

Opinnäytetyö (YAMK)

Sosiaali- ja terveysala

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2018

Kristiina Lahti

# PALVELUKOKEMUKSIA PÄIVYSTYKSESTÄ

– Suunnitelma Salon päivystyksen toiminnan ja  
hoitoprosessien parantamiseksi

Kristiina Lahti

## PALVELUKOKEMUKSIA PÄIVYSTYKSESTÄ

- Suunnitelma Salon päivystyksen toiminnan ja hoitoprosessien parantamiseksi

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli parantaa asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaiden osallisuutta palveluiden kehittämiseen palvelumuotoilun keinoin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitoksen Salon päivystyksessä. Kehittämisprojekti toteuttaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategiaa vuosina 2017-2018, jossa teemana on vaikuttava muutos. Kehittämisprojektin tavoitteena oli potilaiden tyytyväisyyden paraneminen päivystyksen palveluihin sekä potilaan hoidon ja hoitoprosessin sujuvoittaminen päivystyksessä palvelumuotoiluprosessin myötä.

Kehittämisprojekti oli kaksiosainen. Tutkimuksellisessa osiossa tehtiin kokemuspohjainen kysely päivystyksen asiakkaille (n=20). Kohderyhmänä olivat Salon päivystyksen tarkkailupotilaat, joista kyselyyn vastaajat valittiin satunnaisesti päivystyksen hoitajien toimesta. Kyselyn tavoitteena oli syventää asiakasymmärrystä.

Kyselyn tuloksista tehtyjen johtopäätösten mukaan tilojen muuttaminen siten, että salassapitovelvollisuutta pystytään noudattamaan, olisi tärkeää. Lisäksi odotusaikaa, päivystyksen toimintaa ja hoidon etenemistä koskevaa informaatiota tulisi parantaa. Parannusta toivottiin myös potilaspaikan ympäristöön, esimerkiksi lisäämällä radion käyttöä, lisäämällä kelloja potilaiden nähtävälle ja huolehtimalla käsidesin käytön mahdollisuudesta. Myös soittokellojen käyttöä tulisi lisätä.

Kehittämisosassa järjestettiin päivystyksen henkilökunnalle kaksi työpajaa. Tutkimuksellisen osion ja kehittämisosan tulosten perusteella tunnistettiin kehittämiskohteet, jotka olivat tarkkailutilan salassapitomahdollisuuksien parantaminen, triagehoitajan työpisteen ja toimenkuvan kehittäminen sekä potilaspaikan ympäristön kehittäminen. Näiden kehittämiskohteiden parantamiseksi tehtiin suunnitelma, joka toimii jatkossa työkaluna toiminnan ja hoitoprosessien kehittämisessä Salon päivystyksessä.

### ASIASANAT:

potilastyytyväisyys, päivystys, palvelumuotoilu, asiakaslähtöisyys, asiakasosallisuus

Kristiina Lahti

# SERVICE DESIGN FOR HOSPITAL EMERGENCY SERVICES

- How to improve patient satisfaction in the emergency department

The aim of this development project was to improve customer-orientation and customer involvement in service development using service design methods. This project took place in The Hospital District of Southwest Finland, Emergency Clinic of Salo hospital. This development project implements the strategy of the Hospital District of Southwest Finland for the years 2017-2018. The theme of this strategy is an impressive change. The goal of this development project was to improve patient satisfaction with the emergency clinic services and to improve nursing process with service design methods.

A survey was made as a part of this development project. Data was collected through survey based on patient experience in emergency clinic. The target group of the survey was patients (n=20) who were treated in observation room in the emergency clinic of Hospital Salo. The respondents were elected randomly by the nurses of the emergency clinic. The aim of this survey was to deepen the customer understanding.

The results showed that it is important to change the facilities the way that it is possible to maintain patient confidentiality. In addition, the results showed that it is important to improve the information given to patients regarding the waiting time, the processes in emergency clinic and the patient's care protocol. The results also showed that it is important to improve patient's bed environment in the patient observation room. This can be done for example by adding the use of radios, adding more clocks in sight of patients and ensuring the possibility to use hand disinfectant. There is also need to increase the use of nurse call systems by giving every patient an alarm device.

As a part of this development project also two workshops were arranged to staff of the emergency clinic of Salo hospital. The following development areas based on the survey and workshops were identified; to improve patient confidentiality in the observation room, to develop triage nurse's workstation and work description and to develop and improve patient bed environment in the observation room.

The output of this development project was a plan to modify these development areas mentioned above. This plan will work in the future as a tool to develop activities and nursing processes in emergency clinic in Salo hospital.

## KEYWORDS:

patient satisfaction, emergency clinic, service design, customer-orientation, customer involvement

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>7</b>
<b>2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT</b>	<b>9</b>
2.1 Kehittämiprojektin tarve	9
2.2 Kehittämiprojektin tavoite, tarkoitus ja tulos	10
2.3 Kehittämiprojektin toimintaympäristön kuvaus	10
2.4 Kehittämiprojektin projektiorganisaatio	12
<b>3 PÄIVYSTYSHOITO JA TRIAGE</b>	<b>14</b>
<b>4 POTILASTYYTYVÄISYYS PÄIVYSTYKSESSÄ</b>	<b>15</b>
4.1 Potilaan kohtaaminen ja hoitotyöntekijöiden vaikutus potilaiden tyytyväisyyteen päivystyksessä	15
4.2 Informoinnin vaikutus potilaiden tyytyväisyyteen päivystyksessä	17
4.3 Potilaiden iän, koulutuksen ja sukupuolen vaikutus potilaiden tyytyväisyyteen päivystyksessä	19
4.4 Odotusajan ja fyysisen ympäristön vaikutus potilaiden tyytyväisyyteen päivystyksessä	20
<b>5 ASIAKASLÄHTÖISYYS JA ASIAKASOSALLISUUS KEHITTÄMISEN LÄHTÖKOHTANA TERVEYDENHUOLLOSSA</b>	<b>22</b>
5.1 Asiakaslähtöisyys ja asiakasosallisuus	22
5.2 Asiakaslähtöisyyden lisääminen terveydenhuollossa	25
<b>6 PALVELUMUOTOILU KEHITTÄMISEN MENETELMÄNÄ</b>	<b>29</b>
<b>7 KEHITTÄMISPROJEKTIN ETENEMINEN JA TOTEUTUS</b>	<b>31</b>
<b>8 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSIO</b>	<b>35</b>
8.1 Tutkimuksellisen osion tavoite, tarkoitus ja menetelmä	35
8.2 Kyselyjen kohderyhmä sekä aineiston keruu	35
8.3 Aineiston analysointi	36
8.4 Kokemuspohjaisen kyselyn tulokset	37
8.4.1 Saapuminen päivystykseen	37
8.4.2 Tarkkailu-/seurantavaihe	40

8.4.3 Päivystysten tilat	43
8.4.4 Muut tilat	44
8.5 Tulosten yhteenveto ja johtopäätökset	45
8.6 Kokemuspohjaisen kyselytutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden arviointi	47
<b>9 KEHITTÄMISPROJEKTIN TYÖPAJAT OSANA KEHITTÄMISPROSESSIA</b>	<b>50</b>
9.1 Ensimmäinen työpaja	50
9.2 Toinen työpaja	53
9.3 Työpajojen tulosten yhteenveto ja johtopäätökset	55
<b>10 KEHITTÄMISPROJEKTIN TULOSTEN YHTEENVETO, KONSEPTOINTI JA KOKEILU</b>	<b>57</b>
10.1 Tutkimuksellisen osion ja työpajojen tulosten yhteenveto	57
10.2 Konseptointi ja kokeilu	59
<b>11 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUOTOS</b>	<b>60</b>
11.1 Kehittämiskohteita potilastyytyväisyyden parantamiseksi	60
11.2 Kehittämiskohteita hoidon ja hoitoprosessin sujuvoittamiseksi	63
11.3 Suunnitelman ja kehittämiskohteiden ajankohtaisuus	64
<b>12 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI</b>	<b>66</b>
<b>13 KEHITTÄMISPROJEKTIN PÄÄTTÄMINEN</b>	<b>71</b>
13.1 Kehittämiprojektin tuotoksen hyödynnettävyys	71
13.2 Kehittämiprojektin jatkokehittämisehdotus	72
<b>LÄHTEET</b>	<b>74</b>

## **LIITTEET**

Liite 1. Kokemuspohjainen kysely.  
Liite 2. Saatekirje.

## **KUVAT**

Kuva 1. Hoitajien avoin työpiste tarkkailutilassa.	60
Kuva 2. Triage-piste päivystyksessä.	61

Kuva 3. Potilaspaikka päivystyksen tarkkailuhuoneessa.	62
Kuva 4. Potilaspaikka päivystyksen akuuttihuoneessa.	62
Kuva 5. Triage-hoitajan työpiste.	63
Kuva 6. Triage-hoitajan työpisteen sijainti.	63

## KUVIOT

Kuvio 1. Osallisuus omaan hoitoonsa asiakaslähtöisen laadunhallinnan mallin perustana (mukaillen Kujala 2003, 141).	27
Kuvio 2. Sosiaali- ja terveystalolle soveltuva palvelumuotoiluprosessi (Ahonen 2017, 73).	31
Kuvio 3. Kehittämiprojektin eteneminen ja toteutus.	33
Kuvio 4. Päivystyksen tiloihin liittyvät työpajan tulokset.	52
Kuvio 5. Potilaan kohtaamiseen ja informointiin liittyvät työpajan tulokset.	53
Kuvio 6. Työpajan tulokset suhteessa potilaan fyysiseen ympäristöön.	54

## TAULUKOT

Taulukko 1. Muulla kuin ambulanssilla tulleiden (n=16) vastaukset koskien saapumista päivystykseen.	38
Taulukko 2. Muulla kuin ambulanssilla tulleiden (n=16) vastaukset koskien saapumista päivystykseen kohtaamisen näkökulmasta.	39
Taulukko 3. Ambulanssilla päivystykseen saapuneiden (n=2) vastaukset koskien saapumista päivystykseen.	39
Taulukko 4. Vastaajien (n=18) vastaukset koskien tarkkailu-/seurantavaihetta päivystyksessä.	41
Taulukko 5. Vastaajien (n=18) vastaukset koskien tarkkailu-/seurantavaihetta päivystyksessä ohjeiden annon ja salassapidon näkökulmasta.	42
Taulukko 6. Vastaajien (n=18) vastaukset koskien potilaspaikan viihtyisyyttä ja päivystyksen tiloja.	43
Taulukko 7. Vastaajien (n=18) vastaukset koskien potilaspaikan viihtyisyyttä ja ympäristöä.	44
Taulukko 8. Vastaajien (n=18) vastaukset koskien päivystyksen muita tiloja.	45

# 1 JOHDANTO

Suomessa kiireellisen hoidon yleisestä suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta vastaa Sosiaali- ja terveysministeriö. Kiireellisestä hoidosta ja päivystyksestä säädetään sekä terveydenhuoltolaissa että päivystysasetuksessa. Päivystyksellistä hoidon antamista varten on kunnan tai sairaanhoitopiirin järjestettävä ympärivuorokautinen päivystys, jossa annetaan potilaalle kiireellistä hoitoa, kuten äkillisen sairauden, vamman tai pitkäaikaissairauden vaikeutumisen vuoksi tarvittavaa hoitoa, potilaan asuinpaikasta riippumatta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018a; Terveydenhuoltolaki 1326/2010; Päivystysasetus 583/2017.)

Viime vuosina on Suomessa kiinnitetty erityisesti huomiota palveluiden kehittämiseen asiakaslähtöisesti. Vuonna 2015 päättyneen kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelman, Kaste-hankkeen, tavoitteena oli hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palveluiden järjestäminen asiakaslähtöisesti. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.) Työ on jatkunut Sosiaali- ja terveysministeriön Palvelut asiakaslähtöisiksi -hankkeessa, jossa yhtenä toimenpiteenä on uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaprosessit siten, että asiakas on keskiössä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018b). Myös käynnissä olevalla sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksella (sote-uudistus) on tarkoitus rakenteiden ja rahoituksen uudistamisen lisäksi nykyaikaistaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamalleja ja ohjausta perusteellisesti siten, että tavoitteena on nykyistä asiakaslähtöisemmät, vaikuttavammat, kustannustehokkaammat ja paremmin yhteen sovitettut palvelut. (Valtioneuvosto 2018). Asiakaslähtöisyyden kehittäminen on tulevaisuudessa entistä tärkeämpää. Asiakaslähtöisen kehittämisen keskeisenä tekijänä on koko palvelukulttuurin kehittäminen ja asiakkaiden huomioon ottaminen palvelujen suunnittelussa, palvelujen käyttäjien osallistaminen palvelutuotannon suunnitteluun ja toimeenpanoon, asiakkaiden palvelutarpeen perusteella kehitettävien palvelukokonaisuuksien rakentaminen, asiakkaiden palvelujen sisältöjä, toimintatapoja ja palvelukulttuuria koskevan tietoisuuden nostaminen sekä organisaation asiakasymmärryksen vahvistaminen (Stenvall & Virtanen 2012, 189).

Tämä kehittämisprojekti oli itsenäinen hanke, jonka tavoitteena oli lisätä asiakasosallisuutta sekä muokata palveluita asiakaslähtöisemmäksi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Salon päivystyksessä. Kehittämisprojekti toteutettiin eräänlaisena palvelumuotoilu-

prosessina, jossa lähtökohtana on luoda toimivia, laadukkaita ja kestäviä palveluita siten, että palvelun keskiössä on palvelun käyttäjä eli asiakas (Ahonen 2017, 34; Tuulaniemi 2011, 71). Kehittämiprojekti toteutettiin kaksiosaisena. Tutkimuksellisessa osiossa selvitettiin kyselyiden avulla päivystyksen asiakkain kokemuksia palveluista, tiloista ja henkilökunnan kohtaamisesta. Toisessa osassa järjestettiin päivystyksen henkilökunnalle kaksi työpajaa, joissa tarkoituksena oli kehittää toimintaa asiakaslähtöisemmäksi ja sujuvammaksi henkilökunnan näkökulmasta. Kehittämiprojektin tuloksena tehtiin suunnitelma tunnistettujen kehittämiskohteiden parantamiseksi päivystyksessä. Tätä suunnitelmaa voidaan jatkossa hyödyntää työkaluna toiminnan ja hoitoprosessien kehittämisessä Salon päivystyksessä.

## 2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Kehittämiprojektin tarve

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määritellään potilaan oikeudet, joiden mukaan jokaisella on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Hoitotyössä asiakaslähtöisyyden voidaankin ajatella perustuvan lakiin, jonka mukaan potilaan hoito on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä, että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Lisäksi laki velvoittaa ottamaan huomioon potilaan äidinkielen, hänen yksilölliset tarpeet ja kulttuurin mahdollisuuksien mukaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Tarve kehittämiprojektin tekemiseen tuli sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä. Sote-uudistusta tarvitaan valtakunnallisesti muun muassa siksi, että tällä hetkellä ihmiset eivät saa yhdenvertaisesti palveluita, ja sosiaali- ja terveydenhuollossa on tehotomia toimintatapoja. Sote-uudistuksen tavoitteena on nykyistä yksilöllisemmät ja yhdenvertaisemmat palvelut, ja valinnanvapauden myötä asiakas voi valita nykyistä vapaammin, mistä sosiaali- ja terveystalvet hankkii. (Valtioneuvosto 2018). Tämän vuoksi toiminnan kehittäminen asiakaslähtöisemmäksi on tärkeää ja ajankohtaista jatkuvasti.

Tarvetta voidaan perustella myös mitatun potilastyytyväisyyden myötä. QPro-palauttejärjestelmällä tehdyn Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitoksen potilastyytyväisyys -mittauksen perusteella vuonna 2016 palautteiden keskiarvo asteikolla 1-5 oli 3,2. Asteikolla 1 tarkoitti ”Täysin eri mieltä” ja 5 ”Täysin samaa mieltä”. Potilaspalautteiden tulosten perusteella 44,3% potilaista koki, että annettu hoito tai palvelu oli hyvää (vastaukset 4 & 5 asteikolla 1-5). 46% koki, että henkilökunta kohteli heitä hyvin (vastaukset 4 & 5 asteikolla 1-5). 60,3% potilaista oli sitä mieltä, että tutkimuksesta ja hoidosta annettu tieto oli hyvin ymmärrettävää (vastaukset 4 & 5 asteikolla 1-5), ja 48,6% koki, että hoitoa koskevat päätökset tehtiin yhdessä heidän kanssaan (vastaukset 4 & 5 asteikolla 1-5). 47% koki olonsa turvalliseksi hoidon tai tutkimuksen aikana (vastaukset 4 & 5 asteikolla 1-5). (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2016, 8.)

## 2.2 Kehittämiprojektin tavoite, tarkoitus ja tulos

Tämän kehittämiprojektin tarkoituksena oli parantaa asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaiden osallisuutta palveluiden kehittämiseen palvelumuotoilun keinoin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitoksen Salon päivystyksessä. Kehittämiprojekti toteuttaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategiaa vuosina 2017-2018, jossa teemana on vaikuttava muutos. Sairaanhoitopiirissä yhteinen tehtävä on tuottaa laadukkaita, tehokkaita ja asiakaslähtöisiä palveluita. Strategian neljä päämäärää ovat potilaslähtöisyys, yhdenvertaisuus, hyvinvoiva henkilöstö ja toiminnan jatkuva parantaminen ja uudistuminen. Toimenpiteenä strategiassa potilaslähtöisyyden parantamiseksi on asiakkaiden osallisuuden lisääminen sekä hoidossa että hoitoprosessien suunnittelussa. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2017-2018.) Tässä kehittämiprojektissa pyrittiin siihen, että organisaatiossa käytävissä olevat voimavarat (kuten tilat ja henkilökunta) tuottaisivat parhaan mahdollisen tuloksen eli palvelun asiakkaalle (Paasivaara ym. 2013, 26). Tämän myötä kehittämiprojektin tavoitteiksi muodostuivat:

*Potilaiden tyytyväisyyden paraneminen päivystyksen palveluihin*

*Potilaan hoidon ja hoitoprosessin sujuvoittaminen päivystyksessä palvelumuotoilua hyödyntäen*

Kehittämiprojektin tuotoksena oli suunnitelma prosessin aikana havaittujen kehittämiskohteiden parantamiseksi päivystyksessä. Suunnitelmaa hyödynnetään palveluiden kehittämisessä Salon päivystyksessä ja sitä voidaan jatkossa käyttää työkaluna toiminnan ja hoitoprosessien kehittämisessä.

## 2.3 Kehittämiprojektin toimintaympäristön kuvaus

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VSSHP) on julkisesti omistettu kuntayhtymä. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja oman maakunnan asukkaille omistamissaan sairaaloissa ja huolehtii lisäksi yliopistosairaalatasoisten palvelujen saatavuudesta Tyksin (Turun yliopistollinen keskussairaala) erityisvastuualueeseen kuuluvien Satakunnan ja Vaasan sairaanhoitopiireissä. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri koostuu 28 jäsenkunnasta ja kattaa runsaan 470 000 asukkaan väestöpohjan.

Palveluja käyttää vuosittain yli 200 000 henkilöä. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2017a.)

Ensihoito- ja päivystyspalveluista vastaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitos (EPLL), joka tuottaa päivystyspalveluja neljällä alueella; Turussa, Loimaalla, Salossa ja Uudessakaupungissa. Vuonna 2016 kaikissa päivystyspisteissä oli yhteensä 144 397 päivystyskäyntiä, keskimääräinen käyntimäärä oli 1.64 käyntiä päivystyksessä/potilas. Salon päivystyksessä käyntejä oli yhteensä 9595 vuonna 2016, joista tarkkailupotilaita 7129. Tarkkailupotilaalla tarkoitetaan potilasta, joka tarvitsee monipuolisia tutkimuksia, selvityksiä ja seurantaa. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2016, 2, 4–5.) Tässä kehittämissuunnitelmassa kohderyhmänä olivat Salon päivystyksen tarkkailupotilaat, koska suurin osa Salon päivystyksessä hoidetuista potilaista on tarkkailupotilaita.

