärky ja vähäiset vammat, kun taas osa valittaa ruoansulatuskanavien oireista. Yli puolella on kipuja alussa ja osa arvioi oireidensa riittävän akuuteiksi soittaakseen hätäkeskukseen.

Tämän opinnäytetyön tuloksissa esille nousevat epäselvät ohjeistukset, jotka vaikeuttavat ilmoittautumispaikan löytämistä ja itse ilmoittautumista. Opasteiden runsaat tekstit aiheuttavat sen, etteivät potilaat jaksakaan lukea niitä loppuun saakka menettäen näin tärkeää informaatiota. Epäselvät ohjeistukset aiheuttavat myös turhautumista. Samaan tulokseen on päätynyt Laakkonen (2004, 82) todeten, että asiakaslähtöisyyden toteutumisen kokemukseen vaikuttavat epäselvät ohjeistukset sekä Hilander-Sihvonen ja Kivinen (1997, 77) toteamalla, että parannuksia halutaan myös toimintaohjeisiin ja opasteisiin. Potilaiden tyytyväisyys terveydenhuoltoon kohtaan on tärkeää, toteavat Marco ja Parker (2014). Korkeammalla potilastyytyväisyydellä voi olla vaikutusta seuraavaan käyntiin ja tyytymättömyyttä aiheuttaneiden kokemusten mahdolliseen korvaamiseen, toteavat Hilander-Sihvonen ja Kivinen (1997, 30) ja havaitsevat tutkimuksessaan myös sen, että palvelun käyttöön liittyy negatiivisia tunnelatauksia ja palvelukokonaisuus voi tuntua huonommalta, jos ennakkokäsitys on kielteinen. Potilas voi ”antaa anteeksi” pieniä puutteita esimerkiksi tekniseen tai toiminnalliseen laatuun liittyen, jos imago ja ennakkokäsitys ovat hyvät.

Tämän opinnäytetyön tuloksissa ilmoittautuminen koetaan tärkeäksi osa-alueeksi palvelupolussa. Yksityisyyden tunnetta lisää erillinen ilmoittautumishuone, jolloin potilaalla on helpompi kertoa asioistaan ja terveydellisistä ongelmistaan. Triage-hoitajan suhtautuminen potilaaseen ja kuunteleminen ovat merkityksellisiä asioita, jotka vaikuttavat suuresti potilastyytyväisyyteen. Samaan tulokseen on päätynyt myös Laakkonen (2004, 82), joka yhdistää oman tutkimustuloksensa viittaamalla muun muassa Nykäsen (2002) tutkimukseen toteamalla, että aihe

jonka potilaat ottavat toistuvasti esiin on yksityisyyden huomioiminen esimerkiksi tilaratkaisuissa. Hilander-Sihvonen ja Kivinen (1997, 32) ovat todenneet omassa tutkimuksessaan, että ilmoittautumis- ja vastaanottotilanteissa koetaan puutteita liittyen yksityisyyteen ja intymiteettisuojaan. Potilaan yksityisyys tulee turvata näissä tilanteissa. Lääkäriin, hoitohenkilökunnan ja omaisten kanssa tulee kunnioittaa yksityisyyttä erityisesti silloin, kun potilasta ohjataan hänen sairauteensa liittyen.

Potilaan kuulluksi tuleminen on tärkeää etenkin vastaanottotilanteessa. Tähän tulokseen on tullut myös Mikkola (2006, 175), joka toteaa lisäksi, että potilaan yksilöllisyyden kokemukseen liittyy hänen odotusten, tarpeiden ja toimintakyvyn huomioiminen. Hoitaja tarjoaa apuaan ja osoittaa huolenpitoaan, mutta välttää kuitenkin paapomasta liikaa. Luottamuksen ja turvallisuuden tunne herää silloin, kun hoitaja osoittaa ammattitaitoaan perehtymällä potilaan asioihin. Palvelu- tai hoitotapahtumassa itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa, koska palvelutapahtumassa potilas on yksilö. Tämä kiteytyykin Ahosen ym. (2011, 20-21) tutkimuksessa peruslähtökohdaksi asiakaslähtöisessä palvelussa. Ihmisarvoon liittyy vahvasti itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen tarkoittaen sitä, että potilaan mielipide tulee huomioida sen mukaan, mitä hän kykenee elämäntilanteessa välittämään. Potilaiden positiivinen tunne vastaamisesta tarpeisiinsa lisääntyy, kun palvelut ovat joustavia ja niitä sovitetaan yksilöllisiin tarpeisiin. Tätä kautta potilaan motivaatio ja sitoutuminen hoitoprosessiin ja sen onnistumiseen lisääntyy.

Tämän opinnäytetyön tuloksissa esille nousee myös potilaiden kokemukset ympäristöstä ja viihtyisyydestä. Laitosmaisuus ja sairaalamaisuus vähentävät viihtyisyyttä, mutta niistä palautteen antamisella ei uskota olevan merkitystä ja vaikutusta asiaan. Osa puolestaan pitää laitosmaisuuksia hyvänä ja ovat tottuneet värittömään yleisilmeeseen. Laakkonen (2004, 82) on havainnut omassa tutkimuksessaan saman tuloksen, että asiakaslähtöisyyden toteutumisen kokemukseen ja palvelun laatuun vaikuttavat potilas- ja odotustilojen ympäristö ja viihtyisyys. Hilander-Sihvosen ja Kivisen (1997, 31,77) tutkimuksessa ilmenee, että potilaat toivovat parannuksia laitoksen tunnelman vähentämiseksi esimerkiksi viherkasvien ja kukkien avulla. Hiidenhovi (2001, 73) toteaaakin hoitoympäristön mukavuuden ja viihtyisyyden kuuluvan osana palvelun sisältöön ja viittaa samalla

Jonsdottirin ja Baldursdottirin (1998) tutkimuksessa esitettyyn tulokseen, että odotustilanteessa kirjallinen materiaali on joillekin potilaille tärkein sosiaalinen tuki, koska se vähentää odottamisen vaikeutta. Tämän opinnäytetyön tuloksissa viihtyvyyttä vähentäväksi tekijäksi ilmenee myös kahvi-, juoma- ja välipala-automaatin puuttuminen. Samaan tulokseen ovat päätyneet tutkimuksissaan myös Jain ym. (2013) ja Hilander-Sihvonen ja Kivinen (1997, 31). Lisäksi fyysiseen ympäristön viihtyvyyteen luokitellaan kuuluvaksi esimerkiksi huonetilat, henkilökunnan ulkoasu, muut asiakkaat, työvälineet ja tarvikkeet (Hilander-Sihvonen & Kivinen (1997, 31) sekä yksityisyys, hiljaisuus ja siisteys (Jain ym. 2013; Abolfotouh, Alaskar, Al-Assir, Almutair, Alshahran & Hijaz 2016). Tämän opinnäytetyön tuloksissa odotustilan vesipisteen käyttäminen koetaan epähygieeniseksi ja epämiellyttäväksi. Lisäksi potilaat haluavat odotustilaan käsidesinfektioainetta. Aiemmissä tutkimuksissa ei vastaavaa ole tullut ilmi, joten tässä yhteydessä ei ole vertailukohdetta muihin tutkimustuloksiin.

Tämän opinnäytetyön tuloksissa potilaan ja henkilökunnan välinen vuorovaikutus nousee merkittäväksi osa-alueeksi, koska sen kautta potilas määrittelee pitkälti saamansa hoidon. Aiemmillä kokemuksilla on suuri vaikutus potilaan ennakkosenteisiin. Rakentavan palautteen antamista vältellään, koska sen pelätään kostautuvan seuraavilla käyntikerroilla. Sama tulos nousee esille myös Hilander-Sihvosen ja Kivisen (1997, 17) tutkimuksessa, jossa he toteavat, että terveydenhuollon potilasarvioinneissa tutkimukset tulee laatia niin, että ne kuvaavat konkreettisia kokemuksia saaduista palveluista. Potilaat eivät osaa tai halua arvioida kaikkia ulottuvuuksia palvelussa, koska voivat pelätä rangaistuksi tulemista. Mikolan (2006, 180) tutkimuksessa todetaan, että sairaalassa ollessa potilaat kovat reagoivansa herkemmin siihen, miten heitä itseään ja muita potilaita kohdellaan. Suhdetasolla sekä hyväksytyksi että hylätyksi tuleminen tulevat merkityksellisimmiksi. He pahoittavat mielensä herkemmin ja kokevat avuttomuutta siitä, että ovat toisten avun varassa. Suhdetason negatiiviset ilmaukset sekä se, miten aitoa ja vilpitöntä hoitajan ystävällisyys on, tunnistetaan herkästi. Lisäksi Hiidenhovin (2001, 73) tutkimuksessa ilmenee potilaan kohtelun, salassapidon sekä henkilökunnan palvelun liittyvän vuorovaikutuksellisiin taitoihin.



Tämän opinnäytetyön tuloksissa esille nousee potilaiden ja hoitajien vuorovaikutukseen vaikuttava hoitajien kiire. Potilaat kokevat jäävänsä yksin, koska hoitajilla ei ole aikaa keskittyä heihin riittävästi ja käydä tarkastamassa heidän vointiaan. Potilaille herää tunne, etteivät hoitajat välitä ja kiireensä vuoksi ovat epäystävällisiä, eivätkä kiinnitä heihin riittävää huomiota. Samankaltaisia tuloksia löytyy myös Mikkolan (2006, 169) tutkimuksesta. Huolenpidon ja huomioimisen näkökulma liittyy potilaiden mielestä henkilökunnan aloitteellisuuteen, koska se liittyy hoitajan saatavilla oloon sekä hoidon saamisen mahdollisuuteen ja hoidetuksi tulemiseen. Näiden seikkojen avulla potilaat kokevat vuorovaikutuksen syntymistä ja ajan saamista hoitajalta. Hoitajan aloitteellisuus antaa merkityksen siitä, että hoitaja haluaa huolehtia potilaasta. Kotisaari ja Kukkola (2012, 53) puolestaan toteavat, että potilaan ja hoitajan odotukset ja toiveet ovat ristiriitaisia jossain määrin, ja tämä vaikuttaa hyvän lopputuloksen aikaansaamiseen.

Lisäksi Mikkola (2006, 170) toteaa Kotisaarta ja Kukkolaa (2012) mukaillen, että potilas odottaa hoitajalta enemmän aikaa itselleen, mutta hoitaja ei kiireen vuoksi voi paneutua potilaan kokonaistilanteeseen. Matthiessenin, Murrayn, Punin ja Sladen (2015) tutkimuksen mukaan päivystyksessä mahdollisesti ilmeneviin kommunikaatio-ongelmiin liittyvät vivahteet ja keskeytykset, hajanaisuus ja kiire. Aikenin, Clarken, Sloanen, Vaheyn ja Vargasin (2010) tutkimuksesta puolestaan selviää, että potilaat, joita hoidetaan yksiköissä, joissa on riittävästi henkilökuntaa, hyvä hallinnollinen tuki sairaanhoidolle, lääkäreiden ja hoitajien väliset hyvät suhteet, ovat kaksi kertaa muita potilaita todennäköisemmin tyytyväisiä hoitoonsa ja heidän hoitajillaan on huomattavasti vähemmän uupumusta. Garcia-Izquierdon ja Rios-Risquezin (2016) mukaan useissa tutkimuksissa on ilmennyt yhteys potilastyytyväisyyden ja hoitajien stressin sekä väsymyksen välillä. Potilaat havaitsivat väsyneissä hoitajissa myös kyynisyyttä.

Tämän opinnäytetyön tuloksissa nousee esille potilaiden ymmärrys ja sympatia hoitajien kiirettä kohtaan. Potilaat näkevät suuret potilasmäärät ja pitkät potilasjonot havaiten henkilökunnan määrän riittämättömäksi. Vaikka kiire aiheuttaa hoitajissa väsymystä ja ärtyneisyyttä, potilaiden ja hoitajien vuorovaikutus koetaan silti usein hyväksi ja toimivaksi. Kiireestä huolimatta potilaat kaipaavat henkilökunnalta ystävällisyyttä, empaattisuutta, kuuntelemista ja aikaa. Saman kaltaisiin

tuloksiin ovat tulleet tutkimuksessaan myös Hilander-Sihvonen ja Kivinen (1997, 78) toteamalla, että hoitajien kiire vaikuttaa potilaiden mielestä haitallisesti vuorovaikutuksen syntymiseen ja heidän huomioimiseensa. Ystävällinen ja kunnioitava potilaan kohtelu, kuunteleminen ja välittäminen ovat lähtökohta onnistuneeseen vuorovaikutukseen. Vuorovaikutuksessa ja asiakkaiden kohtelussa koetaan eniten puutteita. Tärkeimpiä syitä tyytymättömyyteen ovat kiire, epäystävällisyys ja tyllyys sekä välinpitämättömyys ja se, ettei potilaan asioihin paneuduta riittävästi. Palvelun luotettavuus ja uskottavuus muodostavat toiseksi tärkeimmän osa-alueen. Tyytyväisyyden tunteen aiheuttaa usein henkilökunnan ammattitaito, asiantuntemus ja potilaan odotusten toteutuminen.

Tämän opinnäytetyön tuloksissa nousee esille myös potilaiden positiiviset kokemukset henkilökunnasta ja etenkin hoitajista. Ystävällisellä ja huomioivalla ilmeellä sekä kunnioittavalla suhtautumisella on suuri merkitys jaksamiseen ja sairauden aiheuttaman pelon lievittämiseen. Potilaat kokevat kiitollisuutta samastaan hyvästä kohtelusta. Potilaat pahoittavat mielensä henkilökunnan epäkohteliaasta käytöksestä, ärtyneisyydestä ja kommunikaation puutteesta. Potilaiden tyytymättömyys ja kärsimätön sekä pettynyt olo palveluun heijastuu heidän käyttöksessään hoitajia kohtaan. Tämän on havainnut tutkimuksessaan myös Marco ja Parker (2014), jotka toteavat, että tyytymättömillä potilailla on henkilökunnan kanssa ongelmia viestinnässä. Mikkola (2006, 165) nostaa tutkimuksessaan keskeisiksi tekijöiksi hyvään vuorovaikutukseen ymmärretyksi tulemisen, henkilökohtaisen huomioimisen sekä oikeudenmukaisuuden. Potilaan mielestä potilas-hoitaja vuorovaikutuksen lähtökohta perustuu hänen omiin hyvinvointitavoitteisiinsa. Henkilökunnan aloitteellisuus muodostuu erityisen merkittäväksi. Relationaaliset tekijät vaikuttavat potilaan kokemukseen kuulluksi tulemisesta.

Hilander-Sihvosen ja Kivisen (1997, 25) tutkimuksessa korostetaan myös vuorovaikutukseen liittyen, että potilas ei ole viallinen elin eikä kaavake tai numero vaan ihminen. Ennen kaikkea hyvä palvelu on palvelua ihmiseltä ihmiselle. Ystävällinen kohtelu, asiallisuus ja luotettavuus ovat positiivisimpia arvoja potilaan kohtelussa. Näitä tuloksia mukaillee myös Aiken ym. (2010) todetessaan, että potilastyytyväisyyteen vaikuttavat useat seikat kuten hoitamisen taito, hoidon tekninen laatu, lääkkeellinen hoito, hoidon saatavuus ja hinta, fyysinen ympäristö,

vaikuttavuus, jatkuvuus, henkilökunnan koulutus sekä luottamus heitä kohtaan. Potilastyytyväisyyden yksi tärkeimmistä tekijöistä on tyytyväisyys hoitotyötä kohtaan. Näihin tuloksiin ovat päätyneet myös Zohrevandi & Tajik (2014) ja Abolfotouh ym. (2016).

Tämän opinnäytetyön tuloksissa ilmenee, että turvallisen hoidon kokemukseen vaikuttavat pitkät odotusajat. Samaan tulokseen ovat päätyneet myös Marco ja Parker (2014), Isenberger ym. (2015), Matthiessen ym. (2015), Jain ym. (2013) sekä Hiidenhovi (2001, 80) viitaten samalla Hartin (1995) tutkimustuloksiin. Tämän opinnäytetyön tuloksissa pisin odotusaika lääkärille oli kahdeksan tuntia. Jainin ym. (2013) tutkimuksessa potilaat ilmoittavat pisimmäksi odotusajaksi 5,3 tuntia, jolloin osa potilaista lähtee vastaanotolta ilman tutkimusta. Keskimääräinen hyväksyttävä odotusaika potilaiden mielestä on 3,7 tuntia. Moni potilas haluaa parempaa arviota odotusajasta ja osa haluaa parempaa tietoa odottamisen syistä. Hilander-Sihvosen ja Kivisen (1997, 23) mukaan avun hakemisen esteeksi koetaankin pitkät odotusajat ja se vähentää potilastyytyväisyyttä. Tähän liittyen Hiidenhovi (2001, 80) toteaaakin viittaamalla myös Taylorin (1995) tutkimuksen havaintoihin, että odotuksesta aiheutuva tyytymättömyys vaikuttaa tulevaisuudessa potilaan käyttäytymiseen.

Tämän opinnäytetyön tuloksissa ilmenee myös se, etteivät potilaat uskalla poistua odotustilasta, koska pelkäävät vastaanottovuoronsa menevän ohi ja näin odotusaika pitenee. Päivystyksen ruuhkautumisen syy on epäselvä. Ruuhkautuminen on kuitenkin maailmanlaajuinen ongelma, toteavat tutkimuksessaan Ahmed, Bey, Jayaprakash, Lottipour & O'Sullivan (2009.) Jotkut määrittelevät syyksi sen, että päivystyksen henkilökunta on kyvytön optimaaliseen hoitoon työn ylikuormituksen vuoksi. Toisten mielestä syinä ovat tarkemmin arvioiden laadulliset tekijät kuten odotusajat ja hoitoajat samalla kun yritetään antaa parasta hoitoa, palvelua ja turvallisuutta. Matthiessenin ym. (2015) mukaan potilaat eivät ole saaneet riittävästi tietoa odotusajasta eivätkä aina edes arviota sen mahdollisesta kestosta. Tämä aiheuttaa potilaissa epätietoisuutta ja tyytymättömyyttä. Marcon ja Parkerin (2014) mukaan sen ymmärtäminen, että potilaat arvioivat odotusaikaansa virheellisesti, tarjoaa henkilökunnalle mahdollisuuden vaikuttaa

ajan tarkkuuden arviointiin ja näin mahdollisesti parantaa potilaiden tyytyväisyyttä. Potilaat joilla on lyhyempi odotusaika, ovat tyytyväisempiä kuin ne jotka odottavat pidempään. Kiireeseen liittyvät pitkät odotusajat koetaan epämiellyttäväksi. Messneriin ym. (2005), Calderoniin ym. (2006) sekä Salminen-Tuomaalaan ym. (2008) viitaten Aho ym. (2012, 114,122) toteavat, että yksinkertainen keino potilastyytyväisyyden lisäämisessä on tiedottaa käynnin kestosta sekä mahdollisesta odotusajasta. Tutkimuksessa tulee myös ilmi, että poliklinikkakäynnin kestosta etukäteen saa tietoa hyvin tai erinomaisesti noin puolet potilaista ja he kokevat saaneensa ohjausta joko hyvin tai erinomaisesti.

Tämän opinnäytetyön tuloksissa turvalliseen hoitoon liittyy riittämättömän tiedon saanti lääkäreiltä. Osa potilaista kokee, ettei lääkäri kuuntele heitä ja näin tuntevat jäävänsä ilman riittävää hoitoa ja tutkimuksia. Potilaat eivät aina ymmärrä täysin lääkärin kertomia asioita, mikä puolestaan aiheuttaa epätietoisuutta. Osa potilaista tekee lääkäreille tarkentavia kysymyksiä tarvittaessa. Tämän opinnäytetyön tuloksissa eniten positiivisia kokemuksia on nuorista lääkäreistä. Hilander-Sihvosen ja Kivisen (1997, 66-67) mukaan ne potilaat, jotka tuntevat saavansa useammin ristiriitaisia neuvoja, kokevat potilaiden kohtelun kiireiseksi vastaanotolla. He eivät myöskään saa riittävästi tietoja tutkimuksista ja toimenpiteistä. Samaan tulokseen on päätynyt Hiidenhovi (20012, 80) ja viittaa samalla Kekin (1997) tutkimukseen.

Lisäksi ajan riittävyys (Matthiessen ym. 2015) ja potilaan asioihin paneutuminen ei ole riittävää, vaikka henkilökunta itse kokee, että vuorovaikutus ja potilaiden kohtelu ovat erittäin hyviä. Potilaalle merkityksellisiä asioita ovat hoidon saaminen sekä tiedon saaminen tilastaan ja hoidostaan. Sairaalassaolo tuntuu poikkeukselliselta ja kuormittavalta tilanteelta, koska siihen liittyy jännitys ja huoli. Tämä vaikeuttaa kysymistä ja pyytämistä. Aloitteellisuutta toivotaan koko henkilökunnalta ja etenkin lääkäreiltä, joiden aloitteellisuus asioiden kertomisessa koetaan puutteellisena. (Mikkola 2006, 165-168.) Päivystyspotilaiden kokemukset vuorovaikutuksellisesta suhteesta ei tarkoita vain sitä, että hänestä ”tuntuu hyvältä”, toteavat Matthiessen ym. (2015), sillä raportoinnin kehitys ja empatia po-

tilaan ja lääkärin välillä edistää potilaan aktiivisempaa osallistumista. Tämä tuottaa parempia kliinisiä tuloksia kuten esimerkiksi potilas vastavuoroisesti on samaa mieltä hoidosta ja on näin hoitomyöntyväisempi.

Tämän opinnäytetyön tuloksissa tulee esille myös kivunhoidon merkitys. Osa potilaista kokee joutuvansa odottamaan kipulääkettä liian pitkään ja tämän opinnäytetyön tuloksissa pisin kipulääkkeen odotusaika on neljä tuntia. Turvalliseen hoitoon liittyen DeLaneyn, Kunstadtin, Pagen, Raganin, Rodgersin ja Wangin (2015) tutkimuksessa ilmenee, että suurin osa potilaista on tyytyväisiä hoitotyöhön ja lääkärin antamaan hoitoon. Osa potilaista kuitenkin kokee, että sekä hoitajat että lääkärit aliarvioivat potilaiden kipua. Moni potilas ymmärtää annetut ohjeet väärin, ja joidenkin potilaiden kohdalla sekä hoitaja että lääkäri aliarvioivat potilaan ymmärrystä. Zohrevandin ja Tajikin (2014) tutkimuksen mukaan tehokkaan ja nopean kivunlievityksen on todettu vaikuttavan potilastyytyväisyyteen.