Salon päivystys sijaitsee Salon kaupungissa ja päivystys toimii ympärivuorokautisesti. Potilaspaikkoja tarkkailuhuoneessa on 12, akuuttihuoneessa kaksi. Lisäksi potilaita voidaan joutua ruuhkatilanteessa sijoittamaan käytävälle tai päivystyksen muihin tiloihin. Päivystyksessä on yksi eristyshuone sekä hoituhuone, jossa voidaan hoitaa potilaita, jotka on hyvä sijoittaa erilleen muista potilaista. Muita tiloja ovat toimenpidehuoneet, kipuhuone sekä lääkärin vastaanottohuoneet. Päivystys toimii ns. rinnakkainpäivystyksenä Salon terveyskeskuksen päivystyksen kanssa päivä- ja ilta-aikana. Yöaikaiseen yhteispäivystykseen terveyskeskuksen kanssa siirryttiin vuonna 2016 (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2016, 2). Vakansseja Salon päivystyksessä osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan lisäksi on yhteensä 23, joista 19 sairaanhoitajan vakanssia päivystyksessä sekä neljä sairaanhoitajan vakanssia toimialueilla. Lisäksi päivystyksessä on yhteensä seitsemän (kolme päivystyksessä ja neljä toimialueilla) osastonsihteerin vakanssia. Lisäksi on yksi osastonhoitajan ja yksi apulaisosastonhoitajan vakanssi. Päivystyksessä toimii aamuvuorossa yleensä neljä sairaanhoitajaa, joista yksi on triage-hoitaja, yksi vastuussa sisätautisista päivystyspotilaista ja yksi vastuussa kirurgisista päivystyspotilaista. Neljäs hoitaja toimii tarvittaessa potilaskuljettajana ja avustaa päivystyshoitajia potilashoidossa. (Päivi Ylihaavisto, osastonhoitaja, EPLL/Salon päivystys. Henkilökohdainen tiedoksianto 27.9.2018.)

## 2.4 Kehittämiprojektin projektiorganisaatio

Projekti toteutetaan tavallisesti erilaisissa tiimeissä ja verkostoissa (Yli-Knuutila 2012, 14). Tässä kehittämissuorituksessa projektipäällikkönä toimi kehittämissuorituksen tekijä, sosiaali- ja terveysalan ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opiskelija. Projektipäällikön tehtävänä on projektiorganisaation muodostaminen ja toiminnan ohjaus sekä prosessin läpi vieminen. Opiskelijan on tarkoitus projektipäällikkönä toimiessa opiskella projektin johtamisen ja hallinnan taitoja. (Ahonen 2015, 15.) Kehittämissuorituksen projektiyhtymä kutsuttiin kokoon kohdeorganisaation henkilökunnasta kartoittamalla halukkaita osallistujia. Tällä pyrittiin varmistamaan projektiyhtymän työskentelyn onnistuminen, sillä projektityötä tehdään tiimeissä ja projektityössä on oltava halukas oppimaan uutta ja kehittymään sekä soveltamaan oppimaansa käytännössä (Yli-Knuutila 2012, 17). Projektiyhtymään kuului projektinjohtajan lisäksi kolme sairaanhoitajaa. Projektiyhtymän tarkoituksena on palvelumuotoiluprosessiin osallistuminen sekä edustaa palvelua tuottavaa organisaatiota tuomalla projektiin näkökulman asiakasrajapinnassa työskentelystä. Tämä on tärkeää, koska palvelumuotoiluprosessissa asiakasnäkökulman lisäksi organisaation tavoitteet ja palvelun tuottamiseen olemassa olevat resurssit ohjaavat palveluiden suunnittelua (Tuulaniemi 2011, 104).

Ohjausryhtymään kuuluivat projektipäällikön lisäksi tutor-opettaja, ylihoitaja Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitoksesta sekä Salon päivystyksestä osastonhoitaja, joka toimi myös työelämän mentorina opiskelijalle. Opettajuuturi vastaa kehittämissuorituksen ohjauksesta sekä muodostaa yhdessä opiskelijan ja työelämänmentorin kanssa projektin ajaksi ohjauksellisen tiimin. Mentori toimii kehittämissuorituksen mahdollistajana taustaorganisaatiossa sekä samalla opiskelijan urakehitystä ohjaavana mentorina. (Ahonen 2015, 15-16.) Ohjausryhtymän tarkoituksena kehittämissuorituksessa oli vastata projektiohjauksesta koko kehittämissuorituksen ajan (Virtanen 2009, 45).

Ohjausryhtymä kutsuttiin ensimmäisen kerran koolle keväällä 2017. Ensimmäisessä tapauksessa projektinjohtaja esitteli alustavan aiheen. Ohjausryhtymässä keskusteltiin aiheen rajaamisesta ja tarkennettiin kehittämissuorituksen ideaa. Tutkimusluvan saamisen jälkeen ohjausryhtymä kokoontui toisen kerran. Ohjausryhtymässä projektinjohtaja kertoi ensin kehittämissuorituksen etenemisestä ja sen jälkeen pohdittiin ensimmäisen työpajan sisältöä ja kehittämissuorituksen etenemistä. Ohjausryhtymä oli koolla myös toisessa työpajassa. Tässä työpajassa kehittämissuorituksen projektipäällikkö esitteli ensimmäisen työpaja-

jan sekä kokemuspohjaisten kyselyiden tulokset. Ohjausryhmä osallistui näin kehittämisprojektiin ja samalla projektinjohtaja sai ohjausta kehittämisprojektin tavoitteiden saavuttamiseen.

### 3 PÄIVYSTYSHOITO JA TRIAGE

Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti vuonna 2008 hankkeen, jossa luotiin yhtenäiset valtakunnalliset päivystyshoidon kriteerit. Hankkeessa laadittujen päivystyshoidon kriteereiden mukaan päivystyshoito tarkoittaa äkillisen sairastumisen, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia ja hoitoa ja sille on luonteenomaista, että sitä ei voi siirtää oireiden vaikeuden vuoksi tai ilman, että oireet pahentuvat tai vamma vaikeutuu. Kriteereiden mukaan päivystyspoliklinikoiden tulisi keskittyä vain päivystyspotilaiden hoitoon, eikä päivystyspoliklinikoiden tulisi toimia muun toiminnan varapaikkana, vaan muiden potilaiden hoito pitäisi toteuttaa muussa tarkoituksenmukaisessa toimintayksikössä. Päivystyshoidon kriteereiden mukaan potilaan tulee saada yhteys päivystykseen ympäri vuorokauden joko puhelimitse tai hakeutumalla terveyskeskukseen tai päivystyspoliklinikalle päivystyksellisen hoidon tarpeen arvioimiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 11.)

Triagella tarkoitetaan hoidon kiireellisyyden arviointia, joka tehdään päivystykseen saapuvalla potilaalla. Päivystyksessä arvioidaan kaikkien hoitoon saapuvien kiireellisyys sekä tarvittava hoitopaikka. Arvio tehdään potilaan ilmoittaman tulosyyn, muiden sairauksien ja löydösten perusteella. (Valvira 2017.) Potilaan hoidon tarpeen arviointi tulee tehdä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa selvittäen hänen mielipiteensä ennen hoidon toteuttamista. Varsinaisen päätöksen hoidon toteuttamisesta tekee kuitenkin terveydenhuollon ammattihenkilö ja hoidon tarpeen arvioinnista tehdään merkinnät potilasasiakirjoihin. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 21.) Päivystyspotilaan tilan ja hoidon tarpeen arviointi ei ole kertaluonteinen tapahtuma, vaan tilanteen arviointi jatkuu koko potilaan sairauden tai vamman keston ajan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 21).

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella päivystykseen tullessa hoitaja arvioi aina ensin päivystykseen tulevan potilaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden. Mikäli päivystyksellisen hoidon tarvetta ei todeta, voidaan potilas ohjata ottamaan yhteyttä arkipäivänä perusterveydenhuoltoon, kuten työterveyshuoltoon tai omalle terveysasemalle. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2017b.)

## 4 POTILASTYYTYVÄISYYS PÄIVYSTYKSESSÄ

Potilastyytyväisyyteen päivystyksessä vaikuttavat monet tekijät. Tähän kehittämissuunnitelmaan on valittu teoriapohjaksi kansainvälisiä ja suomalaisia tutkimuksia ja julkaisuja, joissa asiaa on käsitelty potilaan kohtaamisen ja hoitotyöntekijöiden, informoinnin, tutkittavien taustatietojen, fyysisen ympäristön sekä odotusajan näkökulmasta.

### 4.1 Potilaan kohtaaminen ja hoitotyöntekijöiden vaikutus potilaiden tyytyväisyyteen päivystyksessä

Potilaan kohtaaminen ja vastaanottotilanteen onnistuminen vaikuttavat potilaiden tyytyväisyyteen hoidosta. Onnistuneeseen potilaan kohtaamiseen kuuluvat lääkärin välittäminen potilaasta, lääkärin pätevyys, luotto lääkäriin ja informaation anto sekä tyytyväisyys hoitoon, hyödyn saaminen, potilaan ottaminen vakavasti ja kunnioitus lääkäriä kohtaan. Huonoon kohtamiseen taas liittyy suuttumuksen tunteet, pettymykset ja katkeruus sekä välinpitämättömyys, selälle puhuminen ja hoitovirheet. Potilaiden kokemuksiin vastaanottotilanteesta vaikuttivat myös terveydenhuoltojärjestelmään liittyvät asiat. Hyvässä kohtamisessa nämä olivat kokemus yksityisestä hoidosta ja hoidon jatkumisesta, huonossa kohtamisessa taas jonot, taloudelliset asiat ja tarpeettomat käynnit. (Salokekkilä 2011, 43.)

Potilaiden tyytyväisyyttä voidaan parantaa kiinnittämällä huomiota lääkärin ja hoitajien käyttäytymiseen potilaita kohdattaessa. Lääkäreiden tulisikin muistaa, että heidän käyttäytymisellään on tärkein rooli potilaiden tyytyväisyyteen vaikuttamisessa. Myös sillä on merkitystä, kuinka tiheästi potilaita kohdataan päivystyksessä olon aikana. Eräässä tutkimuksessa havaittiin merkittävä yhteys lääkärin käyntien määrällä ja potilaiden tyytyväisyydellä eli tyytyväisyyden parantamiseksi tulisi lisätä lääkäreiden käyntejä potilaan luona päivystyksessä olon aikana. Lisäksi tutkimuksessa havaittiin, että lääkäreiden ja hoitajien toiminta ja päätöksenteko ovat merkittävimmät potilaiden tyytyväisyyteen vaikuttavat tekijät. (Direkvand-Moghadamin ym. 2014, 3.)

Työntekijöiden vaikutusta tyytyväisyyteen on tutkinut myös Messina ym. (2015, 33, 37) tutkimuksessaan, jossa tutkimustulosten mukaan 98 % potilaista oli tyytyväisiä tai hyvin tyytyväisiä hoitotoihin. Tulokset paljastivat, että tyytyväisimpiä oltiin hoitamiseen liitty-

vissä asioissa, esimerkiksi lähes 99 % vastaajista oli sitä mieltä, että hoitajat olivat ammattitaitoisia ja hoitivat työnsä taidolla. Tyytymättömämpiä oltiin tulosten mukaan hoitajien ohjeiden antamiseen kotiutumisen yhteydessä tai siihen, kuinka paljon hoitajat antoivat aikaa potilaiden tarpeille. Myös Levandovskin ym. (2015, 479-480) tutkimuksessa tulokset osoittivat korkeaa tyytyväisyyttä hoitajien antamaan hoitoon. Hoitajat voivat toteuttaa ja implementoida muutoksia käytännöissä ja ehdottaa toimia hoidon laadun parantamiseksi. Lisäksi he voivat toimia hoitotyön näkyvyyden parantamiseksi ottaen huomioon hoitotyön vaikutukset laatuun ja potilaiden tyytyväisyyteen saamaansa hoitoon. Potilaiden mukaan hoitajien hyvä osaaminen vaatii teknisiä taitoja, tieteellistä osaamista, yksilöllisyyden huomioimista sekä positiivisen kokemuksen tarjoamista sairaalahoidosta.

Blank ym. (2014, 318-320) arvioivat tutkimuksessaan sekä potilaiden että sairaanhoitajien tyytyväisyyttä annettuun hoitoon. Lisäksi tarkoituksena oli tunnistaa ne tekijät, joihin ollaan tyytyväisiä ja tyytymättömiä sekä saada potilaiden ja hoitajien ehdotuksia ja suosituksia siitä, miten hoitoa voitaisiin parantaa. Tutkimustulosten mukaan potilaat arvioivat johdonmukaisesti hoidon tason korkeammaksi kuin hoitajat. Potilaiden tyytyväisyyteen vaikutti kaikilla tutkituilla osa-alueilla se, että potilas tiesi hoitajansa nimen tai tunnisti hoitajansa ulkonäöltä. Hoitajat taas toivat ilmi halunsa tehdä ”hyvää työtä”. Tämä määriteltiin potilaan auttamiseksi jollakin tapaa, joko tarjoamalla fyysistä apua tai henkistä tukea tai informaation jakamista. Suurin osa hoitajista halusi enemmän aikaa potilaiden kanssa, jotta he pystyisivät tarjoamaan erinomaista hoitoa. Hoitajien mukaan tärkeimmät tekijät, jotka estivät heitä tekemästä hyvää työtä, olivat ajan tai henkilökunnan puute sekä lääkärin erilaiset prioriteetit hoidon suhteen. Tutkimuksessa selvitettiin myös, mitä voitaisiin tehdä hoitotyön parantamiseksi. Hoitajien mukaan henkilökunnan lisääminen ja kommunikaation parantaminen hoitajan ja lääkärin välillä olisivat tärkeimmät tekijät. Potilaat olivat pääasiassa tyytyväisiä eivätkä halunneet muutoksia, muutama potilas halusi nopeampaa palvelua ja lyhyempiä odotusaikoja.

Myös Mylläri (2017, 161-162) on väitöskirjassaan todennut, että potilaat ilmaisivat suurta luottamusta päivystyksen henkilökuntaa ja hoidon lääketieteellistä korkeatasoisuutta kohtaan, mutta tarpeita vastaavan avun saamista ei pidetty itsestään selvyytenä. Tyytyväisyyteen vaikuttivat päivystyksen olosuhteet erityisesti silloin, kun ne olivat potilaan hoidon kannalta epäsuotuisat. Myös syötävän ja juotavan tarpeen huomioinnissa koettiin huomattavia puutteita. Päivystyksen henkilökuntaresurssit arvioitiin tutkimuksessa selvästi liian niukoiksi ja tulosten mukaan myös päivystyksen käytännöt ja hoitoon pääsyn järjestyksen perusteet tulisi olla potilaille paremmin ymmärrettäviä.

#### 4.2 Informoinnin vaikutus potilaiden tyytyväisyyteen päivystyksessä

Informoinnin ja tilanteesta tiedottamisen on havaittu vaikuttavan potilaiden tyytyväisyyteen päivystyksessä saamaansa hoitoon. Esimerkiksi Messinan ym. (2015, 33) mukaan yleiseen tyytyväisyyteen vaikutti jatkuvan informaation saaminen henkilökunnalta liittyen viivästyksiin. Ekwall (2013, 536) taas havaitsi tutkimuksessaan, että niistä potilaista, jotka olivat tyytymättömiä hoitoon, ketään ei oltu lähestytty henkilökunnan toimesta odotusaikana. Informaation saaminen odotusajoista sekä henkilökunnan puhuminen potilaiden kanssa oli yleisempää siinä ryhmässä, jossa tutkimuksen mukaan oltiin tyytyväisiä saatuun hoitoon. Kommunikaation hoitajien ja potilaiden välillä havaittiinkin olevan todella tärkeää sekä potilaiden tyytyväisyyden että ahdistuneisuuden lievittämisen kannalta. Tutkijan mukaan potilasta tulisikin auttaa ymmärtämään tilansa vakavuus ja kiireellisyys. Tämä olisi hyvä ottaa huomioon jo hoidon alussa triagehoitajan ja potilaan välisessä kommunikaatiossa. (Ekwall 2013, 537-538.) Yleisesti annettuun informaatioon oli hyvin tyytyväisiä Buchanan ym. (2015, 221) tutkimuksessa 56 % ja tyytymättömiä 18 % vastaajista. Hoitajien antamaan informaatioon oli hyvin tyytyväisiä 53 % vastaajista ja tyytymättömiä 18 % vastaajista. Näiden tutkimustulosten mukaan saatuun informaatioon oltiin melko tyytyväisiä, mutta informaation antamiseen tulisi kuitenkin jatkossa kiinnittää huomiota.

Saatuun informaatioon ja sen määrään vaikuttaa myös se, kuinka usein potilaiden luona käydään seurannassaolo aikana. Weigand (2013, 454-455) toteaaakin artikkelissaan, että kerran tunnissa tehtävät vierailut potilaan luona voivat parantaa potilaiden tyytyväisyyttä, sekä lisäksi vähentää soittokellojen käyttöä ja kaatumisten määrää. Näiden käyntien avulla voidaan käsitellä potilaiden kanssa myös niitä asioita, joista mahdollisesti myöhemmin tulisi ongelmia. Myös Kelly & Faraone (2013, 34) toteavat artikkelissaan saman asian. Kerran tunnissa tehtävät käynnit potilaan luona lisäsivät tyytyväisyyttä, työntekijöiden sitoutumista ja vähensivät potilaiden kaatumisia seurannan aikana. Näissä käynneissä keskityttiin informointiin, kertomaan viivästyksistä sekä käsiteltiin kipua. Jatkuvan informoinnin tärkeyden huomasi tutkimuksessaan myös Son ja Yom (2017, 34), jossa havaittiin, että potilaat, jotka joutuivat käymään päivystyksessä harvemmin tai olivat siellä ensimmäistä kertaa, olivat tyytymättömämpiä kuin ne, jotka kävivät siellä useammin. Tutkijat ajattelivat tämän johtuvan siitä, että usein käyvät potilaat ymmärtävät miten päivystys toimii ja toimintatavat ovat heille tuttuja, mikä saattaa lisätä tyytyväisyyttä. Tämän vuoksi niiden potilaiden informointiin tulisi kiinnittää enemmän huomiota, jotka ovat

päivystyksessä ensimmäistä kertaa tai käyvät siellä harvemmin. Informointi viivästyksistä ja toimintatavoista voi lisätä tämän ryhmän tyytyväisyyttä.

Myös se, miten informaatiota potilaille annetaan, vaikuttaa tyytyväisyyteen. Kommunikon tulisi olla tehokasta ja potilaille sekä heidän omaisilleen tulisi antaa realistista tietoa tilanteesta ja pitää heidät ajan tasalla. Myös potilasvuoteen vierellä pidettävän raportin on havaittu parantavan tyytyväisyyttä, sillä lyhyt vuoteenvierusraportti lisää potilaiden mahdollisuutta osallistua hoitoonsa. (Weigand 2013, 454-455.)

Paavilainen ym. (2009, 2217) selvittivät tutkimuksessaan potilaiden kokemuksia päivystyksessä saamastaan neuvonnasta/ohjauksesta. Tutkimuksessa pyydettiin potilaita kuvailemaan terveydenhuollon ammattilaisen antaman neuvonnan sisältöä sekä riittävyttä etenkin odotusaikana sekä kuvailemaan perheenjäsenten osallistumisen tärkeyttä. Tulosten mukaan 74 % vastaajista ilmaisi tyytyväisyyttä hoitajien antamaan informointiin, joka koski sairautta. Toisin kun Sonin ja Yomin (2017, 34) tutkimuksessa, jossa havaittiin, että ensimmäistä kertaa päivystykseen joutuneet olivat tyytymättömämpiä informointiin, Paavilaisen ym. (2009, 2217) mukaan 82 % vastaajista oli tyytyväisiä tutkimuksia koskevaan informointiin, ja ne, jotka olivat päivystyksessä ensimmäistä kertaa, olivat tyytyväisempiä kuin ne, jotka olivat käyneet päivystyksessä aiemmin. 81 % olivat tyytyväisiä hoitajien hoitomenetelmiin ja 81 % vastaajista oli tyytyväisiä myös lääkkeisiin liittyvään ohjaukseen ja sen riittävyteen. Potilaat kuitenkin kaipasivat lisää ohjausta lääkkeiden vaikutuksista ja sivuvaikutuksista. 69 % vastaajista koki, että he saivat riittävästi ohjausta kotona toipumiseen. Lisää informaatiota kaivattiin lääkityksiin ja siihen, miten selviytyä kotona toipilasaikana. (Paavilainen ym. 2009, 2220.)