Matthiessen ym. (2015) tutkimuksessa selviää, että monet potilaat ovat ahdistuneita ja hämmentyneitä voinnistaan ja kunnostaan. Lisäksi Abolfotouh ym. (2016) havaitsivat tutkimuksessaan potilastyytyväisyyteen vaikuttavan myös lääkkeitä tiedottamisen laatu, kommunikaatio henkilökunnan kanssa ja päivittäiset rutiinit sekä selkeät tiedot oireista, tutkimuksen syyt ja tulokset, annetun lääkityksen vaikutukset sekä sivuvaikutukset. Matthiessen ym. (2015) puolestaan toteavat laadukkaana lääkehoidon riippuvan lääkäreiden vaikuttavasta ja kunnioittavasta vuorovaikutuksellisesta suhteesta potilaan kanssa. Näiden seikkojen keskeisenä tavoitteena on potilaiden kokemusten laadun ja turvallisuuden kehittäminen. Isenbergin ym. (2015) tutkimuksen mukaan potilaat jotka eivät saaneet lääkitystä, ovat tyytymättömämpiä hoitoon. Barakattin ym. (2014) tutkimuksessa jatkuvan tiedon saamisella henkilökunnalta liittyen lääkehoitoon on positiivinen vaikutus ja herättää kunnioitusta.

Tämän opinnäytetyön tuloksissa tulee esille epätietoisuus tutkimuksista ja toimenpiteistä, joista ei aina tiedoteta riittävästi. Osalla potilaista on kokemus tiedonkulun katkeamisesta. Lääkäri on keskustellut potilaan kanssa tietyistä asiasta, mutta hoitajaa ei asiasta ole informoitu. Osa potilaista on kuitenkin tyytyväinen

saamiinsa tietoihin, tutkimustuloksiin ja ohjeistuksiin. Potilaat myös kokevat pääsevänsä tutkimukseen nopeasti. Mikkolan (2006, 185-186) on todennut omassa tutkimuksessaan, että jos potilaat eivät saa tietoa diagnoosista sekä kokeiden ja testien tuloksista, sitä pidetään epävarmuuden perustasona. Potilaat kokevat tarvitsevänsä tietoa myös siitä, mikä merkitys tuloksilla on nykyiseen ja tulevaan tilanteeseen. Epävarmatkin asiat pidetään tärkeinä lausua ääneen. Tiedon tulee olla rehellistä ja mahdollisimman tarkkaa. Asioista tulee puhua niiden oikeilla nimillä. Tätä tukee Ahosen ym. (2011, 25) tutkimustulos, jonka mukaan asiakkaiden asenteisiin vaikuttaa tehokas asiakasviestintä ja kommunikaatio. Lisäksi niiden avulla voidaan asiakkaita aktivoida joidenkin ongelmien ennalta ehkäisyyn sekä parantaa itsehoitomahdollisuuksia.

Tärkeintä on jakaa avoimesti potilaan omaa hoitoa koskevaa tietoa, jotta potilas motivoituu ottamaan vastuuta hyvinvoinnistaan. Asiakas aktivoituu tiedosta ja osallistuu paremmin palvelu- tai hoitotapahtumaan, toteaa Ahonen ym. (2011, 25). Matthiessenin ym. (2015) tutkimuksessa potilaat puolestaan kokevat usein, ettei lääkäri ole kuunnellut häntä riittävästi eivätkä potilaat ole samaa mieltä diagnoosista tai eivät ymmärrä diagnoosia. Potilaat eivät myöskään aina ole samaa mieltä hoitosuunnitelmasta. Monet tyytyväisyyteen vaikuttavat asiat liittyvät terveyspalveluihin ja niiden tuottajiin. Yksi tärkeä tyytyväisyyden tekijä on laboratoriokokeiden ja -tulosten selittäminen sekä syy niiden ottamiseen, toteavat Abolfotouh ym. (2016) tutkimuksessaan. Lähes samankaltaiseen tulokseen on tutkimuksessaan päätenyt myös Hiidenhovi (2001, 81) ja Jarrettiin ja Payneen (1995) viitaten kertoo tiedonhalun liittyvän sairauteen, hoitoihin ja hoitovaihtoehtoihin sekä tutkimustuloksiin, diagnoosiin ja ennusteeseen. Näin epävarmuus helpottuu ja ahdistus vähenee. Jatkuva tiedon vastaanottaminen henkilökunnalta vastaanotolle pääsyn viivästymisen vuoksi on positiivinen asia, mutta tutkimuksiin odottaminen on negatiivista, selviää Barakattin ym. (2014) tutkimuksesta.

Samoihin tutkimustuloksiin ovat päätyneet myös Hilander-Sihvonen ja Kivinen (1997, 26-27) nostamalla tutkimuksessaan esille sen, että potilaalle tulee kertoa hänen terveydentilastaan ja muista asioista, jotka liittyvät hänen hoitoonsa, tavalla, jotta potilas ymmärtää sisällön ja merkityksen. Tällä on merkitystä potilastyytyväisyyteen ja yhteistyöhaluun henkilökunnan kanssa. Potilas ei ole hoidon

kohde vaan osallistuu aktiivisesti hoitoonsa. Henkilökunnan on arvioitava vastaanottajan kyky siitä, miten hän ottaa tietoa vastaan. Potilaan tulee ymmärtää kuulemansa, mikä tulee varmistaa esimerkiksi käyttämällä toistoa. Isotaluksen ja Gerlanderin (2010,8) mukaan potilas ei välttämättä pysty kertomaan olennaisia tietoja tai kokee, että hänet on sivuutettu, jos lääkäri vain keskittyy ratkaisemaan diagnoosia kuuntelematta potilasta.

Tämän opinnäytetyön tuloksissa esille tulee epätietoisuus jatkohoidosta ja jatko-ohjeista. Potilaat eivät koe saavansa riittävän selkeästi tietoa, milloin tulee haakeutua uudelleen vastaanotolle tai tuleeko mahdollisia kontroleja. Jatkohoitopaikkaan siirtyvillä potilailla ei ole aina tietoa jatkosuunnitelmasta koskien heidän hoitoaan. Osa potilaista kokee saaneensa riittävästi tietoa ja ovat tyytyväisiä saamiinsa ohjeisiin. Sillä, kuka tietoja kertoo, on myös merkitystä. Samaan tulokseen on tullut myös Mikkola (2006, 185-186), jonka tutkimustuloksista selviää, että keskustelu hoitohenkilökunnan kanssa on merkityksellisempää kuin kirjallisten ohjeiden saaminen. Potilaat kokevat erityisen tärkeäksi keskustelut lääkärin kanssa, koska lääketieteellinen tieto on tarpeellista, ja lääkärin koetaan olevan tiedon ensisijainen lähde. Myös hoitajat koetaan tärkeiksi merkityksellisen tiedon tuottajiksi.

Mathiessen ym. (2015) ottavat tutkimuksessaan esille osan hoitajien huolen heidän selittäessään ja kertoessaan tietoa potilaille, koska he kokevat, ettei heillä ole tarvittavia tietoja vastataksaan potilaiden tiedusteluihin. Lääkärit ja hoitajat olettavat usein, että toinen osapuoli on selittänyt lääketiedot, testit ja hoidon potilaalle. Näin potilas ei välttämättä saa jälkietoa hoidoista tai potilaskäyntinsä eri vaiheista. Barakattin ym. (2014) tutkimuksessa hoito koetaan positiivisimmaksi asiaksi ja kokevat hoitajien suorittavan tehtävänsä taidolla. Toisaalta kuitenkin osa potilaista kokee, etteivät hoitajat antaneet riittävästi ohjeita eivätkä kertoneet riittävästi jatkohoito-ohjeita. Samankaltaiseen tulokseen on päätynyt tutkimuksessaan myös Mathiessen ym. (2015) toteamuksella, että hoitajilla ei ehkä kuitenkaan ole kokonaiskuvaa potilaan tilanteesta eivätkä ajanpuutteen vuoksi voi tutustua potilastietoihin. Näin ollen lääkäreiden ja hoitajien vastuualueiden jakautuminen aiheuttaa ongelmia tiedon siirtoon. Kynkään ym. (2012, 222) tutkimuksen mukaan potilaan aktiivinen osallistuminen vahvistaa potilaan selviytymistä ja

turvaa hoidon jatkuvuutta. Barakatti ym. (2014) toteavat myös, että potilaiden ohjauksen kehittyminen vaikuttaa tyytyväisyyteen. Ohjaukseen liittyy kotiutumiseen liittyvät jatkohoito-ohjeet ja omistautuminen potilaan epäilyjen ja tarpeiden kuuntelemiseen, vaikka se veisi aikaa kliinisestä hoitamisesta.

## 6.2 Päätelmät

Tämän opinnäytetyön tuloksista on vedettävissä seuraavat päätelmät: Akuuttiklinikan palvelupolku vaatii kehittämistä sen kaikilla osa-alueilla puhelinneuvonnasta kotiutumiseen ja jatkohoitoon siirtymiseen saakka. Potilaat ovat tyytyväisiä saamaansa hoitoon, mutta kokevat tyytymättömyyttä etenkin asiakaslähtöisyyden toteutumisessa, potilaiden ja hoitajien välisessä avoimessa ja toimivassa vuorovaikutuksessa sekä turvallisen hoidon kokemuksessa. Jotta palvelupolkua voidaan kehittää, tulee jatkossa kiinnittää huomiota etenkin hoitoon hakeutumisen vaivattomuuteen ja selkeisiin ohjeisiin sekä potilaiden kohtaamiseen yksilöinä kunnioittamalla, kuuntelemalla ja olemalla läsnä. Selkeä tietojen saaminen tulevista tutkimuksista, niiden tuloksista ja hoitosuunnitelmasta lisää potilaan turvallisuuden tunnetta ja motivaatiota myös parempaan itsehoitoon.

## 6.3 Eettisyys ja luotettavuus

Arvot, ihanteet sekä periaatteet muodostavat etiikan. Tutkittavien oikeuksien kunnioittaminen on korkeatasoisen tutkimuksen edellytys ja tavoite sekä menetelmät tulee olla eettisesti hyväksyttävissä. Tutkimusetiikan perusteita ovat elämän kunnioittaminen, hyödyn tuottaminen ja haittojen välttäminen. (Pirttilä 2008, 65.) Opinnäytetyöni avulla halusin tuottaa hyötyä Akuuttiklinikan potilaille selvittämällä ja tuomalla esille heidän kokemuksiaan Akuuttiklinikan potilaan palvelupolusta ja toiveitaan palveluiden kehittämiseksi, jotta Akuuttiklinikan henkilökunnalla olisi mahdollisuus kehittää palvelupolkua potilaiden toiveita vastaaviksi. Tutkijan perusvelvollisuuksiin kuuluvat luotettavan tiedon tuottaminen, tieteellisen julkisuuden ylläpitäminen ja tutkittavien oikeuksien kunnioittaminen. Kiellettyä on oikeuksien loukkaaminen, tulosten vääristely sekä julkisuuden rikkominen tieteessä. (Mäkelä 2005, 386.) Kuuntelin jokaisen nauhoitetun haastattelun ja luin lomakkeisiin kirjaamani vastaukset 2-3 kertaa, jonka jälkeen litteroin ne rehellisesti ja totuudenmukaisesti. Litteroin vain ne haastattelun osat, jotka koskivat varsinaista



aihetta. En myöskään kertonut tai keskustellut kenenkään kanssa haastatteluun liittyvistä asioista ja niiden yksityiskohdista. Lisäksi haastattelut perustuivat vapaaehtoisuuteen, koska pääperiaatteena on tutkimuksen julkinen tekeminen ja ettei sitä tehdä vastoin tahtoa tutkittaville (Mäkelä 2005, 388).

Tutkimuksen uskottavuus perustuu tutkijan noudattamaan hyvään tieteelliseen käytäntöön, johon linkittyy myös tutkijan eettiset ratkaisut (Sarajärvi & Tuomi 2002, 129). Olen pyrkinyt käyttämään opinnäytetyöni tiedonhankinnassa mahdollisimman tuoreita lähteitä, jotka ovat muutamaa kirjaa lukuun ottamatta tieteellisiä tutkimuksia ja artikkeleita ja kunnioittanut alkuperäisiä tekstejä plagioimatta niitä sekä merkitsemällä ne asianmukaisesti opinnäytetyöni lähteisiin.

Haastateltavalle on eettisesti perusteltua kertoa haastattelua koskeva aihe. Toisaalta elleivät ihmiset tiedä mistä on kyse, he eivät lupaudu tutkimukseen. (Sarajärvi & Tuomi 2002, 75-76.) Kun tiedustelin potilaalta halukkuutta osallistua haastatteluun, esittelin ensimmäiseksi itseni. Mukanani oli henkilökortti, tutkimuslupa sekä toimeksiantositoumus, mikäli potilas haluaisi nähdä ne. Kerroin työskenteleväni Akuuttiklinikalla ja mikä tarkoitus sekä tavoite tutkimuksellani on. Kerroin myös, että Akuuttiklinikka on toimeksiantaja opinnäytetyössäni. Launiksen (2007, 28) mukaan tutkimus on tehty hyvin, mikäli se kestää myös eettisen tarkastelun. Tutkimus tehdään noudattamalla tieteellistä hyvää käytäntöä ja asianmukaisella tavalla on otettava huomioon tutkimuskohteeseen liittyvä moraalinen asema ja oikeudet. Nämä ovat edellytyksiä luotettavuudelle, uskottavuudelle ja eettiselle hyväksyttävyydelle.

Haastateltavien valinnassa oli kolme kriteeriä: hänen tuli olla täysi-ikäinen, äidinkielenään suomea puhuva sekä asiallinen ja orientti eli ei esimerkiksi muistisairas, sekava tai päihteiden vaikutuksen alainen. Alaikäiset haastateltavat suljin pois sen vuoksi, että heillä ei välttämättä olisi ollut kokemusta ja laajempaa näkemystä palveluista ja lisäksi olisin tarvinnut vanhempien luvat haastatteluiden tekemiseen. Pohdin myös mahdollisuutta siitä, olisivatko vastaukset aidosti ja rehellisesti potilaan omia vai olisiko niissä mahdollisesti vaikutteita muiden ihmisten mielipiteistä ja kokemuksista. Rajasin haastattelut suomenkielisiin potilaisiin, koska en olisi kyennyt olemaan varma, olisinko ymmärtänyt täysin potilasta tai

hän minua haastattelutilanteissa, jos olisin tehnyt haastattelut englannin tai ruotsin kielellä. Lisäksi valitsin haastatteluun vain orientteja potilaita. Jos haastateltava olisi ollut muistisairas, päihteiden alainen tai sekava esimerkiksi psykoosin vuoksi, ei haastattelemine olisi ollut eettisesti oikein eivätkä haastattelut olisi mielestäni olleet sisällöltään luotettavia.

Tutkimusaineiston luottamuksellisuus viittaa tietoihin, joita koskevat yksittäisiä ihmisiä sekä lupauksia, joita on annettu tietojen käytöstä. Aineistoa tulee käyttää, käsitellä ja säilyttää miten siitä on sovittu. (Kuula 2007, 44.) Haastatteluiden alussa sain luvan nauhoittaa keskustelut ja samalla kirjata vastauksia lomakkeeseen. Kerroin olevani ainoa henkilö, joka tulee kuulemaan ja näkemään vastaukset ja näin voin varmistaa tietojen salassapidon ja vastaajien yksityisyyden. Kerroin myös hävittäväni nauhoitukset ja haastattelulomakkeet opinnäytetyöni hyväksymisen jälkeen.

Tutkijalta vaatii kykyä punnita vastauksia ja tarkastella niitä teoreettisesti. Tulkin-tojen ja päätelmien perustelu tulee kertoa. (Hirsjärvi ym. 1996, 233.) Opinnäytetyön tuloksissa on suoria lainauksia haastatteluista ja jokaisesta keskeisestä tuloksesta olen tehnyt taulukot, joista voi seurata induktiivisen sisällönanalyysin etenemistä ja sitä, miten olen päätenyt kuhunkin tulokseen. Työssäni olen pyrkinyt alusta saakka johdonmukaisuuteen ja puolueettomuuteen. Haluan kunnioittaa haastatteluun osallistuneiden minua kohtaan osoittamaa luottamusta ja tuoda tulokset esille rehellisesti, sillä on mahdotonta parantaa luotettavuutta jälkikäteen (Kananen 2010, 69).

#### 6.4 Tulosten merkitys

Opinnäytetyön tavoitteena on Akuuttiklinikan potilastyytyväisyyden edelleen kehittäminen. Esittelin haastatteluaineistosta keskeisimmät esille tulleet asiat, osalueittain eriteltyinä, Akuuttiklinikan henkilökunnalle kesäkuussa 2016. Esittely suoritettiin kahden osastotunnin aikana. Mukana osastotunneilla oli yhteensä 16 lähi- ja sairaanhoitajaa, kaksi osastosihteeriä, ylilääkäri, osastonylilääkäri, osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja. Esittelyjen lopputuloksena ryhmät havaitsivat

yhteensä kuusi muutoskohtaa sekä useita keinoja niiden kehittämiseen ja parantamiseen. Henkilökunta sitoutui kehittämään potilaan palvelupolkua sekä omaa toimintaansa näiden muutoskohtien kautta.

Henkilökunnan havaitsemat muutoskohteet ja kehittämistarpeet olivat kotiuttaminen, informointi tutkimuksista, puhelinneuvonta, potilaille kommunikointi, potilaan seuranta ja intymiteettisuoja. Henkilökunnan havaitsemia keinoja parantaa potilastyytyväisyyttä olivat asiallinen käyttäytyminen potilaita kohtaan, puhelinneuvontaan ja potilaan voinnin arviointiin liittyvän koulutuksen järjestäminen ja vuorovaikutustaitojen käyttöönotto. Lisäksi henkilökunta havaitsi, että potilaat tarvitsevat seurannan tehostamista ollessaan Akuuttiklinikalla sekä tarkemmat kotiutus- ja jatkohoito-ohjeet.

Koko henkilökunnan oli tarkoitus alkaa kehittää ja parantaa opinnäytetyön tuloksissa esille tulleita kehittämistarpeita kesän 2016 aikana. Tarkoituksena oli tämän opinnäytetyön yhteydessä tehdä myös kysely henkilökunnalle elo-syyskuun vaihteessa siitä, miten he ovat kokeneet kehittämisehdotusten toteutumisen ja niiden vaikuttavuuden Akuuttiklinikan potilastyytyväisyyteen. Tätä ei kuitenkaan ollut mahdollisuus toteuttaa. Kesäkuussa alkanut Akuuttiklinikan tilojen saneeraus on kestänyt usean kuukauden ajan. Suurin osa hoitotiloista on jouduttu siirtämään niin sanottuihin väistötiloihin, ja Akuuttiklinikka henkilökuntineen keskittyy työskentelyyn erikoisjärjestelyjen avulla. Näiden seikkojen vuoksi päädyin keskittämään potilaan näkökulmaan.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut minulle haastava ja merkittävä projekti, jonka aikana olen pohtinut omaa ammattitaitoani ja ammatillisuuttani sairaanhoitajan työssä. Prosessin aikana olen tarkkaillut enemmän omaa työskentelyäni ja potilaiden sekä heidän omaisten kohtaamista. Vaikka koen onnistuneeni työssäni myös aiemmin, olen silti löytänyt paljon kehittämisen varaa. Olen havainnut entistä selvemmin, miten merkityksellinen ja raskas tilanne akuutti sairastuminen on potilaalle, varsinkin vakavan tilanteen yhteydessä. Potilaat tarvitsevat hoitajilta enemmän aikaa ja kokonaisvaltaista läsnäoloa. Potilaalle annettu aika ja hänen kuuntelemisensa merkitsee potilaalle paljon ja sillä on yllättävän suuri merkitys

potilaan jaksamiseen, oli kyse sitten vastaanotolle pääsyn tai tutkimustulosten odottamisesta.

Koulutukseni myötä voin työskennellä jatkossa esimiestehtävissä. Esimiehenä minulla on enemmän mahdollisuuksia vaikuttaa työpaikan ilmapiiriin ja asiakaslähtöisyyteen sekä olla mukana potilaan palvelupolun luomisessa ja kehittämisessä.

### 6.5 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimuksena Akuuttiklinikalla voitaisiin ottaa käyttöön henkilökunnan havaitsemat sekä esille tuomat muutosehdotukset potilaan palvelupolun kehittämiseksi koko henkilökunnan sitoutuessa toteuttamaan muutoksia. Potilaille tehtäisiin puolen vuoden tai vuoden kuluttua uusi haastattelu, jossa olisivat samat kysymykset kuin tässä opinnäytetyössä. Uusi tutkimus toteutettaisiin myös laadullisena ja induktiivista sisällönanalyysiä käyttäen.

Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista myös järjestää avoin paneelikeskustelu, jossa esitettäisiin opinnäytetyön tulokset. Keskusteluun olisi vapaa pääsy Akuuttiklinikan palveluiden piiriin kuuluvilla ja Länsi-Pohjan Sairaanhoidopiirin alueella asuvilla kuntalaisilla ja kaupunkilaisilla, joiden kanssa keskusteltaisiin ja selvitetäisiin, vastaavatko opinnäytetyön tulokset laajemman ryhmän näkemyksiä nykyisestä palvelupolun laadusta. Paneelikeskustelun aikana yleisöllä olisi myös mahdollisuus esittää kysymyksiä Akuuttiklinikan käytänteisiin liittyen. Potilailla ei useinkaan ole käsitystä siitä, mitä kaikkea hoitohenkilökunnan toimenkuvaan kuuluu ja mitkä säädökset ja lait ohjaavat Akuuttiklinikan toimintaa. Näiden jatkotutkimusaiheiden pohjalta olisi mahdollisuus kehittää Akuuttiklinikan toimintaa vielä laajemmin kohti parempaa palvelua.