Paavilainen ym. (2009, 2221) selvittivät tutkimuksessaan myös perheenjäsenten osallistumista ohjaustilanteeseen ja ohjauksen tärkeyttä. 48 % potilaista halusi, että myös perheenjäsenille annetaan informaatiota sairaudesta ja 52 % oli sitä vastaan. Samoin 60 % vastaajista halusi perheenjäsenille annettavan tietoa tilastaan, kun taas 40 % oli sitä vastaan. 58 % ei halunnut perheenjäsenten saavan tietoa hoidostaan. Näiden tutkimustulosten valossa voidaan todeta, että on tärkeää huomioida potilaan toiveet informaation antamisesta omaisille hoidon aikana. Tutkimustulosten mukaan 79 % vastaajista piti ohjausta tärkeänä, jotta he pystyivät osallistumaan hoitoonsa. Yleisesti ohjaus auttoi potilaita ymmärtämään omat voimavaransa ja lisäsi hoitoon sitoutumista. Näin ollen potilaan informointia ja ohjausta tulee pitää tärkeänä osana potilaan hoidon onnistumista ja potilaiden tyytyväisyyden parantamista.

#### 4.3 Potilaiden iän, koulutuksen ja sukupuolen vaikutus potilaiden tyytyväisyyteen päivystyksessä

Palvelujen tuottamisen ja niiden laadun parantamisen kannalta on tärkeää tarkastella tutkimusten tuloksia myös asiakkaiden taustamuuttujien, kuten ikä, sukupuoli, koulutus tai sosiaalinen asema, näkökulmasta. Taustamuuttajat saattavat selittää vaihtelua asiakkaiden kokemuksissa ja tyytyväisyydessä (Kujala 2003, 119). Taustatekijöiden vaikutukset tyytyväisyyteen vaihtelivatkin tutkimusten mukaan. Joissakin tutkimuksissa potilaan sukupuolella ei havaittu olevan yhteyttä tyytyväisyyteen (Ekwall 2013, 536; Levandovski ym. 2015, 476), yhdessä tutkimuksessa sen sijaan naissukupuolen havaittiin ennustavan tyytyväisyyttä päivystyksessä (Son & Yom 2017, 30-32). Koulutustaso vaikutti tyytyväisyyteen negatiivisesti. Korkeammin koulutetut olivat tyytymättömpiä hoitoon (Son & Yom 2017, 32; Levandovski ym. 2015, 476; Buchanan ym. 2015, 223; Direkvand-Moghadam ym. 2014, 2; Soleimanpour ym. 2011, 31; Messina ym. 2015, 33). Tutkijat ajattelivat tämän johtuvan siitä, että korkeammin koulutetuilla on mahdollisesti paremmat mahdollisuudet saada terveystietoa ja sen myötä heillä voi olla korkeammat odotukset hoidon suhteen. Lisäksi korkeampi koulutus voi vahvistaa osallistujien kykyä arvioida hoitotyön laatua ja tyytyväisyyden tasoa asianmukaisesti. Toisaalta alhaisemman koulutustason omaavilla osallistujilla voi olla erilaiset näkemykset arvioitaessa hoidon laatua, tai he voivat tuntea olevansa haavoittuvaisia välittäessään tyytymättömyyttään. Lisäksi on huomattava, että merkittävä tilastollinen yhteys löytyi koulutustason ja luotettavuuden arvioinnin välillä. Myös tässä asiassa tutkijat ajattelivat, että korkeakoulututkinnon suorittaneilla henkilöillä on paremmat valmiudet arvioida hoitotyön teknisiä näkökohtia ja hoidon koordinoitua. (Buchanan ym. 2015, 223.)

Yhden näkökulman taustamuuttujien vaikutuksista potilaiden tyytyväisyyteen antaa myös se, kuinka ruuhkaisia päivystykset ovat. Carter ym. (2014, 106) selvittivät kirjallisuuskatsauksessaan päivystyksen ruuhkautumisen vaikutusta hoitotuloksiin. Kirjallisuuskatsauksen tuloksena kolmessa yhdestätoista tutkimuksesta oli havaittu merkittävä positiivinen yhteys päivystyksen ruuhkautumisen ja kuolleisuuden välillä. Päivystysten ruuhkautumisen havaittiin olevan merkittävä potilasturvallisuuskysymys, joka liittyy potilaiden hoidon huonoon lopputulokseen. Päivystysten potilasmäärien lisääntymiseen ja sen tuomiin ongelmiin olisikin tutkijoiden mukaan tarpeellista kehittää interventioita ja toimintamalleja, joita voitaisiin hyödyntää ongelmaa ratkaistaessa.

#### 4.4 Odotusajan ja fyysisen ympäristön vaikutus potilaiden tyytyväisyyteen päivystyksessä

Odotusajan vaikutusta tyytyväisyyteen on tutkittu muutamissa tutkimuksissa. Tutkimuksissa todettiin, että yleisesti ne potilaat, jotka joutuivat odottamaan pidemmän ajan päivystyksessä, olivat tyytymättömpiä, kuin ne, jotka pääsivät tutkimuksiin nopeammin tai viettivät päivystyksessä lyhyemmän ajan (Son & Yom 2017, 33; Messina ym. 2015, 33; Levandovski ym. 2015, 476; Soleimanpour ym. 2011, 3). Eräessä tutkimuksessa pieni osa potilaista mainitsi, että hoitotyön laatua voisi parantaa nopeammalla palvelulla ja lyhyemmällä odotusajalla (Blank ym. 2014, 320). Edellä mainittujen tutkimustulosten mukaan potilaiden tyytyväisyyttä päivystyksessä voidaan siis parantaa lyhentämällä odotusaikaa mahdollisuuksien mukaan.

Arab ym. (2015, 1411-1417) tutkivat miten potilastyytyväisyyteen vaikuttaa aika lääkärille pääsyyn, päivystyskäynnin pituus sekä se, jos potilas poistuu ilman hoitoa. Aika lääkärille pääsyyn oli määritelty ajaksi ensimmäisestä triagesta ensimmäiseen lääkärin arviioon. Päivystyskäynnin pituus oli aika ensimmäisestä triagen teosta joko kotiutumiseen tai osastolle pääsyyn. Ilman hoitoa poistuneilla potilailla tarkoitettiin niitä potilaita, joille tehtiin triage, mutta poistuivat ennen kuin heitä ehdittiin tutkia. Keskimääräinen aika lääkärille pääsyyn oli 18 minuuttia. Keskimääräinen käynnin pituus oli 202 minuuttia. Aika lääkärille pääsyyn vaikutti tyytyväisyyteen mm. hoitotyön sekä menetelmien hallinnan osa-alueella. Samat osa-alueet vaikuttivat tyytyväisyyteen myös käynnin kokonaispituuden kohdalla. Vaikuttamalla käynnin pituuteen ja lääkärille pääsyyn mahdollisimman nopeasti, voimme parantaa potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon.

Sairaalaympäristön mukavuus vaikuttaa myös tyytyväisyyteen odotusaikana. Paavilaisen ym. (2009, 2221) tutkimuksessa 84 % vastaajista ilmaisi tyytyväisyytensä odotusaulan ohjeisiin. 79 % oli myös tyytyväisiä ohjauspaikan rauhallisuuteen, vaikka yksityistä tilaa ei siihen ollutkaan käytettävissä. Ne potilaat, jotka olivat päivystyksessä ensimmäistä kertaa, kokivat ohjaustilanteen ja paikan rauhallisemmaksi kuin ne, jotka olivat käyneet päivystyksessä aiemmin. Myös miespotilaat kokivat ohjauspaikan rauhallisemmaksi kuin naispotilaat. Ylipäätään potilaista oli epämiellyttävää keskustella asioistaan, kun muilla potilailla oli mahdollisuus kuulla heidät. Sen, että hoitajat laittoivat verhot kiinni potilaiden väliltä, ei koettu auttavan. Samassa tutkimuksessa 56 % vastaajista ilmoitti, että he saivat riittävästi tietoa arvioidusta odotusajasta. Epävarmuus odotusajasta aiheutti ahdistuneisuutta. Potilaat kaipasivatkin säännöllisesti tietoa odotusaikana.

Potilaat kaipasivat myös tietoa siitä, missä he saivat liikkua odotusaikana, olisiko heillä mahdollisuus esimerkiksi mennä kahvioon tai kotiin käymään odotusaikana. (Paavilainen ym. 2009, 2221). Myös Mylläri (2017, 161) on väitöskirjassaan, jossa selvitettiin, miten iäkkäät potilaat kokevat päivystyskäynnin, millaista on heidän käsitystensä mukaan laadukas hoito päivystyksessä ja miten heidän kokemukset vastasivat laatuksityksiä, tullut samankaltaiseen tulokseen odottamisen suhteen. Tutkimuksen tulosten mukaan olennaisinta ei ollut odotusaika vaan se, mitä odotusaikana tapahtui tai jäi tapahtumatta. Odottamisen kannalta parhaassa tapauksessa tutkimustulosten mukaan oltiin tilanteessa, jossa potilas oli tultu ottamaan vastaan hyvin pian päivystykseen saapumisen jälkeen, häntä käytiin katsomassa riittävän usein ja hänet pidettiin ajan tasalla päivystystapahtumista ja niiden syistä. Pahimmillaan potilaat kokivat odottamisen tuskalliseksi, turvattomaksi ja turhauttavaksi. (Mylläri 2017, 97, 161.)

Yhteenvedon voidaan sanoa, että tässä esitettyjen tutkimusten mukaan potilaiden tyytyväisyyttä voidaan siis parantaa nopeammalla palvelulla ja lyhentämällä odotusaikaa päivystyksessä. Lisäksi tulee huomioida informoinnin vaikutus tyytyväisyyteen, koska epävarmuus odotusajasta aiheutti potilaissa ahdistuneisuutta ja odotusaika koettiin tuskalliseksi. Informoinnin puute aiheutti tyytymättömyyttä hoitoon, joten kommunikointiin potilaiden ja hoitajien välillä tulee panostaa. On myös tärkeää huomioida potilaan toiveet informaation antamisesta esimerkiksi perheenjäsenille. Lisäksi tulee huomioida se, että informaation antaminen siten, että muut potilaat kuulevat, koettiin epämiellyttäväksi. Hyvällä kommunikoinnilla potilaiden ja hoitajien välillä on mahdollista osallistaa potilaita hoitoonsa enemmän ja lisätä sitä kautta tyytyväisyyttä. (Ekwall 2013; Buchanan 2015; Weigand 2013; Kelly & Faraone 2013; Son & Yom 2017; Paavilainen 2009; Messina ym. 2015; Levandovski ym. 2015; Soleimanpour ym. 2011; Arab ym. 2015; Mylläri 2017.)

## 5 ASIAKASLÄHTÖISYYS JA ASIAKASOSALLISUUS KEHITTÄMISEN LÄHTÖKOHTANA TERVEYDENHUOLLOSSA

### 5.1 Asiakslähtöisyys ja asiakasosallisuus

Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakkuus perustuu kolmeen erilaiseen asiakkuuden rooliin. Ensinnäkin asiakkuus perustuu oikeudelliseen säätelyyn eli sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakkaan asemaa turvaa monet lait ja säännökset. Näillä pyritään varmistamaan asiakkaan hyvä kohtelu. Toiseksi asiakkuus perustuu hallinnollisiin käytäntöihin, kuten siihen, miten palvelujen käyttäjät kohtaavat palvelujen tuottajat asiakastilanteissa. Kolmanneksi asiakkuus perustuu kuluttajuuteen. Palvelujen käyttäjän rooli ei ole siis yksiselitteinen sosiaali- ja terveydenhuollossa. (Stenvall & Virtanen 2012, 143-144, 146, 148, 153.)

Asiakasosallisuudella tarkoitetaan sitä, että asiakas osallistuu palvelun suunnitteluun, järjestämiseen, tuottamiseen, kehittämiseen tai arviointiin. Asiakasosallisuudella voidaan toteuttaa, varmistaa ja lisätä asiakslähtöisyyttä. Osallisuus ja osallistuminen on hyvä erottaa toisistaan; osallistuminen on osa osallisuutta ja osallisuus edellyttää lähtökohtaisesti, että asiakkaalla on jonkinlainen vaikutus palveluprosessiin. Lisäämällä asiakasosallisuutta voidaan kehittää palvelujen laatua ja parantaa vaikuttavuutta sekä selkeyttää resurssien määrän ja palveluiden vaatimusten ristiriitaa. Asiakasosallisuus on palveluiden kehittämisessä sekä keino että tavoite itsessään; tavoitteena sen edistäminen lisää palveluiden eettisyyttä ja asiakslähtöisyyttä, keinona sen edistäminen kehittää yleisesti palveluiden tehokkuutta ja parantaa laatua. (Leemann & Hämäläinen 2015, 1-2, 6.)

Asiakasosallisuudessa voidaan erottaa neljä eri asiakkaan osallisuusastetta, joissa asiakasosallisuus nousee asteittain vähäisestä asiakasosallisuudesta korkeampaan osallisuuteen. Ensimmäisellä tasolla palvelun asiakas on informantti eli palautteen antaja. Ensimmäisellä tasolla ei ole varsinaista asiakasosallisuutta, pelkästään asiakkaan osallistumista. Toisella tasolla palvelun asiakas on osallinen, enemmän kuin palautteen antaja. Tämä on asiakasosallisuuden perusaste. Kolmannella tasolla palvelun asiakas on vai-

kuttaja ja laadun kehittäjä. Kolmannella tasolla puhutaan jo korkeasta asiakasosallisuuden asteesta. Neljännellä tasolla palvelun asiakas toimii johtajana, joka määrittelee palvelun raamit. Tällä tasolla asiakas tai asiakasryhmä tekevät aloitteen palvelujärjestelmän kehittämiseksi ja johtavat muutosta. Tämä on korkein asiakasosallisuuden taso. (Leemann & Hämäläinen 2015, 3-4; Koivuniemi ym. 2014, 170.) Asiakkaan suhde asiantuntijavaltaan, tiedon prosessoinnin kyky, omien asenteiden ja ajattelumallien hallinta sekä sosiaalinen tuki määrittelevät lähtökohdat yksilön osallisuudelle (Koivuniemi ym. 2014,169-170).

Asiakasosallisuuden asteen lisäksi on olennaista myös asiakasosallisuuden taso eli asiakasosallisuuden suuntaaminen. Asiakasosallisuuden taso voidaan jakaa kahteen ulottuvuuteen. Ensimmäisessä ulottuvuudessa asiakas osallistuu pelkästään omien palvelujen suunnitteluun. Toisessa ulottuvuudessa asiakas taas voi osallistua palvelujen suunnitteluun yleisellä tasolla. Asiakkaiden mahdollisuus osallistua omien palvelujen suunnitteluun ja kehittämiseen on tärkeä osa palvelujen asiakaslähtöisyyttä ja yksilöllisten palvelutarpeiden huomioimista. (Leemann & Hämäläinen 2015, 4.)

Asiakaslähtöisyyden voidaan ajatella sosiaali- ja terveysalalla olevan toiminnan arvope-  
rusta, jonka mukaan jokainen asiakas kohdataan ihmisarvoisena yksilönä. Asiakaslähtöisyydessä keskeistä on, että palveluita ei järjestetä pelkästään organisaation, vaan myös asiakkaan tarpeista lähtien mahdollisimman toimiviksi. Asiakaslähtöisyydessä asiakas nähdään palveluihin osallistuvana aktiivisena toimijana eikä passiivisena palveluiden kohteena. Asiakaslähtöisessä toiminnassa asiakkaan oman elämän asiantuntijuus tekee hänestä palveluprosessissa työntekijöiden kanssa yhdenvertaisen toimijan. Asiakkaan näkökulmasta asiakaslähtöisyydessä on kyse palvelusta asiakaslähtöisenä kokemuksena, jota muokkaa asiakkaan rooli ja odotusarvo palvelusta. (Virtanen ym. 2011, 18-19, 21.) Asiakaslähtöisyyden kehittäminen on tulevaisuudessa entistä tärkeämpää. Asiakaslähtöisen kehittämisen keskeisenä tekijänä on koko palvelukulttuurin kehittäminen ja asiakkaiden huomioon ottaminen palvelujen suunnittelussa, palvelujen käyttäjien osallistaminen palvelutuotannon suunnitteluun ja toimenpanoon, asiakkaiden palvelutarpeen perusteella kehitettävien palvelukokonaisuuksien rakentaminen, asiakkaiden palvelujen sisältöjä, toimintatapoja ja palvelukulttuuria koskevan tietoisuuden nostaminen sekä organisaation asiakasymmärryksen vahvistaminen (Stenvall & Virtanen 2012, 189.)

Tanttu (2007, 166) on väitöskirjassaan todennut asiakaslähtöisyyden toiminnassa muodostuvan asiakasnäkökulman käyttöönotosta, potilaan hoidon tarpeen arvioinnista ja ennakoinnista, palvelujen ja hoidon priorisoinnista sekä jatkohoidon arvioinnin tehostamisesta. Kun organisaatiossa toimitaan asiakaslähtöisesti, kukin asiakas saa omista tarpeistaan lähtien suunnitellun hoito- ja palvelukokonaisuuden. Palvelun käyttäjän rooli onkin myös julkisissa palveluissa muuttunut ratkaisevasti ja asiakasrajapinnasta on tullut uudella tavalla kiinnostava niin tutkimuksen kuin palvelujen kehittämisen kannalta (Virtanen & Stenvall 2014, 152).

Asiakaslähtöisyys organisaatiossa edellyttää sitä, että organisaatiolla on systemaattista tietoa palvelujen käyttäjän palvelun käyttämisen profiilista ja mieltymyksistä. Lisäksi palvelujen käyttäjälle tulee luoda mahdollisuus osallistua palveluprosessiin. Asiakaslähtöinen toimintamalli edellyttää asiakasymmärrystä ja tietoa palvelun käyttäjästä ja tiedon tulisi olla sekä ajassa taakse- että eteenpäin katsovaa. Suuri merkitys organisaation asiakaslähtöisyyden lisäämisellä on myös sillä, miten organisaatiota johdetaan. Johdon tulisikin omalla esimerkillään näyttää organisaatiolle se suunta, johon se toivoo sen menevän. (Virtanen & Stenvall 2014, 156.)

Asiakaslähtöisyyttä on tutkittu Suomessa Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen ”Uudistuvat sosiaali- ja terveysterveystoimet” väestökyselyn pohjalta. Kyselyssä selvitettiin terveystoimien käyttäjien käsityksiä Suomen terveydenhuollon asiakaslähtöisyydestä. Tutkimuksessa kuvattiin palvelujen käyttäjien kokemuksia hoitoon pääsyä, palvelujen toimivuudesta sekä hoidon saatavuutta haitanneista tekijöistä. Tulosten mukaan potilaan kunnioittava kohtelu toteutuu hyvin, mutta palveluun pääsyssä ja omaan hoitoon osallistumisessa havaittiin kehittämistä. Tulosten mukaan vain hieman vajaa puolet vastaajista sai aina yhteyden hoitopaikkaan sujuvasti ja pääsi hoitoon ja tutkimuksiin riittävän nopeasti. Vastaajista 33%:n annettiin osallistua hoitopäätöksiin aina, 33%:n useimmiten ja 13%:n ei koskaan. Tulosten mukaan potilaat pääsivät palveluihin paremmin yksityisellä sektorilla, työterveyshuollossa ja sairaalan poliklinikalla verrattuna terveystoimintakeskuksiin. Sairaalan poliklinikalla asioineet vastaajat pääsivät muita useammin osallistuman omaan hoitoonsa. Toisaalta palveluun pääsyssä ja omaan hoitoon osallistumisessa sairaalassa hoidetut eivät merkittävästi eronneet niistä vastaajista, joilla ei ollut sairaalahoitajaksoja. (Aalto ym. 2017, 1-3.)

Asiakaslähtöisyyttä arvioitiin myös hoitoa haitanneiden tekijöiden näkökulmasta. Näistä yleisimpiä olivat hoidon integraation eli palvelujen yhteensovittamiseen ja sujuvuuteen ja saavutettavuuteen liittyvät esteet. Vastaajista joka toinen oli joutunut vähintään joskus

joutunut selvittämään tilannettaan joko usealle toimijalle tai useaan kertaan. 37% vastaajista koki tulleen pompotelluksi palvelupisteestä toiseen. Palvelujen saavutettavuuteen liittyen 38% vastaajista koki, että matkat olivat haitanneet palvelun saamista ja 31% taas koki, että aukioloajat olivat haitanneet palveluun pääsyä. Joka neljäs vastaajista kertoi, että korkeat asiakasmaksut tai oma taloudellinen tilanne oli haitannut palvelun saantia. Sairaalassa hoidettavana olleet kokivat muita useammin palvelujen integraatioon liittyvien esteiden haitanneen palvelujen saantia. (Aalto ym. 2017, 4, 6.)

Kaiken kaikkiaan asiakaslähtöisen palveluketjuajattelun käyttöönotto terveydenhuollossa merkitsee siirtymistä vanhasta hierarkkisesta, byrokraattisesta ja tulosityksikön tehokkuutta korostavasta toiminnasta asiakkaan etua korostavaan toimintamalliin, jossa huomio kohdentuu enemmän palvelujen kokonaisuuden hallintaan ja ammattilaisten yhteistyöhön. Julkisessa terveydenhuollossa tapahtuvat muutokset vastaavat toivottavasti myös omalta osaltaan asiakaslähtöisen toiminnan vaatimiin muutoksiin palvelurakenteissa. Palvelujen muodostaman kokonaisuuden tulisi olla optimaalinen asiakkaan tarpeista ja näkökulmasta katsoen. (Tanttu 2007, 181-182.)

## 5.2 Asiakaslähtöisyyden lisääminen terveydenhuollossa

Asiakaslähtöisyyden lisääminen terveystalouksissa on yksi hoidon laatuun ja potilastyytyväisyyteen vaikuttava tekijä. Sen edistämiseksi on käynnissä esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriöllä kärkihanke Palvelut asiakaslähtöisiksi, jossa tavoitteena on, että asiakas saa paremmin tukea toimintakyvyn ylläpitämiseen ja omahoitoon ja löytää sosiaali- ja terveystaloukset helpommin. Yhtenä toimenpiteenä hankkeen tavoitteiden saavuttamiseksi on asiakkaiden kokemustiedon tuominen osaksi palvelujärjestelmää ja asiakkaan valinnanvapauden lisääminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018b.) Myös Suomessa meneillään olevassa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa on asiakkaan asema ja osallisuus nostettu keskeiseen asemaan (Aalto ym. 2017, 9).

Potilaskeskeinen ja -lähtöinen hoito on tärkeä osa laatua ja se edellyttää potilaiden osallistumista hoitoonsa. Scott (2014, 7-9) on käsitellyt artikkelissaan, mitä potilaiden osallistuminen hoitoon tarkoittaa päätöksenteon kannalta. Jaettu päätöksenteko tarkoittaa hoitohenkilökunnan ja potilaan yhteistyössä tekemiä päätöksiä, jotka perustuvat parhaimpaan näyttöön, potilaan arvoihin ja mieltymyksiin. Tämän lähestymistavan vahvuuksia ovat potilaiden sitoutuminen, parantunut päätöksenteko, soveltuvuus moniin eri tilan-

teisiin, potilasturvallisuuden parantuminen ja taloudelliset hyödyt. Toimintavan heikkouksia taas ovat vielä vähäinen käyttöaste, aikapaineet, tiettyjen potilasryhmien liian vähäinen sitoutuminen, lääkäreiden kommunikaatiotaitojen riittämättömyys tilanteessa sekä työpaikalta saatavan tuen puuttuminen. Kirjoittajan mukaan nämä heikkoudet eivät kuitenkaan ole ylitsepääsemättömiä, joten toimintatavan kehittäminen eteenpäin on tärkeää, jotta voidaan saavuttaa potilaskeskeisyys hoidossa, jossa potilaat ajatellaan olevan enemmän kumppaneita tasavertaisessa hoitosuhteessa.

Potilaslähtöisyyttä voidaan parantaa jaetun päätöksenteon lisäksi myös kiinnittämällä huomiota hoidon yksityiskohtiin. Buchanan ym. (2015, 223) tutkimuksessa hoitajien reagointi arvioitiin huonoiten toteutuvaksi päivystyksessä. Potilaat olivat tyytymättömiä hoitajien reagointiin heidän avunpyyntöihinsä, hoitajien avuliaisuuteen, potilaiden tarpeiden huomioonottamiseen ja heidän mielipiteiden huomioimiseen. Tutkijoiden mukaan päivystykseen tulevat potilaat odottavatkin saavansa hoitoa nopeasti ja tapaamansa auttavaisen henkilökunnan, joka huomioi heidän tarpeensa. Potilaslähtöisyyden lisäämiseksi tulee kiinnittää erityistä huomiota potilaiden mielipiteiden huomioonottamiseen.

Yhden näkökulman potilaslähtöisyyden lisäämiseen päivystyksessä antaa Lin ym. (2013, 1, 4-7), jotka selvittivät tutkimuksessaan, miten potilaiden yksityisyyttä ja tyytyväisyyttä voidaan parantaa ruuhkaisissa päivystyksissä. Tutkimuksen mukaan päivystykset ovat muihin osastoihin verrattuna erilaisia yksityisyyden suhteen, sillä päivystyksissä harvoin on potilaille erillisiä huoneita yksityisyyden ja salassapidon parantamiseksi. Sänkyjen välillä on usein vaan verhot ja potilaat on sijoitettu lähelle toisiaan pitkiksikin ajoiksi. Tämän vuoksi kommunikaatio potilaiden ja henkilökunnan välillä on vaikeaa, varsinkin keskusteltaessa vaikeista tai potilaille aroista asioista tai hoitovaihtoehtoista. Tämä voi aiheuttaa jopa väärien diagnoosien tekoa tai sopimattomien hoitomuotojen valintaa, ja lopulta vaikuttaa potilaiden luottamukseen ja vaikeuttaa hyvän hoitosuhteen luomista lääkärin ja potilaan välille. Tutkimuksessa haastateltiin potilaita kahdessa vaiheessa, ennen ja jälkeen intervention, joka suunniteltiin ja toteutettiin tutkimusta varten. Interventiossa käsiteltiin 4 osa-aluetta, jotka olivat tilojen uudelleen järjestely ja hoitoprosessien tarkastelu, kulun rajoittaminen hoitotiloihin, bioeettinen koulutus ja harjoittelu sekä kannustaminen konsultaatioihin eettisissä ongelmatilanteissa. Tutkimustulosten mukaan intervention jälkeen merkittäviä parannuksia havaittiin potilaiden käsityksissä siitä, että henkilökohtaista tietoa ei päässyt muiden potilaiden korviin tai että heitä ei näkisi seurannassa muut kuin hoitoon osallistuvat henkilöt. Lisäksi parannuksia havaittiin siinä, että potilaat eivät kuulisi tahattomasti hoitohenkilökunnan sopimattomia keskusteluja

sekä siinä, että hoitohenkilökunta kunnioittaa potilaiden yksityisyyttä. Yksityisyyden parantaminen ja toimintamallien muuttaminen potilaiden yksityisyyttä huomioonottavampaan suuntaan on ehdottomasti yksi potilaslähtöisyyden kulmakivistä.

Myös organisaation tulee tukea potilaslähtöistä moniammatillista yhteistyötä, jotta asiantuntijoilla on mahdollisuus työskennellä potilaslähtöisesti. Organisaation rakenteet ja normit saattavat mahdollistaa vain organisaatiolähtöistä toimintaa, vaikka halua työskennellä potilaslähtöisesti olisikin. Moniammatillisen potilaslähtöisen toiminnan onnistunut toteuttaminen edellyttää yhteistä näkemystä sekä sitoutumista tarpeellisiin muutoksiin kaikilla organisaation tasoilla. (Isoherranen 2012, 156-157.) Myös tämänlainen asenteisiin vaikuttaminen tulee ottaa huomioon kehittämistoiminnassa, jotta muutos on mahdollinen. Työyhteisön osaamista arvostamalla ja tukemalla sen merkitystä muutoksessa, päästään lähemmäksi asiakkaita hyödyntäviä palveluita (Tanttu 2007, 165).

Kujala (2003, 141) esittelee väitöskirjassaan asiakaslähtöisen laadunhallintamallin (Kuvio 1). Kujalan mukaan jo se, että toiminnan perustaksi ja lähtökohdaksi hyväksytään asiakaslähtöisyys, voi vaikuttaa asenteisiin, motivaatioon sekä työntekijän osaamistahoon kuin myös organisaation osaamisvarannon ylläpitoon. Lisäksi johto saa aineista niin henkilöstön kuin hoitoprosessien kehittämiseen.



Kuvio 1. Osallisuus omaan hoitoonsa asiakaslähtöisen laadunhallinnan mallin perustana (mukaillen Kujala 2003, 141).

Potilaan näkökulma on tärkeä osa palvelujen laadun arviointia. Voimassa oleva lainsäädäntö sekä strategiset kansalliset hankkeet velvoittavat myös sosiaali- ja terveydenhuollossa kehittämään menetelmiä, joiden avulla potilaat ja asiakkaat pääsevät osallisiksi kehittämistoimintaan. Tavoitteena tällä kehittämistoiminnalla on saada asiakaskeskeisempiä ja yksilöllisesti sovellettavia palveluita. Potilaiden osallistaminen sosiaali- ja terveydenhuollon arviointi- ja kehittämistyöhön tehostaa toimintaa. Osallistaminen tulisi sisällyttää osaksi laadunhallinnan menetelmiä. (Suhonen & Stolt 2013, 12.)

Asiakkaan aktiivinen rooli palveluiden kehittämisessä ei vähennä palvelun tarjoajan ja ammattilaisen asiantuntemuksen merkitystä. Asiakaslähtöisen kehittämisen tulisi tapahtua tiiviissä vuorovaikutuksessa palveluiden käytännön toteuttamisen ja kunnallisen päätöksenteon kanssa. Uudenlainen asiakaslähtöinen toimintatapa edellyttää uusia toimintatapoja ja erilaista asennoitumista niin asiakkailta kuin ammattilaisilta. Asiakkaiden ja ammattilaisten yhteistyössä palvelujen kehittämisessä on kyseessä myös iso ajattelutavan muutos, mutta paluuta asiakkaiden passiivisuuteen ei ole sillä globalisaatio, internet, muiden palvelualojen toimintamallit, yleinen tietoyhteiskuntakehitys, väestön koulutustaso, asiakasosaamisen parantuminen ja muutokset auktoriteetteihin suhtautumisessa vain vahvistavat asiakkaan asemaa palvelun käyttäjänä ja kehittäjänä. (Koivuniemi ym. 2014, 175, 177.)

## 6 PALVELUMUOTOILU KEHITTÄMISEN MENETELMÄNÄ

Kehittämistoiminta alkaa aina kehittämistarpeen tunnistamisesta. Sitä seuraa ideointivaihe, suunnitteluvaihe, toteutusvaihe, toteutuksen perusteella tulosten saaminen tai tuotoksen muotoutuminen ja arviointivaihe. Kehittämistoiminnan viimeinen vaihe on päätös, jolloin uusi käytäntö implementoidaan tai tulokset levitetään käytäntöön. Käytännössä nämä vaiheet usein limittyvät toisiinsa. (Salonen ym. 2017, 51.) Tässä kappaleessa käsitellään palvelumuotoilua kehittämisen menetelmänä, koska se on valittu tämän kehittämisprojektin kehittämisen menetelmäksi.

Ensimmäiseksi tulee kuitenkin määritellä palvelu. Palvelulle ominaista on, että sen avulla ratkaistaan asiakkaan ongelma. Palvelu on aina prosessi, jonka koemme, mutta emme omista sitä. Lisäksi palvelussa on merkittävää ihmisten välinen vuorovaikutus. Palvelun keskiössä on aina ihminen, asiakas, joka käyttää palveluja. Palvelussa on aina mukana myös asiakasrajapinnassa toimivat asiakaspalvelijat ja yhdessä asiakkaan kanssa he muodostavat palvelukokemuksen, jossa vuorovaikutus on keskeisessä osassa. Yksi palvelumuotoilun keskeinen elementti on asiakasymmärrys, joka tarkoittaa asiakkaan arvo muodostuksen ymmärtämistä eli on ymmärrettävä, mistä elementeistä arvo muodostuu palvelussa asiakkaalle. Asiakasymmärrystä hyödyntämällä voidaan kehittää uusia palvelukonsepteja ja laittamalla ihminen toiminnan keskiöön minimoidaan epäonnistumisen riski, koska palvelu on suunniteltu asiakkaan todellisten tarpeiden pohjalta. Toinen tärkeä tekijä palveluiden kehittämisessä on asiakkaan kokemuksen ymmärtäminen. Asiakaskokemus voidaan jakaa kolmeen osaan; toimintaan, tunteisiin ja merkityksiin, jossa toiminnalla tarkoitetaan palvelun kykyä vastata asiakkaan tarpeeseen, prosessien sujuvuutta, palvelun hahmotettavuutta, saavutettavuutta, käytettävyyttä, tehokkuutta ja monipuolisuutta. Tunnetasolla taas tarkoitetaan asiakkaalle syntyviä välittömiä tuntemuksia ja kokemuksia ja merkitystasolla kokemukseen liittyviä mielikuva- ja merkitysulottuvuuksia eli miten palvelu vastaa asiakkaan identiteetin ja henkilökohtaisiin merkityksiin. (Tuulaniemi 2011, 59, 71-72, 74-75.)

Palvelupolku kuvaa asiakkaan kulkua läpi palvelun. Palvelupolku voidaan jakaa eripituisiin osiin, joita kutsutaan palvelutuokioiksi ja palvelun kontaktipisteiksi eli palvelupolku jakautuu palvelutuokioihin, jotka sisältävät useita palvelun kontaktipisteitä. Palvelupolku

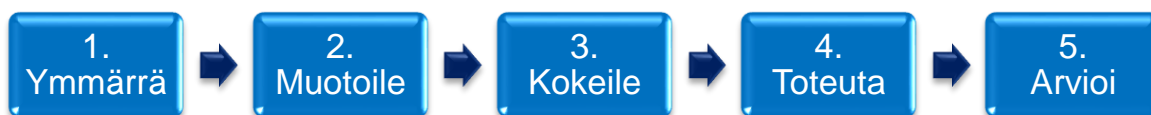
on siis koko palvelukokonaisuuden kuvaus. Palvelun kontaktipisteitä ovat ihmiset, ympäristöt, esineet ja toimintatavat. Ihmiskontaktipisteillä tarkoitetaan asiakasta ja asiakaspalvelijaa. Ympäristöllä voidaan tarkoittaa joko fyysisiä tai virtuaalisia tiloja, joissa palvelu tapahtuu. Esineillä tarkoitetaan fyysisiä tavaroita, jotka mahdollistavat palvelun kuluttamisen. Toimintatavoilla taas tarkoitetaan palveluhenkilökunnan sovittuja ja palveluun kuuluvia käyttäytymismalleja, jotka voidaan vakioida. (Tuulaniemi 2011, 78-82.)

Palvelumuotoilu tarkoittaa palvelujen innovointia, kehittämistä ja suunnittelua muotoilun menetelmin ja sen tavoitteena on palvelukokemusten käyttäjälähtöinen suunnittelu ja toteuttaminen niin, että kehitetty palvelu vastaa sekä käyttäjien tarpeita että palvelun tarjoajan toiminnallisia tavoitteita (Koivuniemi ym. 2014, 164). Palvelumuotoilun avulla voidaan palveluista luoda toimivia, laadukkaita ja kestäviä. Palvelumuotoilun tarkoituksena on luoda lisäarvoa palvelua käyttävälle asiakkaalle, palvelun tuottajalle ja tarjoajalle. Palvelumuotoilun lähtökohtana on luoda tai muotoilla palveluja ja se toteutetaan yhdessä kehittämällä tavoitteena laadukkaiden palveluiden luominen. Palvelumuotoilu on kokonaisvaltainen ja inhimillinen kehittämisen menetelmä. Siinä keskitytään tavoitteiden, tarpeiden, motiivien, halujen ja kokemusten kokonaisvaltaiseen ymmärtämiseen ja palvelujen yhteiskehittämiseen. Yhdessä kehitetyt palvelut ovat laadukkaita ja ne vastaavat tehokkaasti asiakkaan todelliseen tarpeeseen. Poistamalla turhat, lisäarvoa tuottamattomat palveluosat, voidaan lisätä tuottavuutta ja kustannustehokkuutta. (Ahonen 2017, 34, 36, 38.)

Palvelumuotoilua on käytetty aiemmin terveydenhuollon kehittämisessä Varsinais-Suomessa esimerkiksi Palvelumuotoilulla parempia palveluja riskiryhmille -hankkeessa, jossa tavoitteena oli luoda asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveystalv palveluja palvelumuotoilun ja johtamisen keinoin, kehittää palvelujen johtamismalleja ja kehittämisen käytäntöjä sekä luoda edellytyksiä kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasjärjestelmiä (Jalo 2013, 2). Ideaalitalanteessa palvelumuotoilun soveltaminen tarkoittaa sitä, että asiakkaille tarjotaan tasavertainen osallisuus kehittämisessä (Häyhtiö 2017, 7). Palvelumuotoilussa keskeinen ajatus on eri osapuolten osallistaminen palveluiden kehittämiseen eli palvelumuotoilu on yhteiskehittämistä, jossa kaikki osapuolet sitoutuvat kehittämiseen (Tuulaniemi 2011, 116-117). Palvelumuotoilu valittiin tähän kehittämisprojektiin kehittämisen menetelmäksi, koska haluttiin erityisesti ottaa potilaat mukaan kehittämiseen ja palveluiden parantamiseen, eikä vastaavaa projektia ole aiemmin kohdeorganisaatiossa toteutettu.

## 7 KEHITTÄMISPROJEKTIN ETENEMINEN JA TOTEUTUS

Kehittämiprojekti eteni vaiheittain mukaillen Ahosen (2017, 70, 73) luomaa sosiaali- ja terveysalalle sopivaa palvelumuotoiluprosessia (Kuvio 2). Prosessin avulla voidaan luoda laadukkaita ja eettisiä palveluja sosiaali- ja terveysalalle. Palvelumuotoiluprosessia voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveysalan palvelujen kehittämiprojekteissa.



Kuvio 2. Sosiaali- ja terveysalalle soveltuva palvelumuotoiluprosessi (Ahonen 2017, 73).