## LÄHTEET

- Aacharya, R.P., Denier, Y. & Gastmans, C. 2011. Emergency department triage: an ethical analysis. *BMC Emerg Med.* 2011; 11: 16. Viitattu 29.10.2016  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3199257/>
- Abolfotouh, M.A., Alaskar, A.S., Al-Assiri, M.H., Almutairi, Z.M., Alshahrani, R.T. & Hijazi, R.A. 2016. Predictors of patient satisfaction in an emergency care centre in central Saudi Arabia: a prospective study. *Emerg Med J*  
[http:// doi:10.1136/emered-2015-204954](http://doi:10.1136/emered-2015-204954). Viitattu 29.9.2016
- Adolfsson, A., Dahlen, I. & Westin, L. 2012. Experience of being a low priority patient during waiting time at an emergency department. *Psychol Res Behav Manag.* 2012; 5: 1–9. Viitattu 31.10.2016  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3278261/>
- Ahmed, S.S., Bey, T., Jayaprakash, N., Lotfipour, S. & O’Sullivan, R. Crowding and Delivery of Healthcare in Emergency Departments: The European Perspective. *West J Emerg Med.* 2009 Nov; 10(4): 233–239 Viitattu 30.9.2016  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2791723/>
- Aho, A-L., Kaunonen, M., Koivisto, A-M. & Palonen, M. 2012. Hoitoisuuden yhteys potilaiden arvioihin ohjauksesta erikoissairaanhoidon aikuispoliklinikoilla. *HOITOTIEDE* 2012, 22 (2).
- Ahola, K. & Hakanen, J. 2010. Terveysammattilaisten työuupumus: erityisenä haasteena vuorovaikutus auttamistyössä. *Duodecim* 2010 126: 2139-2146.  
[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo99077](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo99077)
- Ahonen, P., Lamminmäki, S., Suoheimo, M., Suokas, M. & Virtanen, P. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. *Te-kesin katsaus* 281/2011.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Vahey, D.C. & Vargas, D. 2010. Nurse Burnout and Patient Satisfaction. *Med Care.* 2004 Feb; 42(2 Suppl): I157–I166. Viitattu 29.9.2016  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2904602/>
- Alasuutari, P. s.a. Mitä on laadullinen tutkimus? Tampereen Yliopisto. Luento materiaalia. Viitattu 10.9.2016  
[http://www.wedu.oulu.fi/tohtorikoulutus/jarjestettava\\_opetus/Alasuutari/Mita\\_laadullinen\\_tutkimus\\_on.pdf](http://www.wedu.oulu.fi/tohtorikoulutus/jarjestettava_opetus/Alasuutari/Mita_laadullinen_tutkimus_on.pdf)
- Amsalem, D.A., Parekh, K.P., Rambaran, N., Russ, S. & Wright, S.W. 2013. Who leaves the emergency department without being seen? A public hospital experience in Georgetown, Guyana. *BMC Emerg Med.* 2013; 13: 10. Viitattu 29.10.2016  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3699376/>

- Apostolidis, T., da Silva, R., de Assuncao Ferreira, M. & Gomez Brandao, M.A. 2015. A conceptual framework of clinical nursing care in intensive care. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015 Sep-Oct; 23(5) 837-845. Viitattu 21.9.2016 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4660405/>.
- Arslan, U., Can, G., Kahriman, I., Kasim. S., Nural, N. & Topbas, M. 2016. The Effect of Empathy Training on the Empathic Skills of Nurses. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2016 Jun; 18(6): e 24847. Viitattu 21.9.2016 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5002343/>.
- Asch, S.T., Han, W., Hsia, R.Y., Li-Jung, D.Z., McCreath, H., Sun, B.C. & Weiss, R.E. 2013. Effect of Emergency Department Crowding on Outcomes of Admitted. *Ann Emerg Med*. 2013 Jun; 61(6): 605–611.e6. Viitattu 29.10.2016 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3690784/>
- Atkinson, P., Boyle, A. & Higginson, I. 2012. Emergency Department Crowding: Time for Interventions and Policy Evaluations. *Emerg Med Int*. 2012; 2012: 838610. Viitattu 29.10.2016 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3290817/>
- Bath, B., Dobson, R., Goodridge, D. Westthorp. G. 2015. *Lean* and leadership practices: development of an initial realist program theory. *BMC Health Serv Res*. 2015; 15: 362. Viitattu 29.10.2016 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4562348/>
- Barakatti, L., Dionisi, S., Mecheroni, S., Messina, G. Vencia, F. 2014. Factors Affecting Patient Satisfaction With Emergency Department Care: An Italian Rural Hospital. *Glob J Health Sci*. 2015 Jul; 7(4): 30–39. Viitattu 29.9.2016 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4802104/>
- Becker, E. 2015. Säästöistä kustannuksia. Lyhytnäköiset säästöt estävät tuloksellisuuden. *Tehyn julkaisusarja B Selvityksiä* 1/15. Viitattu 20.9.2016 [https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2015/2015\\_b1\\_saastoista\\_kustannuksia\\_id\\_1313.pdf](https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2015/2015_b1_saastoista_kustannuksia_id_1313.pdf).
- Bjornsen, L.P. & Dale, J. 2015. Assessment of pain in a Norwegian Emergency Department. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2015; 23: 86. Viitattu 29.10.2016 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4625614/>
- Bongers, I., Janssen, R. & Joosten, T. 2009. Application of lean thinking to health care: issues and observations. *International Journal for Quality in Health Care* 2009; Volume 21, Number 5: pp. 341 –347. Viitattu 20.9.2016 <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/21/5/341.full.pdf>
- Bragulat, E., Coll-Vinent, B., Espinosa, G., Milla, J., Miro, O., Sanchez, M. & Wardrope, J. 2003. Analysis of patient flow in the emergency department and the effect of an extensive reorganisation. *Emerg Med J*. 2003 Mar; 20(2): 143–148. Viitattu 29.10.2016 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1726061/pdf/v020p00143.pdf>

- Campos, A.C., Fortuna, C.M., Matumoto, S. & Magali, C. 2016. Client satisfaction from the perspective of responsiveness: strategy for analysis of universal systems? *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016; 24: e2674. Viitattu 29.10.2016 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4822691/>
- Chan, H.Y., Chan, J.T.S., Ho, S.T., Lee, W.Y.L., Lo, S.M., Wu, Y.F, Yeung, R.S.D. & Yu, W.C. 2014. Lean techniques for the improvement of patient's flow in emergency department. *World J Emerg Med* 2014; 5(1) 24-28. Viitattu 27-9-2016 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4129868/>
- Chavaglia, SRR., Faria, VB:, Ohl, RIB. & Silva, PL. 2016. Triage in an adult emergency service: patient satisfaction. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(3):427-432. Viitattu 28.9.2016 <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/0080-6234-reeusp-50-03-0427.pdf>
- Chen, H., Ding, T., Li, M., Liu, Y., Nong, X., Wang, J., Xue, C. & Zhang, L. 2016. Factors influencing inpatients' satisfaction with hospitalization service in public hospitals in Shanghai, People's Republic of China. *Patient Preference Adherence*. 2016; 10: 469–477. Viitattu 29.10.2016 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4831604/>
- Collin, K., Herranen, S. & Paloniemi, S. (toim.) 2012. Yhteistyö ja moniammatillisuus akuuttihoitossa. Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sairaalan päivystysalueella. Jyväskylän Yliopisto. Viitattu 25.9.2016 <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37906/978-951-39-4758-3.pdf?sequence=1>
- Collin, K., Herranen, S., Paloniemi, S., Pyhälä-Liljeströ, P. & Valleala, U-M. 2012. Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2012: 49 31–43.
- DeLaney, M.C., Kunststadt, E.B., Page, D.B., Ragan, M., Rodgers, J. & Wang, H.E. 2015. Inability of Physicians and Nurses to Predict Patient Satisfaction In the Emergency Department. *West J Emerg Med*. 2015 Dec; 16(7): 1088–1093. Viitattu 30.9.2016 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4703155/>
- Dembe, A.E. & Schweikhart, S.A. 2010. The Applicability of Lean and Six Sigma Techniques to Clinical and Translational Research. *J Investig Med*. 2009 Oct; 57(7): 748–755. Viitattu 29.10.2016 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2835466/>
- Ekwall, A. & Gerdts, M. & Manias, E. 2008. The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care: perspectives of family, friends and carers. *Journal of Clinical Nursing* 17, 800-809. Viitattu 25.9.2016 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18279283>
- Elo, S., Kanste, O., Kyngäs, H. Kääriäinen, M. & Pölkki, T. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede*2011, 23 (2), 138–

148. Viitattu 7.9.2016  
[https://www.researchgate.net/publication/261723764\\_Sisallanalyysi\\_suomalaisessa\\_hoitotieteellisessa\\_tutkimuksessa](https://www.researchgate.net/publication/261723764_Sisallanalyysi_suomalaisessa_hoitotieteellisessa_tutkimuksessa)
- Eriksson, S. 2002. Eriksson, S. & Pirttilä, I. (toim.) Asiantuntijoiden areenat. Jyväskylän Yliopisto. Jyväskylä: Kopijyvä Oy, 41-58.
- Farrokhnia, N. & Göransson, K.E. 2011. Swedish emergency department triage and interventions for improved patient flows: a national update. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2011; 19: 72. Viitattu 29.10.2016  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3285084/>
- Garcia- Izquierdo, M. & Rios-Risquez, M.I. 2016. Patient satisfaction, stress and burnout in nursing personnel in emergency departments: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2016 Jul;59:60-7. Viitattu 29.9.2016  
<http://doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.02.008>.
- Grönfors, M. & Vilkkä, H. 2011. Laadullisen tutkimuksen kenttätömenetelmät. Viitattu 27.9.2016 [http://vilkkä.fi/books/Laadullisen\\_tutkimuksen.pdf](http://vilkkä.fi/books/Laadullisen_tutkimuksen.pdf)
- Heikkilä-Tammi, K., Larjovuori, R-L., Nuutinen, S. & Manka, M-L. 2012. Asiakkaat kuntapalveluiden kehittäjiksi. Opas tehokkaan osallistumisen työkaluihin. Tampereen Yliopiston johtamiskorkeakoulu. Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos. Viitattu 23.9.2016  
<http://www.uta.fi/jkk/synergos/tyohyvinvointi/oppaat/Asiakkaat%20kuntapalvelujen%20kehitt%C3%A4jiksi%202012.pdf>
- Heikkinen, S. & Kulppi, S. Puhelinneuvontatilastot. Sähköposti [raija.kanto@edu.lapinamk.fi](mailto:raija.kanto@edu.lapinamk.fi) 24.8.2016. Tulostettu 24.8.2016.
- Hiidenhovi, H. 2001. Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla. Akaateeminen väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen Yliopisto. Viitattu 2.10.2016  
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67135/951-44-5165-1.pdf?sequence=1>
- Hilander-Sihvonen, A. & Kivinen, T. 1997. Asiakkaat ja terveystalouden laatu. Nro 82. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2004. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvaara, J. 2010 (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino.



- Hämäläinen, T. (s.a.) Palveluohjausmallia kehittämässä. Ensiaskleet Saarikan Palveluohjaustoiminnan Lean-matkalla. Keski\_Suomen SOTE 2020-hanke. Lean-pilotti. Viitattu 19.9.2016  
[http://www.jyvaskyla.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/jyvaskyla/em\\_beds/jyvaskylawwwstructure/82972\\_Palveluohjauspolkua\\_kehittamassa\\_raportti.pdf](http://www.jyvaskyla.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/jyvaskyla/em_beds/jyvaskylawwwstructure/82972_Palveluohjauspolkua_kehittamassa_raportti.pdf)
- lire, L. & Tanttu, K. 2011. Muutospolku hoitolinja- ja prosessilähtöiseen toimintaan. Teoksessa Nurminen, R. & Nygren, P. (toim.). Tulevaisuuden osaaminen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 114. Viitattu 22.9.2016  
<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162052.pdf>
- Inspirans 2016. Kvalitatiivinen tutkimus luo aina jotain uutta. Viitattu 6.9.2016  
<http://www.inspirans.fi/kvalitatiivinen-tutkimus/>.
- Isenberger, K.M., LeFevre, R.C., Morgan, M.W., Thomas, A.J. & Salzman, J.G 2015. Demographic, Operational, and Healthcare Utilization Factors Associated with Emergency Department Patient Satisfaction. *West J Emerg Med.* 2015 Jul; 16(4): 516– 526. Viitattu 29.9.2016  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4530909/>
- Isotalus, P. & Gerlander, M. 2010. PROFESSIONAALISTEN VIESTINTÄSUHTEIDEN ÄÄRIVIIVOJA. *Puhe ja kieli*, 30:1, 3–19 (2010) 3. Viitattu 20.9.2016  
<http://ojs.tsv.fi/index.php/pk/article/view/4659/4376>.
- Jabbari, A., Jazi, M.J., Kohorasani, E., Mardani, R. & Mofid, M. 2014. The profile of patients' complaints in a regional hospital. *Int J Health Policy Manag.* 2014 Apr; 2(3): 131–135. Viitattu 29.10.2016  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3992788/>
- Jain, A.R., Jain, M., Kamali, M.F. Schneider S.A. 2013. Emergency department waiting room: many requests, many insured and many primary care physician referrals. *Int J Emerg Med.* 2013; 6: 35 Viitattu 30.9.2016  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3850753/>
- Järvenpää, E. 2006. Laadullinen tutkimus. SoberIT jatko-opintoseminaari. Luentomateriaalia. Viitattu 6.9.2016  
<http://www.cs.tut.fi/~ihtesem/k2007/materiaali/luento4.pdf>
- Kaakinen, P., Kyngäs, H., Kääriäinen, M. & Tarkiainen, K. 2012. Kvasikokeellinen tutkimus puhelinneuvonnan laadusta päivystyksyksikössä. *HOITOTIEDE* 2012, 24 (2), 98–113.
- Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen opas. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Kanste, O., Kyngäs, H., Lipponen, K. & Ukkola, L. (toim.) 2008. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tuotetut potilasohjauksen toimintamallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 3/2008. Viitattu