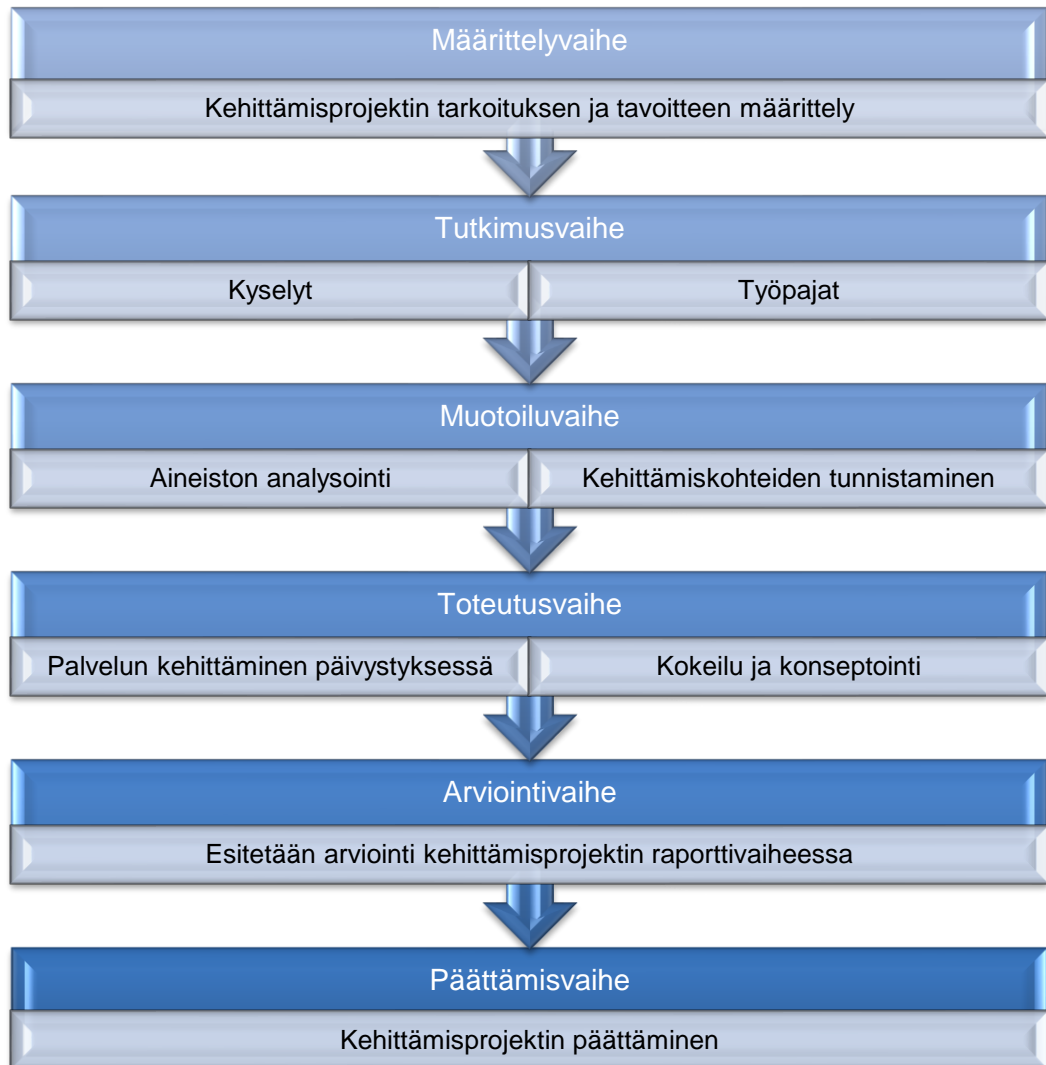
Ymmärrysvaiheen tavoitteena on luoda projektin määrittelyn ja tutkimisen avulla ymmärrys kaikkien osapuolien tarpeista, tavoitteista ja toiveista. Vaihe jakautuu määrittelyyn, tutkimiseen ja lopulta ymmärryksen muodostumiseen. *Määrittelyvaihe* sisältää projektin tarkoituksen, tavoitteen ja rajoitusten määrittelyä. *Tutkimusvaiheessa* voidaan kartoittaa kohderyhmän, palvelun tarjoajan sekä tuottajan unelmia, toiveita, motiiveita, tarpeita ja tavoitteita. *Ymmärrysvaiheessa* muodostetaan syvälinen ymmärrys. (Ahonen 2017, 78-85.)

Muotoiluvaiheessa tavoitteena on *strategian muotoilu, ideointi ja konseptointi*. Tässä vaiheessa kehittämiprojektin tavoitteita ja päämääriä voidaan päivittää ymmärrysvaiheessa kerätyn tiedon pohjalta. Ideoinnin tarkoituksena on luoda ehdotuksia ongelmien ratkaisuksi ja siinä yhdistetään tieto ja luovat työmenetelmät. (Ahonen 2017, 86, 88, 90.) Konseptointi tarkoittaa idean jalostamista toteuttamiskelpoiseksi malliksi. Konseptin tarkoitus on kuvata ideaa tai asiaa siten, että kaikille osapuolille syntyy kuva, mitä ollaan tekemässä ja mihin pyritään. Palvelukonseptissa on tärkeää kuvata, miten palvelu tuottaa lisäarvoa ja miten se vastaa käyttäjän tarpeisiin. (Ahonen 2017, 92; Kalliomäki & Ruuska 2011, 109.)

Kokeiluvaiheessa luodaan ensimmäinen malli, prototyyppi, jonka avulla on tarkoitus kokeilla kehitteillä olevaa tuotetta tai palvelua (Ahonen 2017, 96). Toteutusvaiheessa tarkennetaan konseptia ja viedään malli tai palvelu käytäntöön (Ahonen 2017, 102).

Arviointivaiheessa selvitetään, onko asetettuihin tavoitteisiin päästy. Palvelumuotoilussa arviointia on tärkeää tehdä myös jokaisen vaiheen jälkeen, ei pelkästään projektin lopussa. Palvelujen arviointi on haastavaa, koska kyseessä on subjektiivinen asia, jonka mittaaminen on hankalaa. (Ahonen 2017, 104; Vaahtojärvi 2011, 137-138.)

Ahosen (2017, 73) palvelumuotoiluprosessia mukaillen kehittämissuunnitelman lopullisiksi vaiheiksi muodostuivat: määrittely-, tutkimus-, muotoilu-, toteutus-, arviointi- ja päättämisen vaiheet. Kehittämissuunnitelman eteneminen ja toteutus vaiheittain on esitetty kuviossa 3.



Kuvio 3. Kehittämiprojektin eteneminen ja toteutus.

Määrittelyvaihe sisälsi kehittämiprojektin tarpeen ja tavoitteen määrittelyn. Tavoitteiden määrittelyn jälkeen perehdyttiin aiempaan tutkimustietoon potilaiden tyytyväisyydestä ja asiakaslähtöisyydestä. Tämän taustaselvityksen perusteella laadittiin potilaille kokemuspohjainen kysely (Liite 1). Kyselyt toteutettiin tutkimusvaiheessa, johon sisältyi myös kahden työpajan järjestäminen kohdeorganisaation henkilökunnalle.

Muotoiluvaiheessa kehittämiprojektissa analysoitiin kyselyin kerätty aineisto ja yhdistettiin tulokset työpajojen tulosten kanssa. Näiden tulosten perusteella tunnistettiin päivystyksen kehittämiskohteet. Kehittämiskohteiden tunnistamisen jälkeen siirryttiin toteutusvaiheeseen, jolloin luotiin konsepti siitä, päivystyksen toiminnassa ja hoitoprosessissa

kehitetään. Toteutusvaihetta seurasi arviointivaihe. Arviointia tehtiin tutkimuksellisen osion jälkeen, lisäksi suullista arviointia kerättiin ensimmäisen työpajan jälkeen. Arviointivaihe kesti näin ollen koko kehittämisprojektin ajan. Päätämismvaiheessa kehittämisprojekti päätettiin ja esitettiin jatkokehittämissuositus.

## 8 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSIO

### 8.1 Tutkimuksellisen osion tavoite, tarkoitus ja menetelmä

Tässä kehittämisprojektissa tutkimuksellisessa osiossa tehtiin päivystyksen asiakkaille kokempohjainen kysely (Liite 1), joka on hyvä keino kerätä tietoa palvelukokemukseen liittyen (Kurronen 2013, 14). Kyselyn avulla voidaan kerätä nopeasti laaja tutkimusaineisto tai katsaus tiettyyn asiaan. Kysely ei tarjoa syvällistä tietoa, mutta sitä voidaan hyödyntää yleisten, mitattavissa olevien muuttujien tutkimisessa. Menetelmä valittiin, koska kokempohjainen kysely auttaa ymmärtämään käyttäjäkokemusta, tunnistamaan parannusmahdollisuuksia ja lisäksi sitä voidaan käyttää pohjustuksena varsinaisen tutkimuksen tekemiselle. Kokempohjaisessa kyselyssä palvelu voidaan jakaa palvelutapahtumiin, joita asiakkaiden pyydetään arvioimaan omien kokemustensa perusteella. (Hirsjärvi ym. 2009,195; Kurronen 2013, 14.) Kyselyn tavoitteena oli tässä kehittämisprojektissa syventää asiakasymmärrystä.

Tässä kehittämisprojektissa kokempohjainen kysely laadittiin siten, että palvelukokonaisuus jaettiin seuraaviin palvelutapahtumiin: saapuminen päivystykseen, seuranta/tarkkailuvaihe ja päivystyksen tilat. Kysymykset esitettiin monivalintakysymyksinä sekä kyllä/ei -kysymyksinä. Kysymykset perustuivat tässä työssä aiemmin esitettyyn teoreettiseen viitekehukseen, sillä muuttujien valinta kyselylomakkeessa tulee vastata teoreettista viitekehystä ja tutkimuksen tavoitteita (Vilka 2005, 81). Lisäksi kyselyn loppuun haluttiin laittaa avoimet kysymykset, jotta vastaajilla oli mahdollisuus kertoa myös niistä palvelukokemukseen vaikuttavista asioista, joita kyselyssä ei kysytty. Avoimista kysymyksistä ensimmäisessä kysyttiin sitä, mikä meni hyvin ja missä olisi vielä kehitettävää. Toisena kohtana oli avoin tila, johon vastaajilta pyydettiin muita huomioita. Kyselyssä ei kysytty tutkittavien taustamuuttujia, sillä palvelumuotoiluprosessin kannalta se tieto ei ollut tärkeää.

### 8.2 Kyselyjen kohderyhmä sekä aineiston keruu

Aineisto kerättiin maaliskuussa 2018 Salon päivystyksessä heti, kun tutkimuslupa oli saatu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä. Kohderyhmänä olivat Salon päivystyksen tarkkailupotilaat, joista kyselyyn vastaajat (n=20) valittiin satunnaisesti päivystyksen

hoitajien toimesta ilman, että projektipäällikkö vaikutti valintaan. Otokoko (n=20) valittiin kehittämisprojektin suunnitelmavaiheessa. Tämän suuruisella otoksella ajateltiin saata-  
van riittävästi tietoa kehittämisprojektin tutkimuksellisen osion tavoitteiden saavutta-  
miseksi. Otantamenetelmänä käytettiin harkinnanvaraista otantaa, jossa havaintoyksiköt  
otokseen valitaan harkinnan mukaan eikä valinta perustu tilastoihin eikä sitä tehdä tilas-  
tollisin menetelmin. Harkinnanvaraista otantaa voidaan käyttää, kun ei olla kiinnostuneita  
ilmiön määrällisestä esiintymisestä perusjoukosta vaan halutaan saada jostakin ilmiöstä  
ideoita, kuten tässä opinnäytetyössä kokemuksellisella kyselyllä haluttiin. (Kananen  
2011, 68-69.)

Projektipäällikkönä toiminut YAMK-opiskelija toimitti kyselyt Salon päivystykseen, jossa  
päivystyksen hoitajat ohjeistettiin aineiston keruuseen. Päivystyksen hoitajat jakoivat ky-  
selyt tarkkailupotilaille ennen potilaiden kotiutumista tai siirtymistä osastolle. Aineiston  
keruuseen osallistui koko päivystyksen henkilökunta. Potilaille annettiin kyselyn mukana  
projektipäällikön laatima saatekirje (Liite 2), jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta,  
tutkimuksen tarpeellisuudesta ja kyselyyn vastaamisesta. Saatekirjeen tehtävänä on  
myös rohkaista vastaajaa vastaamaan kyselyyn (Hirsjärvi ym. 2009, 204).

Kyselyyn vastaajat saivat kyselyn mukana suljettavan kirjekuoren, johon he itse laittoivat  
kyselykaavakkeen vastaamisen jälkeen. Suljettu kirjekuori laitettiin päivystyksen hoita-  
jien tai vastaajan toimesta suljettuun laatikkoon, johon kyselyt kerättiin. Projektipäällikkö  
avasi laatikon vasta, kun kaikki kyselyt oli saatu kerättyä. Näin varmistettiin tutkimukseen  
osallistuneiden anonymiteetti.

### 8.3 Aineiston analysointi

Projektipäällikkö aloitti aineiston analyysin heti, kun aineisto oli kerätty keväällä 2018.  
Aineiston analysointi kvantitatiivisessa tutkimuksessa aloitetaan tietojen tarkistamisella,  
jolloin aineistosta tarkistetaan ja katsotaan, sisältyykö siihen virheellisyyksiä ja puuttuuko  
kyselyistä tietoja (Hirsjärvi ym. 2009, 221-222). Kehittämisprojektin aineiston tarkistami-  
nen tapahtui nopeasti kyselyiden keräämisen jälkeen kehittämisprojektin projektipäälli-  
kön toimesta. Tässä vaiheessa kerättyistä kyselyistä (n=20) hylättiin kaksi. Hylkäyspe-  
rusteena olivat tietojen puuttuminen kyselyistä eli vastaajat olivat palauttaneet lähes tyh-  
jät kyselykaavakkeet tai niihin oli vastattu sanallisesti valmiin vastausvaihtoehdon sijaan.

Toisessa vaiheessa aineiston analyysissä voidaan täydentää tietoja esimerkiksi haastattelu- tai kyselyin (Hirsjärvi ym. 2009, 222). Tässä kehittämissuorituksessa kyselyihin vastattiin täysin anonymisti, joten tietoja ei jälkikäteen pystytty täydentämään. Tämän vuoksi hylättyjä kyselyitä tai niiden tietoja ei täydennetty.

Kolmas vaihe aineiston analyysissä on aineiston järjestäminen tiedon tallennusta ja analyysia varten. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tämä tarkoittaa aineiston järjestämistä tilastollista käsittelyä varten. (Hirsjärvi ym. 2009, 222.) Tässä kehittämissuorituksessa aineisto järjestettiin Microsoft Excel -taulukkolaskentaohjelmalla kehittämissuorituksen projekti-johtajan toimesta. Tämän jälkeen siirryttiin varsinaiseen aineiston analyysiin. Kun tietoja on kerätty kyselykaavakkeella, on tyypillistä, että aineiston analyysi aloitetaan, kun aineisto on kerätty ja järjestetty (Hirsjärvi ym. 2009, 223). Aineiston analyysivaiheessa aineistosta luotiin taulukot, jotta aineistoa oli helpompi tulkita. Tulkitsemisen helpottamiseksi vastausvaihtoehdoista yhdistettiin ”täysin samaa mieltä” -vastaukset sekä ”jokseenkin samaa mieltä” -vastaukset yhdeksi luokaksi (samaa mieltä) sekä ”täysin eri mieltä” - vastaukset sekä ”jokseenkin eri mieltä” - vastaukset yhdeksi luokaksi (eri mieltä). Aineistosta ei laskettu keskiarvoja tai muita tunnuslukuja, sillä niistä satu tieto ei olisi vaikuttanut tulosten tulkintaan. Avoimet kysymykset käytiin läpi aineiston analyysivaiheessa. Vastausten luonteen vuoksi niistä ei tehty analyysia, vaan ne on esitetty tulosten yhteydessä suorina lainauksina sellaisina kuin vastaajat ne kyselyissä esittivät.

## 8.4 Kokemuspohjaisen kyselyn tulokset

### 8.4.1 Saapuminen päivystykseen

Päivystykseen voidaan saapua eri tavoin. Tässä kehittämissuorituksessa kyselyyn vastanneet potilaat saapuivat päivystykseen joko ambulanssilla tai itsenäisesti ilmoittautumispisteen kautta. Tämä vaikuttaa opasteiden tarpeeseen ja ilmoittautumistilanteeseen. Ambulanssilla tulleet potilaat eivät ilmoittautu ilmoittautumispisteessä, vaan he kohtaavat yleensä ensimmäisenä triage-hoitajan, joka ottaa vastaan raportin ensihoidolta.

Kyselyn tulosten mukaan päivystykseen muulla tavalla kuin ambulanssilla tulleet vastaajat (Taulukko 1) kokivat opasteet selkeiksi ja oikea sisääntuloaika löytyi vastaajien mukaan helposti. Ilmoittautumisessa ei vastaajien mukaan ollut ongelmia ja vastaajat kokivat, että saivat selkeät ohjeet ilmoittautumisesta siitä, mihin seuraavaksi tulisi mennä.

Taulukko 1. Muulla kuin ambulanssilla tulleiden (n=16) vastaukset koskien saapumista päivystykseen.

	Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Ei osaa sanoa / Ei koskenut vastaajaa
Sairaalan ulkopuolella oli selkeät opasteet	13/16	0/16	1/16	2/16
Oikea sisääntulo paikka löytyi helposti	14/16	0/16	0/16	2/16
Ilmoittautumiseen oli selkeät ohjeet	14/16	1/16	0/16	1/16
Ilmoittautumispaikka löytyi helposti	14/16	1/16	0/16	1/16
Ilmoittautumisessa sai selkeät ohjeet, mihin seuraavaksi tulisi mennä	15/16	0/16	0/16	1/16

Kyselyssä selvitettiin myös vastaajien kokemuksia kohtaamiseen liittyen heidän saapessa päivystykseen. Tulosten mukaan (Taulukko 2) ilmoittautumisessa tervehdittiin ja oltiin kohteliaita. Suurin osa hoitajista ei esitellyt itseään potilaalle eikä antanut arviota odotusajasta potilaalle hänen saapessa päivystykseen. Hoitajat olivat kuitenkin vastaajien mielestä kohteliaita, vaikka he eivät esitelleet itseään.

Taulukko 2. Muulla kuin ambulanssilla tulleiden (n=16) vastaukset koskien saapumista päivystykseen kohtaamisen näkökulmasta.

	Kyllä	Ei
Ilmoittautumispaikassa tervehdittiin	14/16	2/16
Ilmoittautumisessa oltiin kohteliaita	14/16	2/16
Hoitaja tervehti potilaan saapuessa päivystykseen	16/16	0/16
Hoitaja esitteli itsensä	6/16	10/16
Hoitaja antoi arvion odotusajasta potilaan saapuessa päivystykseen	7/16	9/16
Hoitaja oli kohtelias	15/16	1/16

Ambulanssilla päivystykseen tulleita potilaita osallistui tähän kyselyyn vain kaksi (n=2). Kyselyn tulosten (Taulukko 3) mukaan molempia potilaita oli tervehditty heidän saapuessa päivystykseen. Lisäksi molempia kohtaan oltiin kohteliaita. Arvio odotusajasta annettiin toiselle potilaalle, toiselle ei annettu. Toiselle potilaalle hoitaja oli esitellyt itsensä, toiselle ei. Lisäksi vastaajat olivat samaa mieltä siitä, että heidän yksityisyyttään kunnioitettiin heidän saapuessa päivystykseen.

Taulukko 3. Ambulanssilla päivystykseen saapuneiden (n=2) vastaukset koskien saapumista päivystykseen.

	Kyllä	Ei
Potilasta tervehdittiin saapuessa päivystykseen	2/2	0/2
Hoitaja esitteli itsensä	1/2	1/2
Hoitaja oli kohtelias	2/2	0/2
Hoitaja antoi arvion odotusajasta potilaan saapuessa päivystykseen	1/2	1/2

Myös avoimissa kysymyksissä tuli vastauksia koskien saapumista päivystykseen ja kohtaamista. Vastaukset olivat positiivisia:

*”Pääsin nopeasti seurantaan ja toimipisteeseen”* (Vastaaaja3)

*”Hk. ystävällistä! Koin oloni turvalliseksi.”* (Vastaaaja3)

*"Nopea toiminta. Heti rtg, labra, pikaverikoe ja sitten kun vastaukset valmiit pääsi lääkärille. Lomakkeen teksti liian pientä."* (Vastaaja8)

#### 8.4.2 Tarkkailu-/seurantavaihe

Tässä kyselyssä tarkkailu-/seurantavaiheella tarkoitettiin sitä aikaa, mikä potilas oli päivystyksessä potilaana tarkkailuosastolla sängyssä.