- 19.9.2016  
[http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/ebeds/16314\\_3\\_2008.pdf](http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/ebeds/16314_3_2008.pdf)
- Kanste, O., Kyngäs, H., Lipponen, K. & Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. SOSIAALILÄÄKETIETEELLINEN AIKAKAUSLEHTI 2008: 45 121–135. Viitattu 28.9.2016  
<http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/view/597/2239>
- Kanttonen, L. 2007. Yhteispäivystyksen kiireellisyysryhmittely. Kirjeitä ja mielipiteitä. Duodecim 2007;123:1606. Viitattu 28.9.2016  
<http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo96605.pdf>
- Kaustinen, T. 2011. OULU-HOITOISUUSLUOKITUS JA HOITOHENKILÖKUNNAN AJANKÄYTTÖ HOITOTYÖN LAATUVAATIMUSTEN NÄKÖKULMASTA. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos. Oulu Acta Univ. Oul. D 1134. Tampere: Juvenes Print.
- Kebede, Z.T., Taye, B.W. & Yassin, M.O. 2014. Quality of emergency medical care in Gondar University Referral Hospital, Northwest Ethiopia: a survey of patients' perspectives. BMC Emerg Med. 2014; 14: 2. Viitattu 29.10.2016  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3902003/>
- Kivelä, K. 2012. Hoitoympäristön suunnittelu-potilaan näkökulma. Kirjallisuuskatsaus. Tampereen Yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Kandidaatintyö. Viitattu 21.10.2015 [http://www.thl.fi/attachments/arkkinen/Kivela\\_kandi.pdf](http://www.thl.fi/attachments/arkkinen/Kivela_kandi.pdf)
- Koivuranta-Vaara, P. (toim.) 2011. Terveystieteiden laatuopas. Suomen kuntaliitto. Verkkojulkaisu. Helsinki. Viitattu 3.1.2016  
<http://hoidonvaikuttavuus.fi/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Tlaatuopas.pdf>
- Koskela, A. 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kotisaari, M-L. & Kukkola, S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. 1 painos. Porvoo: Bookwell Oy.
- Kuula, A. 2007. Laadullinen tutkimussuhde ja arkistoinnin etiikka. Tieteessä tapahtuu 2/2007, 42-45. Viitattu 26.9.2016  
<http://ojs.tsv.fi/index.php/tt/article/view/103/80>
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M. & Orava, M. 2012. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa I: Reaktiivinen puhelinohjaus. HOITOTIEDE 2012, 24 (3), 216–231.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen.

- Oulun Yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 22.9.2016  
<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514284984.pdf>
- Laakkonen, A. 2004. Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. Akateeminen väitöskirja. Kasvatustieteiden laitos. Tampereen yliopisto. Viitattu 20.9.2016  
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67361/951-44-5923-7.pdf?sequence=1>.
- Lahtinen, M. 2006. Kyngäs, H., Kääriäinen, M. & Lipponen, K. (toim.) POTILASOHJAUKSEN HAASTEET Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja Publication Series of the Northern Ostrobothnia Hospital District 4/2006. Viitattu 20.9.2016  
[http://www.ppsHP.fi/instancedata/Prime\\_Product\\_Julkaisu/Npp/Embeds/16315\\_4\\_2006.Pdf](http://www.ppsHP.fi/instancedata/Prime_Product_Julkaisu/Npp/Embeds/16315_4_2006.Pdf)
- Larsson, I.E., Plos, K.A., Sahlsten, M.J.M. & Segesten, K. 2011. Patients' Perceptions of Nurses' Behaviour That Influence Patient Participation in Nursing Care: A Critical Incident Study. *Nurs Res Pract.* 2011; 2011: 534060. Viitattu 29.10.2016 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3169855/>
- Launis, V. Tutkimuksen eettinen ennakoarviointi – mitä se on? *Tieteessä tapahtuu* 1/2007, 28-33. Viitattu 26.9.2016  
<http://docplayer.fi/17088293-Mita-eettinen-ennakoarviointi-on-veikko-launis-laaketieteellinen-etiikka-turun-yliopisto.html>
- Lillrank, P. 2010. Lean-ajattelu terveydenhuollossa. Raportti. Viitattu 16.9.2016  
[http://www.nhg.fi/doc/NHG\\_Lean\\_Whitepaper.pdf](http://www.nhg.fi/doc/NHG_Lean_Whitepaper.pdf)
- Länsi-Pohjan Sairaanhoitopiiri 2010. Laadunhallinta. Viitattu 21.10.2015  
<http://www.lpsHP.fi/fi/kehittaminen-ja-koulutus/laadunhallinta.html>
- Länsi-Pohjan Keskussairaala (s.a.) Sairaanhoitopiirin strateginen suunnitelma 2016- 2018. Viitattu 16.9.2016  
<http://www.lpsHP.fi/fi/hallinto/strategia.html>
- Marco, C. & Parker, B.T 2014. Emergency Department Length of Stay: Accuracy of Patient Estimates. *West J Emerg Med.* 2014 Mar; 15(2): 170–175. Viitattu 30.9.2016 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3966453/>
- Matthiessen, C.M.I.M., Murray, K.A., Pun, J.K.H. & Slade, D. 2015. Factors affecting communication in emergency departments: doctors and nurses' perceptions of communication in a trilingual ED in Hong Kong. *Int J Emerg Med.* 2015; 8: 48. Viitattu 30.9.2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4678128/>
- Mikkola, L. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Humanistinen tiedekunta. Väitöskirja. Jyväskylän Yliopisto.
- Mäkelä, K. 2005. Sosiaalitutkimuksen eettinen säätely. Analyysi. Yhteiskuntapö-

- litiikka 70 (2005): 4, 386-395. Viitattu 27.9.2016  
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/100993/054makela.pdf?sequence=1>
- Mäkijärvi, M. 2013. LEAN-MENETELMÄ SUOMALAISESSA TERVEYDEN HUOLLOSSA – kokemuksia ja haasteita HUS:ssa Sosiaali- ja terveysjohtamisen MBA 5/2010. Viitattu 19.9.2016  
[http://www.hus.fi/hus-tietoa/materiaalipankki/esitysmateriaalit/Yleinen%20piilokirjasto%20yksittisille%20tiedostoille/Lean-menetelma\\_suomalaisessa\\_terveydenhuollossa.pdf](http://www.hus.fi/hus-tietoa/materiaalipankki/esitysmateriaalit/Yleinen%20piilokirjasto%20yksittisille%20tiedostoille/Lean-menetelma_suomalaisessa_terveydenhuollossa.pdf)
- Olsson, P. 2005. Tutkijan vastuu ja velvollisuus – tutkimuksen eettisiä kysymyksiä. Teoksessa Korkiakangas, P., Olsson, P. & Ruotsala, H. (toim.) Tutkijan vastuu ja velvollisuus – tutkimuksen eettisiä kysymyksiä. Polkuja etnologian menetelmiin. Opiskelijakirjaston verkkojulkaisu, 281-290. Viitattu 27.9.2016  
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10224/4594/olsson281-298.pdf?sequence=1>
- Pirttilä, T. Tutkimuseettiset toimikunnat – toimintaa ohjaavat normit ja tutkimuseettinen pohdinta. 2008. Teoksessa Länsimies-Antikainen, H. & Pietilä, A-M. (toim.) Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä. Hoitotieteen laitos. Kuopion Yliopisto, 65-89. Viitattu 27.9.2016  
[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-951-27-0130-8/urn\\_isbn\\_978-951-27-0130-8.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-0130-8/urn_isbn_978-951-27-0130-8.pdf)
- Räsänen, H. s.a. Kvalitatiiviset tutkimusmenetelmät. Luentomateriaalia. Viitattu 6.9.2016  
[http://www.hamk.fi/verkotot/kudos/menetelmat/Documents/4\\_Kvalitatiiviset\\_tutkimusmenetelmaet.pdf](http://www.hamk.fi/verkotot/kudos/menetelmat/Documents/4_Kvalitatiiviset_tutkimusmenetelmaet.pdf)
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen Tietovaranto. Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 20.10.2015 Viitattu 8.12.2015. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>.
- Sarajärvi, A. 2011. Asiantuntijuus näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Teoksessa Nurminen, R (toim.) Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoidossa. Raportteja 113. Turun Ammattikorkeakoulu. Viitattu 2.10.2016  
<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162038.pdf>
- Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE-julkaisuja 32. Helsinki.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2010/20101326>
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2015. Kortekangas, P., Miettinen, A., Mykkänen, J. & Suhonen, M. Sote-ajanvarauspalvelujen käsitteet. Luonnos kommentoitavaksi. SADe-ohjelma. Sote-palvelukokonaisuus. Viitattu 6.9.2016

[http://www.thl.fi/attachments/SADeSote/Sote\\_AVPH\\_K%C3%A4sitteet%20v1\\_2.pdf](http://www.thl.fi/attachments/SADeSote/Sote_AVPH_K%C3%A4sitteet%20v1_2.pdf)

Tynkkynen, P. 2005. Terveysthuollon puhelinpalvelut Etelä- Karjalassa. Technology Business Research Center Working Papers 20. Viitattu 4.11.2016  
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/31055/TMP.objres.374.pdf?sequence=1>

Virjonen, K. 2015. Yhteisvoimin kotona-hanke. Koulutus 1/3. Tutun ammattikorkeakoulu. Viitattu 28.10.2016  
<http://www.satshp.fi/tutkijoille/tutkimus-ja-kehittamistoiminta/kaynnissa-olevat-hankkeet/yhteivoiminkotona/Documents/Koulutus%20%201%20diat.pdf>

Virsta virtual statistics 2007. Tilastokeskus. Viitattu 6.9.2016  
<https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/01/07/>.

Virtanen, P. 2014. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen läheisensä tiedon- saanti päivystyspoliklinikalla. Akateeminen väitöskirja. Tampereen Yliopisto.