Vastaajien mukaan (Taulukko 4) hoitajat olivat kiireisiä päivystyksessä, mutta puolet vastaajista oli kuitenkin sitä mieltä, ettei päivystyksen ruuhkaisuus vaikuttanut heidän hoitoonsa. Vajaa kolmasosa ilmoitti, että ruuhkaisuus vaikutti heidän hoitoonsa. Lähes kaikki vastaajat vastasivat, että hoitajat kävivät heidän luonaan seurannan aikana riittävän usein. Yli puolet vastaajista olivat sitä mieltä, että odotusajasta informoitiin riittävästi. Kipua ja vointia tiedusteltiin pääasiassa riittävän usein ja potilaat kokivat pääsevänsä tutkimuksiin nopeasti. Vastaajien mukaan heidän yksityisyyttään kunnioitettiin hyvin, he saivat osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon, saivat kertoa omasta tilastaan riittävästi ja he saivat riittävästi ohjeita kotiutuessa ja tietoa mahdollisesta jatkohoitopaikasta. Myös avoimissa kysymyksissä kävi ilmi, että palveluun oltiin tyytyväisiä, vaikka nopeampaa palvelua toivottiinkin.

*"Kaikki sujui hyvin. Nopeampi "käsittely" ehkä paikallaan (toisaalta en tiedä tautini vaatimuksia)"* (Vastaaja19)

*"Valtavaa ammattitaitoa! Todella ystävällistä "palvelua". Kiitos."* (Vastaaja19)

*"Hoitajat ja lääkäri olivat todella ystävällisiä ja asiantuntevia."* (Vastaaja7)

Taulukko 4. Vastaajien (n=18) vastaukset koskien tarkkailu-/seurantavaihetta päivystyksessä.

	Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Ei osaa sanoa / Ei koskenut vastaajaa
Hoitajat olivat kiireisiä	14/18	1/18	2/18	1/18
Päivystyksen ruuhkaisuus vaikutti potilaan hoitoon	5/18	2/18	9/18	2/18
Hoitajat kävivät potilaan luona riittävän usein seurannan aikana	15/18	0/18	1/18	2/18
Hoitaja informoi odotusajasta seurannan aikana riittävästi	11/18	2/18	1/18	4/18
Hoitaja tiedusteli vointia riittävän usein seurannan aikana	13/18	1/18	0/18	4/18
Hoitaja tiedusteli kipua riittävän usein seurannan aikana	12/18	2/18	0/18	4/18
Yksityisyyttä kunnioitettiin seurannan aikana	17/18	0/18	0/18	1/18
Potilas pääsi tutkimuksiin omasta mielestä nopeasti	15/18	1/18	0/18	2/18
Mittaukset (esim. sydänfilmi) otettiin yksityisyyttä kunnioittaen	16/18	0/18	0/18	2/18
Potilas sai osallistua hoitoon riittävästi	15/18	0/18	0/18	3/18
Potilas sai osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon riittävästi	13/18	1/18	0/18	4/18
Potilas sai kertoa omasta tilasta ja häntä kuunneltiin riittävästi	17/18	0/18	0/18	1/18
Potilas sai riittävästi ohjeita kotiutuessa suullisesti/kirjallisesti	10/18	0/18	0/18	8/18
Potilas sai riittävästi tietoa jatkohoidosta ja jatkohoitopaikasta siirtyessä jatkohoitoon päivystyksestä	11/18	0/18	0/18	7/18

Liikkumisesta seurannan aikana oli annettu ohjeita noin puolelle vastaajista, kun taas ohjeita syömisestä ja juomisesta seurannan aikana oli annettu useammin (Taulukko 5). Hieman yli puolet vastaajista kuuli muiden potilaiden asioita seurannan aikana, samoin puolet vastaajista koki, että muut potilaat kuuluivat heidän henkilökohtaisia asioitaan seurannan aikana. Vajaa kolmannes kuuli hoitajien keskustelevan muiden potilaiden asioista. Omista asioista oli kuullut hoitajien keskustelevan vain kuudesosa vastaajista.

Myös avoimissa kysymyksissä tuli esiin salassapitomahdollisuuksien puutteellisuus, vaikka tiedostettiin se, että päivystyksen työn luonteen vuoksi salassapitomahdollisuuksiin pystytään vaikuttamaan vain tiettyyn pisteeseen asti.

*”Hoitajat ystävällisiä, tilat siistit. Yksityisyyden suoja olematon! Järkyttävää kuulla toisten potilaiden vaivat ja jopa henkilötunnukset!”* (Vastaaja18)

*”Hyvin te vedätte! Ammattitaitoista porukkaa, tilat ovat perus päivystystilat, joten kuuluuudelle ei mitään voi. Paljon kiitoksia hoidosta.”* (Vastaaja6)

Taulukko 5. Vastaajien (n=18) vastaukset koskien tarkkailu-/seurantavaihetta päivystyksessä ohjeidenannon ja salassapidon näkökulmasta.

	Kyllä	Ei	Ei vastannut
Hoitajat antoivat ohjeita liikkumisesta seurannan aikana	9/18	7/18	2/18
Hoitajat antoivat ohjeita syömisestä ja juomisesta seurannan aikana	11/18	5/18	2/18
Potilas kuuli muiden henkilökohtaisia asioita seurannan aikana	10/18	8/18	0/18
Muut potilaat kuuluivat potilaan henkilökohtaisia asioita seurannan aikana	9/18	6/18	3/18
Potilas kuuli hoitajien keskustelevan muiden potilaiden asioista seurannan aikana	5/18	11/18	2/18
Potilas kuuli hoitajien keskustelevan potilaan asioista seurannan aikana	3/18	14/18	1/18

### 8.4.3 Päivystysten tilat

Päivystysten tiloista potilassänky koettiin pääasiassa mukavaksi ja siinä koettiin olevan riittävästi säilytystilaa (Taulukko 6). Lähes kaikille oli tarjottu riittävästi peittoja ja tynyjä, kun taas ajanvietettä oli tarjottu riittävästi noin kolmasosalle vastaajista. Puolet vastaajista ei kuitenkaan antanut mielipidettään tästä asiasta. Potilaspaikan ympäristö koettiin siistiksi, eivätkä seurantamonitorien äänet häirinneet potilaita. Potilaspaikan tarvikkeet olivat potilaiden käytettävissä hyvin. Laskutilaa toivoi enemmän kaksi potilasta. Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että muut potilaat olivat riittävän etäällä omasta potilaspaikasta.

Taulukko 6. Vastaajien (n=18) vastaukset koskien potilaspaikan viihtyisyyttä ja päivystysten tiloja.

	Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Ei osaa sanoa / Ei koskenut vastaajaa
Potilassänky oli mukava	12/18	5/18	1/18	0/18
Potilassängyssä oli riittävästi säilytystilaa	14/18	3/18	0/18	1/18
Potilaalle tarjottiin riittävästi peittoja ja tynyjä	13/18	2/18	0/18	3/18
Potilaalle tarjottiin riittävästi ajanvietettä seurannan aikana	4/18	1/18	5/18	8/18
Potilaspaikan ympäristö oli siisti	16/18	0/18	0/18	2/18
Potilaspaikan seurantamonitorin äänet eivät häirinneet	12/18	0/18	4/18	2/18
Potilaspaikan tarvikkeet oli sijoitettu niin, että ne oli käytettävissä	9/18	2/18	1/18	6/18
Potilaalla oli riittävästi laskutilaa omille tavaroille	6/18	4/18	2/18	6/18
Toiset potilaat olivat riittävän etäällä potilaan paikasta	14/18	1/18	0/18	3/18

Suurimmalle osalle vastaajista radio ei kuulunut eikä kello näkynyt (Taulukko 7). Vain noin kahdelle kolmasosalle vastaajista tarjottiin soittokello. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että soittokello oli sijoitettu niin, että sitä pystyi käyttämään voimien muuttuessa.

Käsihuuhdetta pystyi käyttämään potilaspaikaltaan ainoastaan puolet kysymykseen vastanneista.

Taulukko 7. Vastaajien (n=18) vastaukset koskien potilaspaikan viihtyisyyttä ja ympäristöä.

	Kyllä	Ei	Ei vastannut
Radio kuului potilaspaikalle	4/18	12/18	2/18
Kello näkyi potilaspaikalle	6/18	11/18	1/18
Potilaalle tarjottiin soittokello	11/18	6/18	1/18
Soittokello oli sijoitettu niin, että sitä pystyi käyttämään helposti voimnin muuttuessa	13/18	3/18	2/18
Potilas pystyi käyttämään käsihuuhdetta potilaspaikalla	8/18	8/18	2/18

#### 8.4.4 Muut tilat

Päivystyksen muiden tilojen kohdalla kyselyssä selvitettiin opasteiden riittävyyttä, hoitajien kanslian sijaintia sekä tarkkailutilan ajanvietteen riittävyyttä. Vastaajien mukaan hoitajien kanslia oli riittävän lähellä (Taulukko 8). Osa vastaajista oli sitä mieltä, että tarkkailuosastolla/seurannassa oli tarjolla riittävästi ajanvietettä. Opasteet ulko-ovelle, röntgeniin, laboratorioon ja lähimpään WC-tilaan koettiin riittäviksi. Muutaman vastaajan mielestä päivystyksessä ei ollut saatavilla riittävästi informaatiota päivystyksen toiminnasta, kun taas puolet vastaajista koki, että informaatiota oli saatavilla riittävästi.

Taulukko 8. Vastaajien (n=18) vastaukset koskien päivystyksen muita tiloja.

	Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Ei osaa sanoa / Ei koskenut vastaajaa
Hoitajien kanslia oli riittävän lähellä	14/18	0/18	0/18	4/18
Tarkkailuosastolla/seurannassa oli riittävästi ajanvietettä tarjolla	7/18	2/18	2/18	7/18
Päivystyksessä oli riittävät opasteet laboratorioon	10/18	0/18	0/18	8/18
Päivystyksessä oli riittävät opasteet röntgeniin	10/18	0/18	0/18	8/18
Päivystyksessä oli riittävät opasteet ulko-ovelle	13/18	0/18	0/18	5/18
Päivystyksessä oli riittävät opasteet lähimpään WC-tilaan	13/18	0/18	1/18	4/18
Päivystyksessä oli saatavilla riittävästi informaatiota päivystyksen toiminnasta (esim. odotusaulan infotelevisio)	9/18	1/18	2/18	6/18

### 8.5 Tulosten yhteenveto ja johtopäätökset

Tutkimus ei ole valmis vielä silloin, kun tulokset on analysoitu ja esitetty, vaan tuloksia olisi myös selitettävä ja tulkittava. Tulkinnalla tarkoitetaan sitä, että analyysin tuloksia pohditaan ja tehdään johtopäätöksiä. Ennen johtopäätösten tekoa tuloksista pyritään luomaan synteesejä, jotka antavat vastauksia asetettuihin ongelmiin. Laadittujen synteesien perusteella muodostuvat lopulliset johtopäätökset, jolloin tutkija miettii, mikä on saatujen tulosten merkitys sekä tutkimusalueella että laajemmin. (Hirsjärvi ym. 2009, 229-230.)

Tulosten mukaan päivystykseen saapumisessa kaikki meni yleensä hyvin. Saapumisessa hoitajien esittäytymisessä olisi parannettavaa, kuin myös sillä, että annetaan potilaalle arvio odotusajasta, sillä näiden molempien on tutkimuksissa todettu lisäävän potilaiden tyytyväisyyttä (mm. Ekwall 2013; Paavilainen 2009; Mylläri 2017).

Tarkkailu/seuranta vaiheessa hoitajat koettiin kiireisiksi ja puolet vastaajista kokivat, että päivystyksen ruuhkaisuus vaikutti heidän hoitoonsa. Myös aikaisempien tutkimusten mukaan pitkä odotusaika ja se mitä sen aikana tapahtuu vaikuttaa potilaiden tyytyväisyyteen päivystyksessä (Mylläri 2017; Son & Yom 2017; Messina ym. 2015; Levandovski ym. 2015; Soleimanpuor ym. 2011; Blank ym. 2014; Arab ym. 2015).

Tämän kehittämisprojektin tutkimuksen mukaan vaitiolovelvollisuus ja salassapito ei täyty päivystyksen tiloissa, sillä potilaat kuulivat muiden asioita päivystyksessä ja potilaat kokivat, että muut potilaan kuulevat heidän asioitaan päivystyksessä. Salassapidosta ja vaitiolovelvollisuudesta on säädetty laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilö ei saa ilmaista sivulliselle työssä saamaansa potilasta tai hänen perhettään koskevaa salaisuutta. Salassapitovelvollisuus säilyy myös ammatinharjoittamisen päättymisen jälkeen. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994).

Päivystyksen tiloista potilaat kokivat potilassängyn mukavaksi ja tilat siisteiksi. Radiota voisi tarjota potilaille useammin, myöskään kelloa ei nähty potilaspaikoilta. Soittokelloa ei tarjottu riittävästi potilaille. Myös käsihuuhdetta pitäisi olla paremmin tarjolla potilaille. Muista tiloista koettiin päivystyksessä olevan riittävän hyvät opasteet esim. röntgeniin ja laboratorioon. Informaatiota päivystyksen toiminnasta voitaisiin lisätä.

Tässä kehittämisprojektissa kokemuspohjaisella kyselyllä saatujen tulosten perusteella voitiin tehdä seuraavat johtopäätökset:

*On tärkeää muuttaa tiloja siten, että salassapitovelvollisuutta pystytään noudattamaan Informaatiota koskien odotusaikaa, päivystyksen toimintaa ja hoidon etenemistä tulee parantaa*

*Potilaspaikan ympäristöä tulee parantaa esim. lisäämällä radion käyttöä, lisäämällä kelloja potilaiden nähtäville ja huolehtimalla käsidesin käytön mahdollisuudesta. Myös soittokellojen käyttöä tulee lisätä*

## 8.6 Kokemus pohjaisen kyselytutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden arviointi

Tutkimusetiikan mukaan itsemääräämisoikeus on yksi tutkimukseen osallistumisen lähtökohta. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla aidosti vapaaehtoista, jolloin tutkittavalla on oikeus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Lisäksi tutkimukseen osallistumisen tulee perustua tietoiseen suostumukseen eli tutkittavan on tiedettävä, mikä on tutkimuksen luonne. Toiminnan tulee myös olla oikeudenmukaista eli tutkittavaksi valittujen tulee olla tasa-arvoisia. Tutkittavien anonymiteetti tulee turvata eikä tutkimustietoja saa luovuttaa kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle. Tutkimuksen tekemiseen tarvitaan aina lupa, jonka myöntää yleensä organisaation ylihoitaja tai johtava lääkäri. Lisäksi voidaan tarvita tutkimuseettisen toimikunnan lausunto. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218-222). Tässä kehittämissuorituksissa kyselyyn osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen vapaaehtoisuudesta ja siitä, että yksittäisiä vastaajia ei pystytä vastausten perusteella tunnistamaan. Anonymiteetti turvattiin vastausten keräämisellä muiden kuin projektipäällikön toimesta. Lisäksi vastaukset laitettiin suljetussa kirjekuoressa suljettuun laatikkoon, jonka projektipäällikkö nouti vasta, kun kaikki vastaukset oli kerätty. Aineisto säilytettiin niin, ettei muilla kuin projektipäälliköllä ollut mahdollisuutta käsitellä aineistoa. Mitään tietoja tutkimuksesta tai vastaajista ei luovutettu ulkopuolisille missään tutkimuksen vaiheessa.

Hyvässä tieteellisessä käytännössä noudatetaan tieteellisiä toimintatapoja, kuten rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta, käytetään tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmiä, noudatetaan avoimuutta tulosten julkaisemisessa, otetaan muiden tutkijoiden työt huomioon, määritellään tutkijoiden asema, oikeudet ja vastuut ja ilmoitetaan rahoituslähteet ja sidonnaisuudet (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 364). Tässä kehittämissuorituksissa on pyritty noudattamaan edellä mainittuja hyviä eettisiä käytäntöjä. Tulokset on julkaistu tässä raportissa avoimesti ja niiden mukaisesti.

Kyselytutkimukseen liittyy etuja ja haittoja, jotka täytyy ottaa huomioon tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa. Kyselytutkimusten etuna on laajan tutkimusaineiston keruun mahdollisuus, tehokkuus ja nopeus, sekä valmiit analyysi- ja raportointimuodot. Tulosten tulkinta voi kuitenkin olla ongelmallista ja tutkimusta voidaan pitää pinnallisena ja teoreettisesti vaatimattomana. Lisäksi luotettavuuden näkökulmasta ei voida varmistua, miten vakavasti kyselyyn vastaajat ovat vastanneet ja suhtautuneet tutkimukseen tai miten

onnistuneita vastausvaihtoehdot kyselyssä ovat olleet. Myöskään kyselyyn vastanneiden asiantuntijuus suhteessa tutkittavaan asiaan ei välttämättä välity kyselyn avulla. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.) Tässä kehittämissuorituksessa otos oli verraten pieni, mutta riittävä tämän tyyppisen tiedon keräämiseen. Vastaaajia voidaan pitää vastausten suhteen asiantuntijoina, sillä kyselyllä kartoitettiin vastaajien kokemuksia, jolloin jokaisen vastaajan voidaan ajatella olevan oman kokemuksensa paras asiantuntija. Kyselyyn vastanneiden sitoutumista on vaikea arvioida, mutta ainoastaan kaksi kyselyä jouduttiin hylkäämään puutteellisten vastausten vuoksi.

Tutkimuksen arviointiin kuuluu aina myös sen luotettavuuden arviointi. Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa tulosten pysyvyyttä ja mittaustulosten toistettavuutta (Kananen 2011, 119; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189; Hirsjärvi ym. 2009, 231). Tässä kehittämissuorituksessa kysely suoritettiin ainoastaan kerran, joten tulosten pysyvyyttä ja toistettavuutta ei pystytä luotettavasti arvioimaan. Kokemuspohjaisessa kyselyssä oli kuitenkin tarkoitus syventää asiakasymmärrystä, jolloin tulosten toistettavuus ei muodostu tutkimuksen luotettavuuden kannalta merkittäväksi asiaksi.

Toinen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin liittyvä käsite on validiteetti, jolla viitataan siihen, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Mittari on siis validi, jos se mittaa sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata. Tutkimuksen validiteetti voidaan varmistaa käyttämällä oikeaa tutkimusmenetelmää, oikeaa mittaria ja mittaamalla oikeita asioita. Tutkimuksen validiteetissa voidaan erottaa validiteetin alalajeja, kuten tutkimuksen ulkoinen validiteetti, jolla tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin saadut tulokset voidaan yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. Mittarin sisältövaliditeetti taas on koko tutkimuksen luotettavuuden perusta, jota arvioitaessa tarkastellaan mm. mittaako mittari sitä ilmiötä, jota sen on tarkoitus mitata, onko mittari valittu oikein, onko tutkimuksen käsitteet operationalisoitu mitattavaan muotoon oikein ja millainen on mittarin teoreettinen rakenne eli rakennevaliditeetti. Ulkoinen validiteetti taas viittaa niihin mittaamisesta riippumattomiin tekijöihin, jotka voivat vaikuttaa tutkimustuloksiin. (Kananen 2011, 121; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189-190, 193; Hirsjärvi ym. 2009, 231.)

Mittaamisen luotettavuuden arvioinnin lisäksi tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida myös tutkimuksen tulosten luotettavuuden kannalta. Tässä sisäinen validiteetti tarkoittaa sitä, että tulokset johtuvat vain asetelmasta, eivätkä muista sekoittavista tekijöistä. Tulosten ulkoisella validiteetilla taas tarkoitetaan tulosten yleistettävyyttä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 195-196.) Tässä kehittämissuorituksessa mittarin luotettavuuden näkökulmasta haluttiin kerätä vastaajien kokemuksia, joiden perusteella ei pyritty

tekemään yleistyksiä tietyistä tieteellisestä aiheesta. Kyselyssä kysyttiin niitä asioita, joiden on todettu aikaisempien tutkimusten mukaan vaikuttavan potilastyytyväisyyteen. Mittaria ei varsinaisesti esitettävä, palautetta kyselystä kerättiin kuitenkin ennen aineiston keruuta muutamalta kehittämisprojektin ulkopuoliselta henkilöltä. Palautteen perusteella muutamia kysymyksiä muutettiin ja osa jätettiin pois. Kysymykset pyrittiin pitämään yksinkertaisina ja yksiselitteisinä, jotta vastaajat ymmärtäisivät kysymykset mahdollisimman oikein. Kehittämisprojektin projektipäällikkö ei kuitenkaan ollut paikalla aineiston keruussa, joten varmuutta siitä, miten vastaajat kysymykset ymmärsivät, ei saatu. Vastajille jaetussa saatekirjeessä oli kuitenkin projektipäällikön yhteystiedot, johon epäselvissä tilanteissa oli vastaajilla mahdollisuus ottaa yhteyttä.

## 9 KEHITTÄMISPROJEKTIN TYÖPAJAT OSANA KEHITTÄMISPROSESSIA

### 9.1 Ensimmäinen työpaja

Työpajat järjestettiin päivystyksen henkilöstölle. Ensimmäinen työpaja järjestettiin helmikuussa 2018. Työpajaan osallistui yhteensä seitsemän henkilöä (n=7) Salon päivystyksestä. Osallistuneiden ammattiryhmät olivat sairaanhoitaja (n=4), kätilö (n=1), lääkintävahtimestari (n=1) sekä osastonhoitaja (n=1). Työpajan vetäjänä toimi YAMK-opiskelija, joka toimii tässä kehittämissuorituksessa projektinjohtajana. Työpajassa selvitettiin kohdeorganisaation työntekijöiden käsityksiä asiakaslähtöisyydestä sekä etsittiin kehittämiskohteita asiakaslähtöisyyden parantamiseksi kohdeorganisaatiossa. Kehittämisen lähtökohtana oli asiakas.

Työpajan teemana oli se, että hyvä palvelukokemus voi syntyä pienistä asioista. Työpajassa etsittiin vastausta seuraavaan kysymykseen: Mitä asioita asiakaslähtöisyyden näkökulmasta tulisi toiminnassa kehittää, jotta saamme tyytyväisemmät potilaat ja palvelun laadun paranemaan? Kysymystä pohdittiin sekä potilaiden kokemusten että päivystyksen tilojen suhteen.

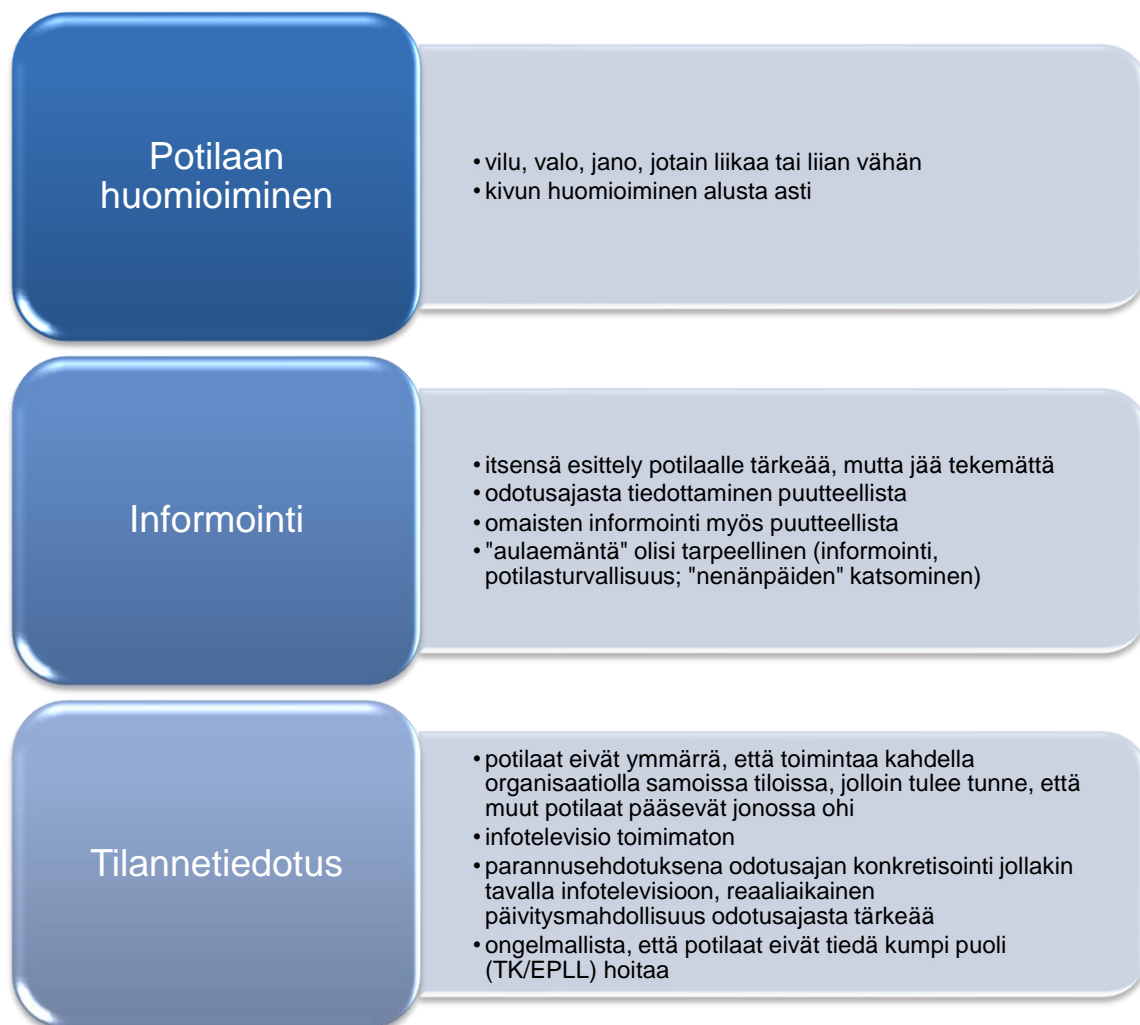
Työpajamenetelmässä painotetaan tiedonkeruuta sekä tiedonvaihtoa ja se mahdollistaa läpikäytävään aiheeseen paneutumisen eri näkökulmista (Haukijärvi ym. 2014, 34). Työpajassa projektinjohtaja piti lyhyen alustuksen asiakaslähtöisyydestä terveydenhuollossa. Alustuksen tarkoituksena oli pyrkiä herättämään ajatuksia sekä ohjata ajattelua asiakaslähtöisyyteen. Työpajassa käytettiin aiheen käsittelyyn Think-Pair-Share -menetelmää, joka on kolmivaiheinen yhteistoiminnallinen menetelmä, jossa tarkoituksena on tuottaa keskustelua käsiteltävästä aiheesta. Think-vaiheessa projektinjohtaja esitti aihealueen ja osallistujat miettivät ensin aihetta yksin kirjaten ylös kaikki ideat ja ajatukset, joita aihealueesta heräsi. Sen jälkeen Pair-vaiheessa jakauduttiin pareihin ja yhteen kolmen hengen ryhmään, jossa osallistujat jakoivat ajatuksensa ja jatkoivat pohdintaa yhdessä. Viimeisessä vaiheessa (Share-vaihe) parit ja yksi kolmen hengen ryhmä jakoivat ajatuksensa ja ideansa koko ryhmälle ja aiheesta keskusteltiin ryhmässä. Projektinjohtaja toimi menetelmän ohjaajana sekä kirjurina keskusteluvaiheessa, jotta kaikki ideat ja ajatukset tuli kirjattua ylös. Menetelmän hyvänä puolena on se, että kaikki ryhmässä pääsevät osallistumaan ja samalla se pakottaa osallistujat jakamaan osaamistaan ja

osallistumaan ideointiin. (Haukijärvi ym. 2014, 45.) Osallisuuden mahdollistaminen lisää osallistujien motivaatiota ja kiinnostusta kehittämistoimintaan. Osallistamalla ihmiset toiminnan kehittämiseen annetaan heidän mielipiteilleen ja käsityksilleen samalla painoarvoa. (Salonen ym. 2017, 58.)

Työpajan tulosten mukaan kehitettävää nähtiin sekä päivystyksen tiloissa (Kuvio 4) että potilaan kohtaamiseen ja informointiin liittyen (Kuvio 5). Joihinkin kehittämiskohteisiin löydettiin ratkaisut jo työpajan aikana, joten työpajatyöskentelyä voitiin pitää tehokkaana ja onnistuneena tapana kehittää päivystyksen toimintaa.



Kuvio 4. Päivystyksen tiloihin liittyvät työpajan tulokset.



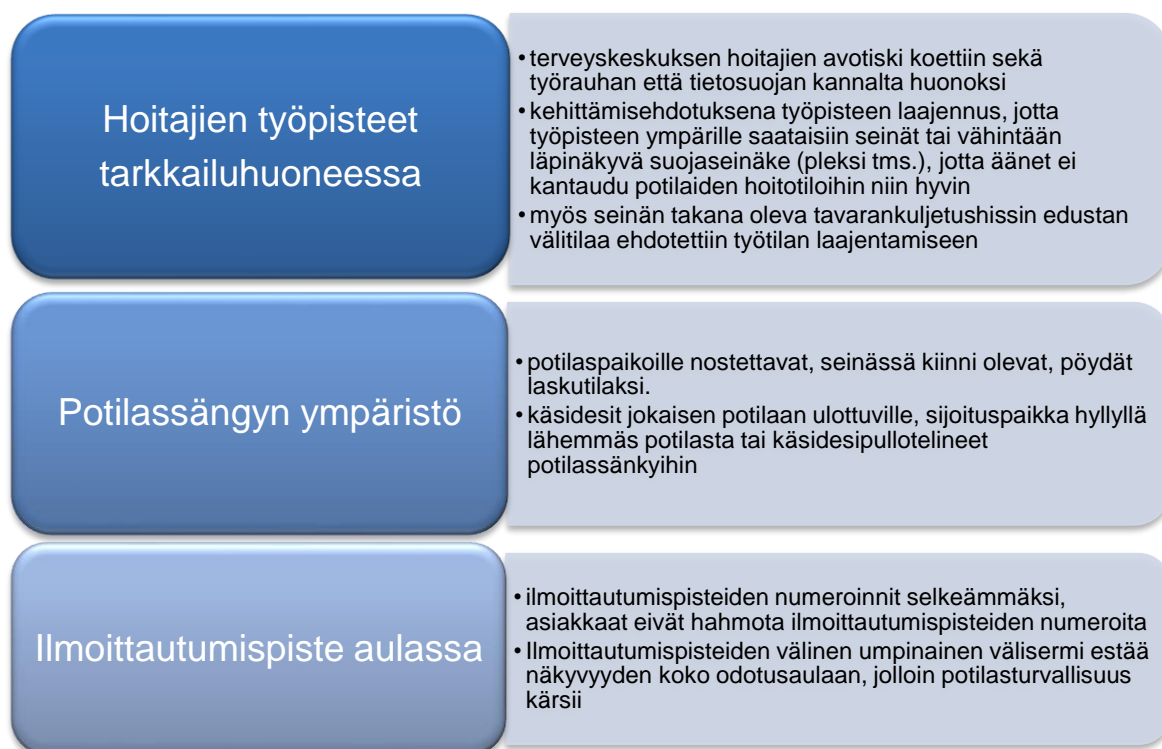
Kuvio 5. Potilaan kohtaamiseen ja informointiin liittyvät työpajan tulokset.

## 9.2 Toinen työpaja

Toinen henkilökunnan työpaja järjestettiin toukokuussa 2018. Työpajaan osallistui yhteensä kahdeksan henkilöä (n=8) Salon päivystyksestä ja Ensihoidon- ja päivystyksen liikelaitoksesta. Osallistuneiden ammattiryhmät olivat sairaanhoitaja (n=3), perushoitaja (n=1), osastonhoitaja (n=2), ylihoitaja (n=1) ja perehdytys- ja koulutuskoordinaattori (n=1). Työpajan vetäjänä toimi jälleen YAMK-opiskelija, joka toimii tässä kehittämissuunnitelmassa projektinjohtajana. Työpajassa jatkettiin kyselyissä ja ensimmäisessä työpajassa esiin tulleiden ongelmien ratkaisua asiakaslähtöisyyden parantamiseksi suhteessa potilaan fyysiseen ympäristöön sekä hoitoprosessiin päivystyksessä. Työpajan alustuksessa käytiin läpi kyselyjen sekä ensimmäisen työpajan tulokset.

Työpajaan osallistuneet jaettiin kahteen ryhmään. Ensimmäisen ryhmän tehtävänä oli selvittää, miten kyselyissä ja työpajassa esiin tulleita ongelmia voitaisiin ratkaista niin, että asiakaslähtöisyys päivystyksessä paranee suhteessa potilaan fyysiseen ympäristöön päivystyksessä. Toinen ryhmä keskittyi prosesseihin eli siihen, miten kyselyissä ja ensimmäisessä työpajassa esiin tulleita hoitoprosessiin liittyviä ongelmia voitaisiin ratkaista siten, että sekä asiakaslähtöisyys ja potilastyytyväisyys että henkilökunnan tyytyväisyys päivystyksen prosesseihin paranee. Projektipäällikkö oli etukäteen määritellyt tietyt kontaktipisteet, joiden kohdalla asiaa lähdettiin miettimään. Nämä kontaktipisteet olivat ilmoittautuminen, triage, hoitajan kohtaaminen, tutkimukset, seurantavaihe, kotiutuminen ja jatkohoito.

Työpajan tulosten mukaan potilaan fyysistä ympäristöä päivystyksessä voitaisiin parantaa monella tavalla. Myös tässä työpajassa moneen kehittämiskohtaan löydettiin jo ratkaisuja tai ehdotuksia tilanteen parantamiseksi. Työpajan tulokset suhteessa potilaan fyysiseen ympäristöön on esitetty kuviossa 6.



Kuvio 6. Työpajan tulokset suhteessa potilaan fyysiseen ympäristöön.

Työpajan tulokset suhteessa hoitoprosesseihin keskittyivät lähinnä triagen parantamiseen, sillä työpajan aikataulun vuoksi ryhmä ehti keskittyä vain muutamaankin kohtaan. Työpajan tulosten mukaan triagea voisi parantaa kohdistamalla siihen käytettävissä olevat resurssit paremmin ja sijoittamalla triage-hoitajan toimipiste toimivammin päivystyksen tiloissa. Työpajassa ehdotettiin triage-hoitajan sijoittumista pois ambulanssiaulasta lähemmäs potilaiden odotusaulaa, jotta suurempi osa päivystykseen tulevista potilaista saataisiin kulkemaan triagen läpi. Tämä vaatisi tilojen uudelleen järjestämistä ja nykyisten työpisteiden siirtoa toisiin tiloihin. Toisaalta työpajassa nähtiin toiminnan uudelleen järjestämisen parantavan potilasturvallisuutta ja helpottavan terveyskeskuspäivystyksen ilmoittautumispisteessä työskentelevän hoitajan työtaakkaa.

### 9.3 Työpajojen tulosten yhteenveto ja johtopäätökset

Työpajojen tulosten mukaan salassapito ei toteudu tarkkailuhuoneessa, vaan potilaat kuulevat toistensa asiat hoitajien avoimen työpisteen ja tilojen ahtauden vuoksi. Salassapitovelvollisuuden toteutuminen sekä triageessa että ilmoittautumisessa koettiin myös huonoksi ja avotiskillä ilmoittautuminen vanhanaikaiseksi.

Työpajoissa tarkkailuhuoneen työrauha koettiin huonoksi. Triagehoitajan työnkuva ja sijoittuminen päivystyksen tiloissa koettiin toimimattomaksi, valmiita ratkaisuja uuden työnkuvan tai paremman paikan suhteen ei kuitenkaan saatu. Odotusaulan viihtyvyys ja turvallisuus koettiin huonoksi. Tätä tukee myös edellä mainittu triagehoitajan työpisteen huonoksi koettu sijoittuminen päivystyksessä, sillä tällä hetkellä ei triage-hoitajan pisteestä näe esimerkiksi tarkkailutilassa tai aulassa olevia potilaita ollenkaan.

Potilaspaikan ympäristöön ehdotettiin seinään kiinnitettäviä pöytiä laskutilaksi potilaille ja käsidesipulloille ehdotettiin uutta sijoituspaikkaa lähempänä potilasta hyllyllä tai sitä varten hankittavilla telineillä. Lisää kaivattiin myös ajanvietettä potilaille. Soittokelloa tulisi tarjota työpajan tulosten mukaan kaikille potilaille potilasturvallisuuden parantamiseksi. Lisäksi syötävän ja juotavan tarjoamista potilaille tulisi parantaa. Opasteet päivystyksessä koettiin epäselviksi ja opasteita kaivattiin myös muilla kuin suomen kielellä

Tässä kehittämisprojektissa työpajoilla saatujen tulosten perusteella voitiin tehdä seuraavat johtopäätökset:

*Tiloja tulee muuttaa siten, että niissä pystytään toimimaan salassapitovelvollisuuden vaatimalla tavalla*

*Triagehoitajan työpisteen sijoittelua ja toimenkuvaa tulee parantaa siten, että potilaan hoitoprosessi päivystyksessä olisi sujuva ja että potilasturvallisuus päivystyksessä paranee*

*Potilaspaikan ympäristöä tulisi parantaa siten, että laskutilaa olisi enemmän, käsihuuhteet olisi potilaiden saatavilla paremmin, potilaat näkisivät kellon ja että syötävää ja juotavaa tarjottaisiin potilaille useammin*

## 10 KEHITTÄMISPROJEKTIN TULOSTEN YHTEENVETO, KONSEPTOINTI JA KOKEILU

Päivystyksen asiakkaille tehdyn kokemuspohjaisen kyselyn ja henkilöstön työpajojen jälkeen kehittämisprojektin projektinjohtaja yhdisti tutkimuksellisen osion ja työpajojen keskeisimmät tulokset, joiden perusteella tunnistettiin kehittämiskohteet. Kehittämiskohteiden tunnistamisen jälkeen siirryttiin toteutusvaiheeseen, jossa tarkoituksena oli palveluiden kehittäminen päivystyksessä.

### 10.1 Tutkimuksellisen osion ja työpajojen tulosten yhteenveto

Tutkimuksellisen osion ja työpajojen tulokset olivat samansuuntaisia. Molemmissa nousi esiin salassapitovelvollisuuden noudattaminen ja se, miten tiloja ja toimintoja pystytään muuttamaan siten, että salassapitovelvollisuus toteutuu kaikissa hoidon vaiheissa. Myös potilaspaikan ympäristöön liittyvät kehittämiskohteet olivat samantyyppisiä sekä kyselyiden perusteella että työpajojen tuloksissa. Työpajoissa melko keskeiseksi tulokseksi nousi triage-pisteen sijainti ja toimivuus päivystyksessä. Kyselyissä tätä asiaa ei tutkittu. Tutkimuksellisen osion tulosten mukaan informaatiota tulisi parantaa päivystyksessä. Tutkimuksellisen osion ja työpajojen johtopäätökset on esitetty kuviossa 7.



Kuvio 7. Tutkimuksellisen osion ja työpajojen johtopäätökset.

Tutkimuksellisen osion ja työpajojen tulosten perusteella kehittämissuunnitelmassa lähdettiin parantamaan seuraavia osa-alueita eli tunnistettiin seuraavat kehittämissuunnitelmat:

*Tarkkailutilan salassapitomahdollisuuksien parantaminen*

*Triagehoitajan työpisteen ja toimenkuvan kehittäminen*

*Potilaspaikan ympäristön kehittäminen*

## 10.2 Konseptointi ja kokeilu

Konsepti on palvelun suuri kuva, jossa kuvataan palvelun keskeinen idea (Tuulaniemi 2011, 189). Tässä kehittämissuunnitelmassa seuraavaksi luotiin konsepti aiemmin tunnistettujen kehittämiskohteiden perusteella. Tässä kehittämissuunnitelmassa konseptilla tarkoitetaan suunnitelmaa kehittämiskohteiden parantamiseksi. Tämä suunnitelma on myös tämän opinnäytetyön tuotos, jonka perusteella voidaan palveluita päivystyksessä parantaa. Kehittämissuunnitelman tuotos on esitetty seuraavassa kappaleessa.