Zohrevandi, B. Tajik, H. 2014. A Survey of Patients' Satisfaction in Emergency Department of Rasht Poursina Hospital. Emerg (Tehran). 2014 Autumn; 2(4): 162–165. Viitattu 30.9.2016 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4614566/>

## LIITTEET

Liite 1 Haastattelulomake

Liite 2. Sisällönanalyysi: Asiakslähtöisyyden toteutuminen

Liite 3. Sisällönanalyysi: Potilaan ja henkilökunnan välinen avoin ja toimiva vuorovaikutus

Liite 4. Sisällönanalyysi: Turvallisen hoidon kokemus

Liite.5. Tutkimuslupa

Liite 6. Toimeksiantositoumus

1. Millaiseksi koette nykyisen palvelun Akuuttiklinikalla? (Voitte ottaa huomioon koko palvelupolun, johon sisältyvät seuraavat asiat: puhelinneuvonta, ilmoittautuminen, hoitajan vastaanotto/lääkärin vastaanotto, tutkimukset, Akuuttiklinikan henkilökunta, Akuuttiklinikan ympäristö ja viihtyisyys, toimenpiteistä tiedottaminen, jatkohoidon järjestäminen tai kotiutus, ohjeiden antaminen ennen kotiutusta. Voitte kertoa ja antaa palautetta myös muusta Akuuttiklinikkaan liittyvästä, mikä Teille tulee mieleen haastattelun yhteydessä).

1.1 Puhelinneuvonta:

1.2 Ilmoittautuminen:

1.3 Hoitajan vastaanotto:

1.4 Lääkärin vastaanotto:

1.5 Tutkimukset:

1.6 Akuuttiklinikan henkilökunta:

1.7 Akuuttiklinikan ympäristö ja viihtyisyys:

1.8 Toimenpiteistä tiedottaminen:

1.9 Jatkohoidon järjestäminen tai kotiutus:

2 Mitä toiveita Teillä on palvelun kehittämiseksi?

2.1 Puhelinneuvonta:

2.2 Ilmoittautuminen:

2.3 Hoitajan vastaanotto:

2.4 Lääkärin vastaanotto:

2.5 Tutkimukset:

2.6 Akuuttiklinikan henkilökunta:

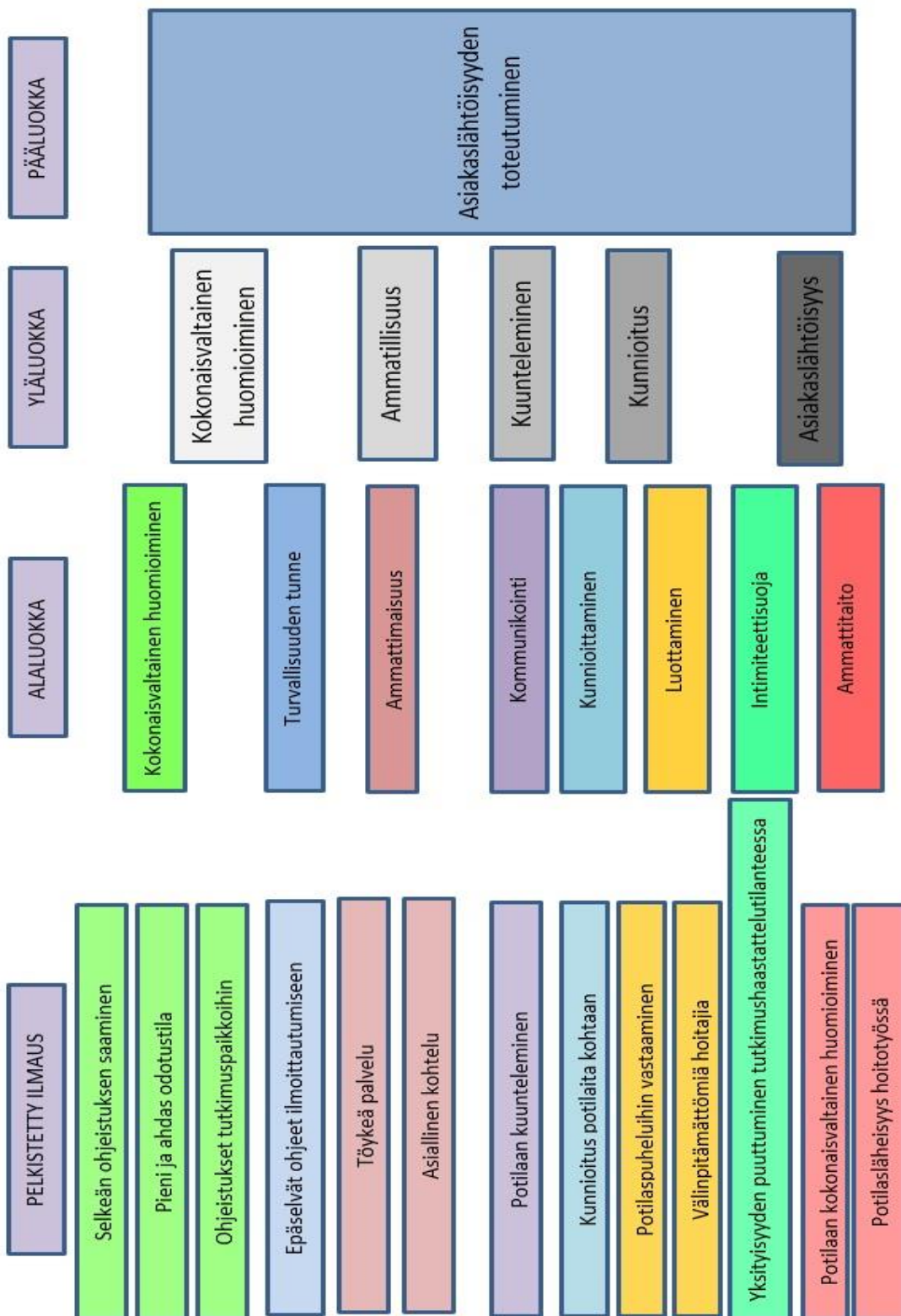
2.7 Akuuttiklinikan ympäristö ja viihtyisyys:

2.8 Toimenpiteistä tiedottaminen:

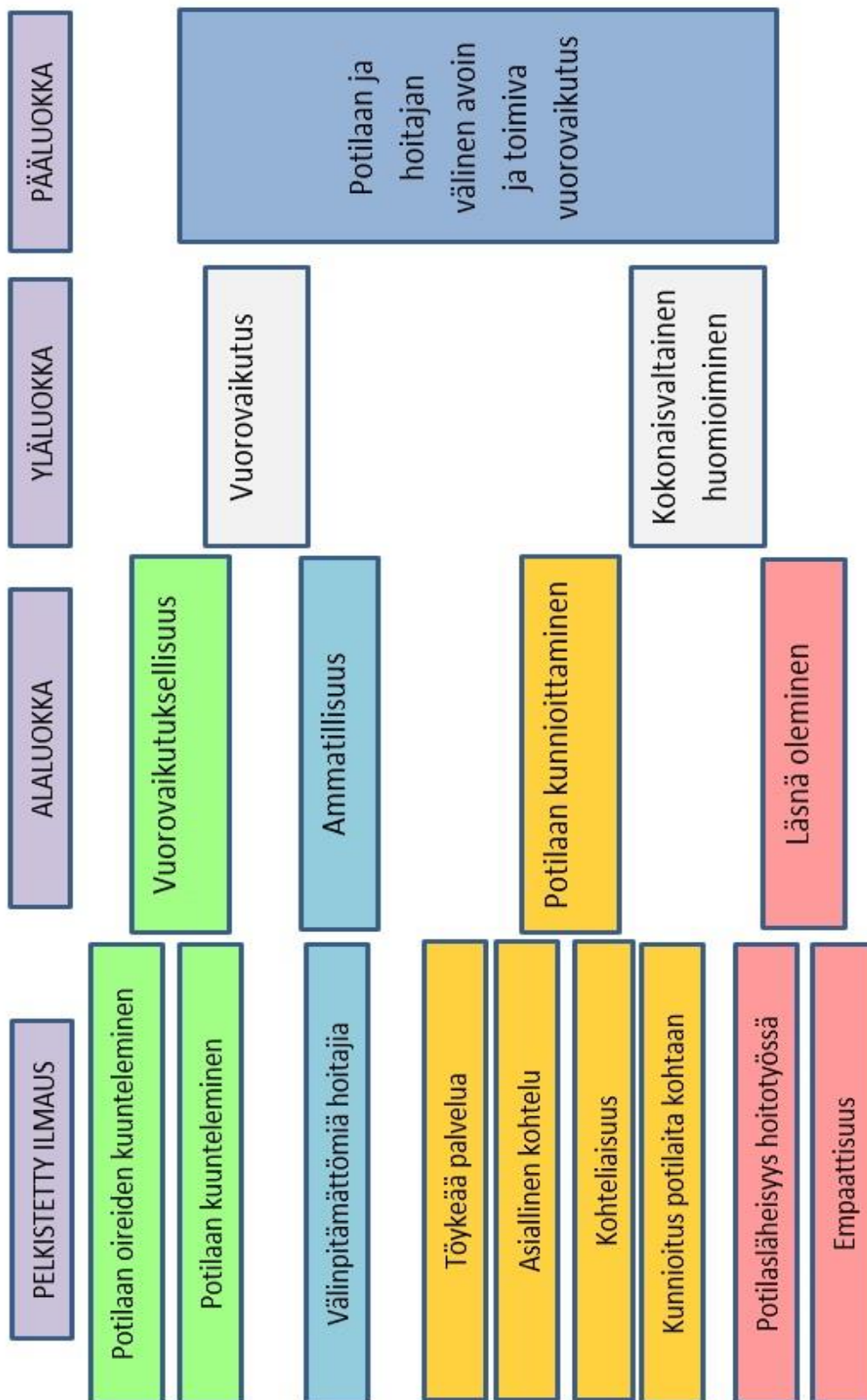
2.9 Jatkohoidon järjestäminen tai kotiutus:

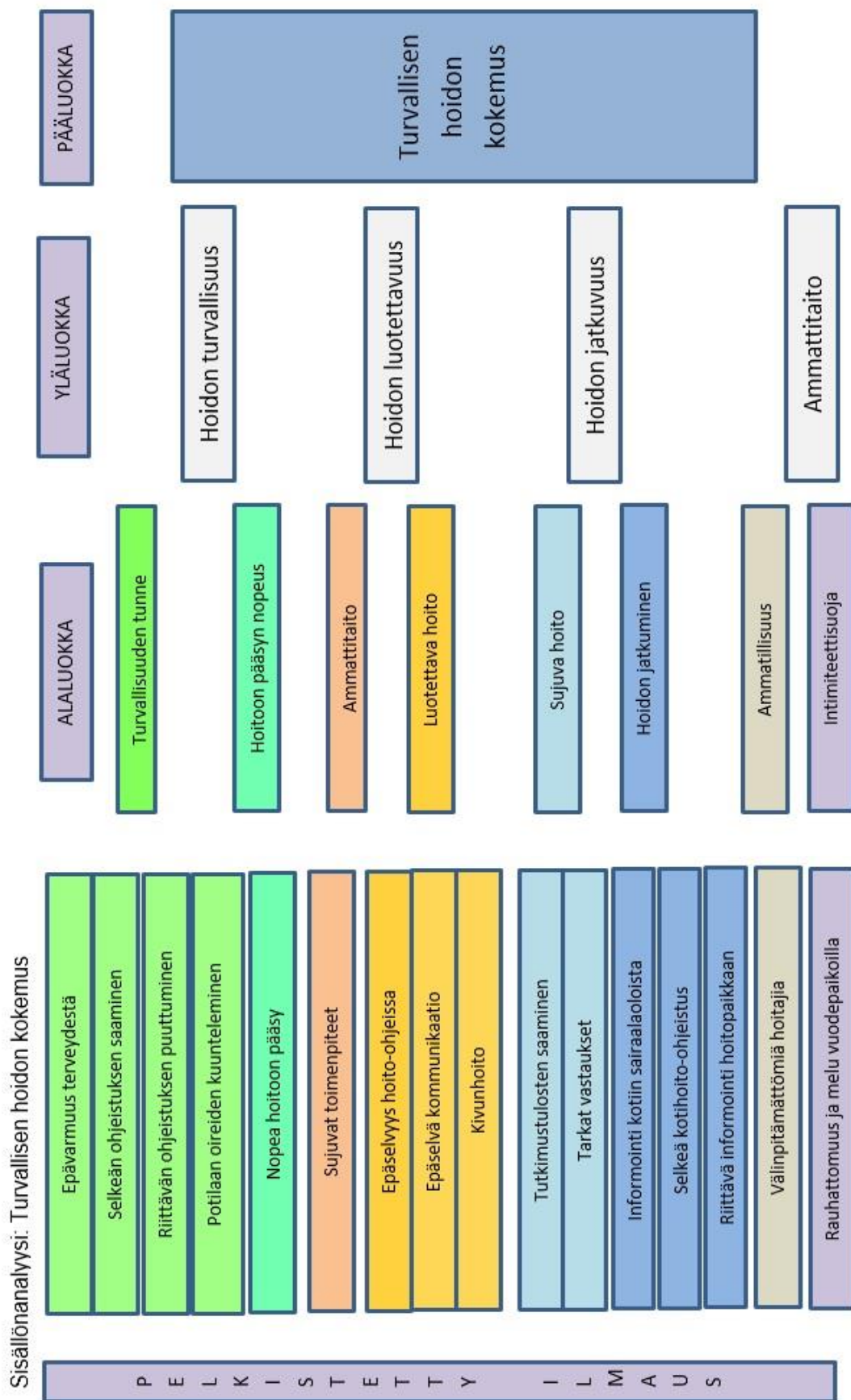


## Sisällönanalyysi: Asiakaslähtöisyyden toteutuminen



Sisällönanalyysi: Potilaan ja henkilökunnan välinen avoin ja toimiva vuorovaikutus





## Länsi-Pohjan Sairaanhoidopiiri

## Tutkimuslupa

Medisiininen tulosalue		2008		<b>DIAARINRO:</b>		
Tulosalue / vastuualue		vastuuyksikkö				
1. Tutkijaa koskevat tiedot	Tutkijan suku- ja etunimet Kanto Raija Liisa			Henkilötunnus		
	Nykyinen työnantaja / opiskelupaikka L-PKS, Akuuttiklinikka			Nykyinen virka / toimi / opiskelija Sairaanhoitaja		
	Kotiosoite			Postinro ja -paikka		
	Puhelin toimeen		Puhelin kotiin		Sähköpostiosoite	
	Suoritettu tutkimus Työelämän kehittäminen ja esimiestyö (YAMK)		Suoritusvuosi 2015-2016		Suorituspaikka Lapin Ammattikorkeakoulu, Rovaniemi	
2. Tutkimusprojektia tai tutkimusta koskevat tiedot (Diaarinro) Katsota hallintokeskuksen tiedote 15/2009)	Tutkimusprojektin lyhyt nimi Kohti parempaa palvelua					
	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> julkinen <input type="checkbox"/> salainen			Tutkimusaika Vuosi 2016		
	Pääkaavanumero 900		Tutkimuksen luonteen määrittely Potilaan palvelupolun kehittäminen Länsi-Pohjan Keskussairaalan Akuuttiklinikalla			
	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> opinnäyte (ammattikorkeakoulu) <input type="checkbox"/> gradu <input checked="" type="checkbox"/> muu, mikä (YAMK) <input type="checkbox"/> syventävä opinnäyte (lääketiede) <input type="checkbox"/> väitöskirja					
	Anoja on <input type="checkbox"/> apurahan saanut tutkija <input checked="" type="checkbox"/> muu tutkija <input type="checkbox"/> opiskelija			Anoja osallistuu potilastyöhön <input checked="" type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		
	Tutkimuksen vastuuhenkilö (Laki lääk. tutk. 794/2010) / ohjaaja / päättäjät Lapin Ammattikorkeakoulu, ohjaaja Marika Kunnari <i>(Päättäjät)</i> <i>Tutk. Suoritusalueen kyselyryhmä</i>					
	Hankkeeseen osallistuvat sairaalan klinikat / muut tutkijat / tutkimusryhmä / työntekijät Länsi-Pohjan Keskussairaala, Akuuttiklinikka					
	Hankkeeseen osallistuvat ulkopuoliset henkilöt (tarvittaessa erillinen liite), joille anotaan lupaa työskennellä hankkeen puitteissa sairaalassa (sitoumus jokaiselta liitteestä) -					
	<b>Tutkimuksen rahoitussuunnitelma ► Erillinen liite</b>					
	Arvio tutkimustyöstä sairaalalle aiheutuviin vuosittaisista suoranaisten kustannuksista <input type="checkbox"/> Aiheuttaa sairaalalle kustannuksia, selvitys <input checked="" type="checkbox"/> Ei aiheuta sairaalalle kustannuksia mitään					
Ulkopuolinen rahoitus <input type="checkbox"/> Ulkopuolinen rahoittaja <input type="checkbox"/> kokonaan <input type="checkbox"/> osittain		Rahoittaja		Sopimuksen nro		
Muu rahoitus <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> KEVO <input type="checkbox"/> muu, mikä		Projektin numero (EVO, KEVO, TUKE)				
Päivämäärä 10.02.2016 Anojen allekirjoitus ja nimen selvitys Raija Kanto <i>Raija Kanto</i>						
3. Lausunnot	<b>Tarvittavat lausunnot ja luvat</b>					
	<input checked="" type="checkbox"/> Ei tarvetta		lähetyspäivä		vastaus saatu	
Luvat	<input type="checkbox"/> Alueellinen eettinen tmk / <input type="checkbox"/> Ilmoitus kansallisesta lausunnosta					
	<input type="checkbox"/> TUKIJA <sup>1)</sup>					
<input type="checkbox"/> Fimea <sup>2)</sup>		<input type="checkbox"/> Johtajayliil./aitoksen joht./STM/THL <sup>3)</sup>		<input type="checkbox"/> VALVIRA <sup>4)</sup>		
4. PÄÄTÖS	<b>Tutkimustulosten omistusoikeus</b> <input type="checkbox"/> Sovittu, liite sopimuksesta <input checked="" type="checkbox"/> Ei tarvetta tehdä sopimusta					
	<b>Päätös</b> <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi <input type="checkbox"/> Anomus käsitelty johtoryhmässä					
	<b>Päätöksentekijä</b> <input checked="" type="checkbox"/> tulosalueen johtaja / vastuualueen johtaja / ylihoitaja <input type="checkbox"/> johtajayliääkäri / hallintoylihoitaja <input type="checkbox"/> hallitus					
	Päivämäärä 08.01.2016		Allekirjoitus <i>Sirkka Tuomaani</i>		<b>LOMAKKEEN SÄILYTYS</b> - Tutkija alkuperäinen (tutkimuksen ajan) - Päättäjät (arkistointi)	

<sup>1)</sup> TUKIJA= Valtakunnallinen tutkimuseettinen toimikunta <sup>2)</sup> Fimealta ilmoitetaan 60 pv:n kuluessa onko huomautettavaa. Ellei ilmoitusta tule, tutkimus voidaan aloittaa. <sup>3)</sup> Rekisteritutkimukset <sup>4)</sup> Kudoslaki (101/2001) ja asetus (594/2001) sekä Hallintokeskuksen tiedote 5/2009 (luvat).

## Toimeksiantositoumus


## Liite 6 1(2)

## Liite 1 (1/2) Opinnäytetyön toimeksiantositoumus

## I Opinnäytetyön toimeksiantositoumus

Yritys/Työyhteisö	
Yrityksen/Työyhteisön nimi: Länsi-Pohjan Keskussairaala, Akuuttiklinikka	
Yhteyshenkilö: Sanna Kallankari	Asema/ ammattinimike: Osastonhoitaja
Osoite:	Puhelin:
Sähköposti:	
Opinnäytetyö (mahdollinen tarkentava määrittely liitteenä)	
Opinnäytetyön aihe: Kohti parempaa palvelua	
Opinnäytetyön suorittamista varten luovutettava tausta-aineisto: -	Valmis: -
Opinnäytetyön ohjaus toimeksiantajan taholta. Kuka ohjaa ja miten? Os.hoit. Sanna Kallakari. Ohjaavat keskustelut ja tehtävien hyväksyntä.	
Toimeksiantajan edustaja sitoutuu	
<input checked="" type="checkbox"/> osallistumaan opinnäytetyösuunnitelman laadintaan <input checked="" type="checkbox"/> mahdollistamaan työn suorittamisen työyhteisössä <input checked="" type="checkbox"/> ohjaamaan opiskelijaa työhön liittyvissä ammatillisissa kysymyksissä <input checked="" type="checkbox"/> osallistumaan mahdollisuuksien mukaan opinnäytetyöseminaareihin, antamaan työstä palautetta sekä lausunnon työn arviointia varten <input checked="" type="checkbox"/> sopimaan tarvittaessa työn luottamuksellisista asioista opiskelijan ja ammattikorkeakoulun kanssa	
Allekirjoitus 	

## II Opiskelijan sitoumus opinnäytetyöhän

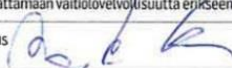
Opiskelija	
Opiskelijan etu- ja sukunimi: Raija Kanto	Opiskelija- numero:
Osoite:	Puhelin:
Sähköposti:	
Koulutus ja suuntautumisvaihtoehto: Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala, Työelämän kehittäminen ja esimiestyö, sh (ylempi AMK)	
Opiskelija sitoutuu	
<input checked="" type="checkbox"/> suorittamaan työn suunnitelmallisesti ja ammattikorkeakoulun ohjeistusta noudattaen, <input checked="" type="checkbox"/> käyttämään toimeksiantajalta saamaansa aineistoa vain opinnäytetyön tarkoitukseen, <input checked="" type="checkbox"/> noudattamaan vaihteluvälisyyttä erikseen sovitun luottamuksellisen tausta-aineiston osalta sekä <input checked="" type="checkbox"/> toimittamaan valmiin opinnäytetyön toimeksiantajalle sovitulla tavalla ja tarvittaessa esittelemään työn tuloksia toimeksiantajalle.	
Allekirjoitus 	


## Toimeksiantositoumus

## Liite 6 2(2)

## Liite 1 (2/2) Opinnäytetyön toimeksiantositoumus

## III Opinnäytetyön ohjaus

Ohjaava Opettaja	
Ohjaavan opettajan nimi: Marika Kunnari	
Koulutus ja toimipaikka: Lapin AMK, Rovaniemi	Puhelin:
Sähköposti:	
Ammattikorkeakoulun edustajat sitoutuvat	
<input type="checkbox"/> vastaamaan, että opinnäytetyön aihe ja tavoitteet vastaavat alan ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyölle asetettuja kriteerejä ja että opinnäytetyöprosessia ohjataan edistään työn valmistumista,	
<input type="checkbox"/> vastaamaan opinnäytetyön arvioinnista,	
<input type="checkbox"/> noudattamaan kaikissa vaiheissa ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeistusta sekä	
<input type="checkbox"/> noudattamaan vaihtolovelvollisuutta erikseen sovitun luottamuksellisen aineiston osalta.	
Allekirjoitus: 	

Koulutuksen yliopettaja	
Koulutuksen yliopettajan nimi: Outi Törmänen	
Puhelin:	Sähköposti:
Allekirjoitus: 	

Opinnäytetyöt ovat julkisia. Jos työ sisältää toimeksiantajan kannalta luottamuksellista tietoa, sitä ei sisällytetä julkaistavaan opinnäytetyöhön. Tätä sitoumusmallia käytetään toistaiseksi.