## 11 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUOTOS

Tässä kehittämisprojektissa tavoitteena oli potilaiden tyytyväisyyden paraneminen päivystyksen palveluihin sekä potilaan hoidon ja hoitoprosessin sujuvoittaminen päivystyksessä palvelumuotoiluprosessin myötä. Kehittämisprojektin tuotoksena oli suunnitelma kokemuspohjaisen kyselyn ja työpajojen tulosten perusteella havaittujen kehittämiskohteiden parantamiseksi päivystyksessä. Suunnitelma on kaksiosainen. Ensimmäisessä osassa on kehittämiskohteita potilastyytyväisyyden parantamiseksi ja toisessa osassa kehittämiskohteita hoidon ja hoitoprosessin sujuvoittamisen parantamiseksi.

### 11.1 Kehittämiskohteita potilastyytyväisyyden parantamiseksi

Keskeisimmässä osassa tulosten mukaan oli tarkkailutilan salassapitomahdollisuuksien parantaminen. Tarkkailutilassa sijaitsevan hoitajien avonainen työpiste (Kuva 1) ei mahdollista työskentelyä siten, että salassapitovelvollisuus toteutuisi. Lisäksi työpiste on ahdas, liian pieni sekä puutteellinen myös työturvallisuuskulmasta. Kehittämisehdotuksena on pleksit/äänieristeet työpisteen ympärille tai työpisteestä suljettu tila samoin kuin toinen työpiste tarkkailutilassa on. Lisäksi työpisteen laajennumahdollisuudet tulisi selvittää, kuvassa nuolen osoittaman seinän takana olevan hissinvälitilan hyödyntäminen yhtenä mahdollisuutena tulee ottaa huomioon.



Kuva 1. Hoitajien avoin työpiste tarkkailutilassa.

Salassapitovelvollisuus ei toteudu myöskään triage-pisteessä (Kuva 2). Kehittämisehdotukset triagen parantamiseksi on esitetty seuraavassa kappaleessa. Lisäksi salassapitovelvollisuuden toteutumiseksi tulee laatia yhteiset pelisäännöt, miten toimintatapoja muutetaan siten, että potilaiden henkilöllisyys tai henkilökohtaiset asiat eivät ole tunnistettavissa muille potilaille.



Kuva 2. Triage-piste päivystyksessä.

Potilaspaikan ympäristöä (Kuva 3 ja Kuva 4) tulisi kehittää potilasystävällisemmäksi. Kehittämisehdotuksena on käsidesitelineiden hankkiminen potilassänkyihin, laskutilan lisääminen potilaspaikoille (esimerkiksi taitettavat pöydät), potilaspaikkojen radioiden testaaminen ja käyttöönotto potilashoidossa ja kellojen lisääminen tarkkailuhuoneeseen. Lisäksi soittokellojen antaminen potilaille tulisi määritellä rutiiniksi, joka toteutuu jokaisen potilaan kohdalla.



Kuva 3. Potilaspaikka päivystyksen tarkkailuhuoneessa.



Kuva 4. Potilaspaikka päivystyksen akuuttihuoneessa.

## 11.2 Kehittämiskohteita hoidon ja hoitoprosessin sujuvoittamiseksi

Tässä kehittämissuunnitelmassa hoidon ja hoitoprosessien kehittämisessä keskityttiin työpajojen tulosten mukaan triagen kehittämiseen. Triage-hoitajan työpiste sijaistee tällä hetkellä aulatilassa (Kuva 5 ja Kuva 6), jossa säilytetään tyhjänä olevat potilassängyt. Tätä kautta kaikki päivystykseen tulevat ambulanssit tuovat potilaat.



Kuva 5. Triage-hoitajan työpiste.



Kuva 6. Triage-hoitajan työpisteen sijainti.

Kehittämisehdotuksena on triage-hoitajan työpisteen sijoittamista uuteen paikkaan, kuten ilmoittautumisen yhteyteen tai rakentamalla triage-hoitajalle nykyiseen paikkaan kiinteä työpiste, jossa olisi seinät, jotta potilaiden yksityisyyttä pystytään suojelemaan paremmin. Tällä tavalla toimimalla saataisiin triage-hoitajan toimenkuvaa muutettua siten, että hoitajan työpanosta pystyttäisiin hyödyntämään paremmin ja tehokkaammin. Myös potilasturvallisuuden näkökulmasta voitaisiin saada hyötyä, mikäli kaikki päivystykseen tulevat potilaat menisivät triage-hoitajan kautta nykyisen järjestelmän sijaan, jossa ainoastaan ensihoidon ambulanssilla tuomat potilaat pääsevät triage-hoitajan arvioon tulo- vaiheessa. Tätä voitaisiin pitää tulevaisuudessa myös vaatimuksena, sillä suosituksen mukaan kaikkien potilaiden tulisi päästä hoidontarpeen arvioon siten, että hätätilapotilaat arvioidaan yhden minuutin kuluessa ja muut potilaat 10 minuutin kuluessa päivystykseen saapumisesta (Valvira 2018, 19).

### 11.3 Suunnitelman ja kehittämiskohteiden ajankohtaisuus

Tämän kehittämisprojektin tuotoksena syntyneen suunnitelman sisältöä voidaan pitää hyvin samansuuntaisena Myllärin (2017, 161) väitöskirjassaan saamien tulosten kanssa. Väitöskirjassa tavoitteena oli selvittää, miten iäkkäät potilaat kokevat päivystyskäynnin, millaista on heidän käsitysten mukaan laadukas hoito päivystyksessä ja miten potilaiden kokemukset vastaavat laatukäsityksiä. Vaikka väitöskirja keskittyi ainoastaan iäkkäiden potilaiden kokemuksiin, on siitä saatu tietoa tärkeää päivystysten toimintaa kehitettäessä. Tutkimustulosten mukaan suurin osa päivystyksessä vietetystä ajasta kului odottamiseen. Tämä tukee tässä kehittämisprojektissa saatuja tuloksia, joissa tärkeänä koettiin ajanvietteen, kuten radion, käyttämisen lisääminen potilashoidossa.

Myllärin (2017, 161) mukaan haastateltavien kokemukset oireita lievittävästä hoidosta ja olotilan turvallisuudesta olivat vaihtelevia ja syömisen ja juotavan saamisen tarpeen huomioinnissa koettiin olevan puutteita. Lisäksi esiin nousi tarve tehdä päivystyksen käytännöt ja hoitoonpääsyn järjestyksen perusteet paremmin potilaille ymmärrettäviksi. Tämä sama asia nousi esiin myös tässä kehittämisprojektissa pidetyissä työpajoissa, joissa keskityttiin paljon triage-hoitajan toimenkuvan ja työpisteen sijainnin kehittämiseen. Triage-hoitaja vaikuttaa osaltaan paljon siihen, minkälaisen ensivaikutelman asiakas saa päivystyksestä. Lisäksi triage-hoitajalla on keskeinen rooli ainakin tällä hetkellä siinä, miten päivystyksen käytännöt ja hoitoonpääsyn kiireellisyys potilaalle avautuvat. Vaikka

hoitaja-triage onkin vakiintuneessa käytössä sairaaloiden päivystyksessä, on toiminnassa kuitenkin vielä kehitettävää. Tässä tulee ottaa huomioon triage-hoitajan toimenkuvan haasteellisuus ja panostaa yksiselitteisiin kirjallisiin ohjeisiin, jotka parantavat myös potilasturvallisuutta. (Valvira 2018, 19.)

Tarkkailuhuoneen salassapitomahdollisuuksien parantaminen on tärkeää potilaiden yksityisyyden suojan kannalta. Salassapitovelvollisuuden toteutuminen on hyvin ajankohtaista myös potilaiden tunnistamisen kannalta. Tätä tukee EPLL uusi ohjeistus, jossa potilaat tulisi tunnistaa esimerkiksi odotusaulasta muilla keinoin kuin esimerkiksi nimen tai muiden henkilötietojen avulla. Myös uudessa Lastensairaalassa on tähän asiaan kiinnitetty huomiota uudella tavalla. Lastensairaalassa ilmoittautuminen tehdään ilmoittautumisautomaateilla, josta lapsi valitsee ilmoittautuessaan avatarin ja saa kulku- ja ilmoittautumisohjeet hoitopaikkaan (HUS 2018). Näin henkilötiedot pysyvät salassa muilta potilailta. Kaiken kaikkiaan on perusteltua parantaa salassapitomahdollisuuksia tässä suunnitelmassa esitetyllä tavalla, jotta jatkossa potilaan yksityisyys pystytään päivystyksessä paremmin turvaamaan.

## 12 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

Projektin arvioinnin voidaan ajatella olevan projektin toiminnan ja toiminnan aikaansaamien tulosten, vaikutusten ja vaikuttavuuden selvittämistä. Projektin päätehtävät on esitetty projektin tavoitteissa, joten arvioinnin tulisi keskittyä tavoitteiden toteutumisen arviointiin. Myös arviointiprosessin tulisi olla systemaattinen, läpinäkyvä ja kriittinen. Systemaattisuus tarkoittaa sitä, että tietoa kerätään systemaattisesti eli suunnitelmallisesti ja järjestelmällisesti. Läpinäkyvyydellä taas tarkoitetaan sitä, että arviointiprosessi kuvataan mahdollisimman avoimesti, jotta päätelmien pitävyyttä voidaan arvioida. Kriittisyydellä tarkoitetaan sitä, että esiin tuodaan myös mahdolliset epäonnistumiset ja negatiivinen palaute, koska näiden pohdinnan kautta arviointi voi tuottaa tärkeää tietoa projektin kehittämiseksi. (Suopajarvi 2013, 9-10.)

Arviointia tulisi tehdä projektin kaikissa vaiheissa. Alkuarvioinnissa keskitytään projektin toimintaympäristön arviointiin, väliarvioinnissa itse toiminnan arviointiin ja loppuarvioinnissa tulosten ja vaikuttavuuden arviointiin. (Suopajarvi 2013, 23). Alkuarviointi on keino selvittää toimintaympäristön projektille asettamia odotuksia (Suopajarvi 2013, 24). Tässä kehittämissuunnitelmassa alkuarviointia ei kerätty systemaattisesti esimerkiksi kyselyin. Alkuarviointi suoritettiin keskusteluissa ohjausryhmän kanssa ensimmäisessä ohjausryhmän kokoontumisessa, jossa kehittämissuunnitelman aihetta ja tavoitteita täsmennettiin. Alkuarvioinnin onkin todettu auttavan projektin tavoitteiden ja perustehtävän täsmentämisessä (Suopajarvi 2013, 25). Alustavaa arviointia projektin etenemisestä tehtiin myös kehittämissuunnitelmaa ennen laaditussa tutkimussuunnitelmassa.

Väliarviointi on projektin toiminnan arviointia. Väliarvioinnin keskeisin tehtävä onkin arvioida projektin toimintaa suhteessa sen tavoitteisiin ja saavutettuihin tuloksiin. Peruskysymyksenä väliarvioinnissa on, mahdollistaako toiminta tavoitteiden toteutumisen. (Suopajarvi 2013, 25-26) Tässä kehittämissuunnitelmassa tavoitteena oli potilaiden tyytyväisyyden paraneminen päivystyksen palveluihin ja potilaan hoidon ja hoitoprosessin sujuvoittaminen päivystyksessä palvelumuotoiluprosessin myötä. Tietoa kerättiin kokemuspohjaisilla kyselyillä sekä työpajoissa. Väliarviointia on tutkimuksellisen osion osalta esitetty aiemmin tässä raportissa. Työpajat toimivat kehittämissuunnitelman projektinjohtajan näkökulmasta hyvänä menetelmänä tavoitteisiin kirjatun tiedon keräämiseen ja hoitohenkilökunnan osallistamiseen kehittämistoimintaan. Ensimmäisessä työpajassa kerättiin suullista palautetta työpajan päätteeksi. Tämä palaute oli positiivista. Masalin (2010, 86-87,

92) onkin todennut, että henkilökunnan osallistuminen kehittämistoimintaan edesauttaa muutokseen sitoutumista ja sen toteuttamista. Henkilökunnan osallistamisella kehittämistoimintaan ei olekaan tarkoitus saada kannatusta valmiiksi tehtyyn ratkaisuun, vaan luoda ratkaisuja ja innovaatioita ja syventää yhteistyötä. Lisäksi vapaaehtoinen osallistuminen mahdollistaa toiminnan kehittämisen luovasti ja tehokkaasti. Kun henkilökunta on osa kehittämistoimintaa, voidaan vahvistaa sitoutumista ja vastuunottoa ratkaisusta sekä lisätä motivaatiota edistää yhteisesti kehitettyä ratkaisua. Myös Jalava ja Matilainen (2010, 100, 106) ovat todenneet, että kun suunnitteluun ja päätöksentekoon pääsee osallistumaan, sitoudutaan ratkaisuihin paremmin ja otetaan vastuuta toteutuksesta enemmän. Tähän liittyy ihmisten tarve tehdä työnsä hyvin ja kehittää sitä. Sisäinen motivaatio kehittämistoimintaan on suurempi, kun työntekijä näkee itsensä organisaation tavoitteiden toteuttajana. Työntekijöille tulisi antaa riittävät edellytykset, kuten ajalliset ja taidolliset edellytykset, jotta yhdessä kehittäminen onnistuu. Työntekijät tulisikin nähdä osallistuvina aktiivisina toimijoina kehittämistoiminnassa.

Loppuarvioinnissa vastataan kysymyksiin, mitä projekti sai aikaan ja toteutuivatko projektin tavoitteet. Loppuarvioinnissa onkin tärkeää selvittää, mitkä ovat projektin tuotokset, tulokset ja vaikutukset. Lisäksi siinä arvioidaan projektin toiminnan onnistumista. (Suopajarvi 2013, 27.) Tässä kehittämissuunnitelmassa saatiin aikaan suunnitelma havaittujen kehittämiskohteiden parantamiseksi. Tämä suunnitelma on tehty vastaamaan kehittämissuunnitelman tavoitteita, joten tavoitteet toteutuivat ja asetettuihin tavoitteeseen päästiin. Tuotoksen hyödynnettävyyttä ja vaikutuksia on arvioitu seuraavassa kappaleessa.

Projektin toiminnasta oli vastuussa projektipäällikkö. Projekti eteni suunnitelman mukaan muilta osin, mutta alun perin tutkimussuunnitelman mukaisesti oli tarkoitus suorittaa myös havainnointia projektin kohdeorganisaatiossa. Tästä kuitenkin luovuttiin, sillä kokemuspohjaisten kyselyiden tulosten analyysin ja työpajojen järjestämisen jälkeen todettiin, että aineistoa oli saatu kerättyä riittävästi eikä havainnoinnilla ollut oletettavasti enää saatavilla sellaista tietoa, mitä olisi tarvittu. Havainnoinnin avulla oli tarkoitus keskittyä palvelun käyttäjän toiminnan tarkkailuun ja sen avulla saada käyttäjäkeskeinen näkemys siitä, mitä palvelupolun eri vaiheissa tapahtuu. Havainnoinnin on todettu soveltuvan erityisesti olemassa olevan käyttäjäkokemuksen parantamiseen (Kurronen 2013, 11). Päätös jättää havainnoinnit tekemättä syntyi yhdessä projektipäällikön, työelämämentorin sekä ohjaavan tutor-opettajan kanssa. Muuten projektitoiminta eteni suunnitelman ja laaditun aikataulun mukaisesti.

Toiminta projektin ohjausryhmän kanssa oli luontevaa. Koska projekti oli pieni, ohjausryhmä kokouksia pidettiin projektin aikana kaksi kertaa. Kokoukset sijoituivat suurien työvaiheiden päättymiseen, jonka on todettu olevan riittävä pienissä projekteissa (Kettunen 2009, 169). Projektiryhmä kokoontui projektin aikana vain kerran. Projektipäällikkö ei kokenut tarpeelliseksi järjestää enempää projektiryhmän tapaamisia kehittämisprojektin aikana, sillä projektiryhmän työpanosta tarvitaan vielä jatkossa, kun kehittämisprojektin tuotoksena syntynyt suunnitelma viedään käytäntöön.

Palvelumuotoiluprosessin suorittajana projektipäällikkö oli kokematon. Palvelumuotoiluun projektipäällikkö oli tutustunut opintojaksolla osana ylemmän ammattikorkeakoulun opintoja. Aikaisempaa kokemusta palvelumuotoilusta ei ollut projektipäälliköllä eikä kehittämisprojektin kohdeorganisaatiossa. Tuulaniemi (2011, 69) on todennut, että palvelumuotoilu ei ole pelkästään muotoilijoiden työtä, vaan palvelumuotoilu antaa paremmin yhteiset reunaehdot, työkalut ja menetelmät palveluiden kehittämiseen. Tämän vuoksi palvelumuotoiluun kehittämisen menetelmänä tartuttiin ennakkoluulottomasti. Koko kehittämisprojektin prosessia voidaankin pitää jatkuvan oppimisen ja itsensä kehittämisen mahdollisuutena palveluiden kehittämisen ohessa. Varsinaisena palvelumuotoilijana ei kuitenkaan projektinjohtaja voi itseään pitää sillä Tuulaniemen (2011, 70) mukaan hyvä palvelumuotoilija on hankkinut laajaa kokemusta suunnittelusta, konseptoinnista ja liiketaloudesta. Muita hyvän palvelumuotoilijan tunnuspiirteitä ovat Tuulaniemen (2011, 70) mukaan hyvät ryhmätyöskentely- ja kommunikointitaidot, hyvät prosessien ja kokonaisuuksien hallintataidot, taito yksinkertaistaa asioita sekä kiinnostus yksityiskohdista, bisneksestä ja ihmisistä sekä taito ohjata ja mahdollistaa prosesseja.

Kehittämisprojektin arviointia on hyvä suorittaa myös asiakasosallisuuden näkökulmasta. Häyhtiön (2017, 16) mukaan asiakasosallisuus tuo mukanaan samaan aikaan sekä haasteita että mahdollisuuden hyödyntää palveluiden käyttäjien näkemyksiä kehittämistyössä. Mahdolliset ongelmat voivat liittyä käytettävään osallistamisen toimintamalliin, organisaation toimintakulttuuriin tai kohderyhmään eli kehittäjäasiakkaisiin. Osallistumista tarvitaan mm. siksi, että tarjottavat palvelut ja yksilöiden tarpeet kohtaavat paremmin (Matthies 2013, 14). Lisäksi tiedetään, että asiakasosallisuus parantaa palvelujen laatua monella tapaa. Kansalaisten osallistuminen on välttämätöntä myös demokration vuoksi, sillä ilman sitä demokraattinen toimintatapa voi hävitä sosiaali- ja terveystalvuluista. (Matthies 2013, 13.)

Asiakasosallisuuden haasteena voidaan pitää kehittäjäasiakkaiden ennakkoasenteita, sillä palveluiden käyttäjien tiedot, taidot ja negatiiviset asenteet voivat vaikeuttaa työskentelyä. Asiakkaiden ennako-odotukset voivat olla ristiriidassa toteutuksen kanssa, jolloin toimintaan ei sitouduta eikä sitä koeta palkitsevaksi. (Häyhtiö 2017, 16-17; Palsanen 2013, 31.) Tässä kehittämisprojektissa asiakkaiden sitoutuminen kehittämistoimintaan ei ollut jatkuvaa, vaan asiakkaiden kokemuksia kerättiin kyselyllä, johon vastattiin anonyymisti. Näin asiakasosallisuus jäi pintapuoliseksi, eikä asiakkaat päässeet todella vaikuttamaan palveluiden kehittämiseen. Häyhtiö (2017, 17) onkin todennut, että mikäli osallistaminen rajautuu asiakastiedon keruuseen, on mahdollista, että toiminnasta tulee näennäistä ja asiakkaiden osallistumisesta jää puuttumaan aloitteellisuus ja kriittiset näkemykset, jotka voisivat tuoda palveluiden kehittämiseen uusia näkökulmia. Asiakkaiden negatiivisten ennakkoasenteiden vaikutusta kehittämistoimintaan pyrittiin vähentämään sillä, että vastaaminen kyselyyn pidettiin vapaaehtoisena, jolloin ne, jotka eivät halunneet osallistua palveluiden kehittämiseen karsiutuivat pois jo aineistonkeruu vaiheessa.

Yksi ongelma asiakkaiden osallistamisessa on myös sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden toimintakulttuurit ja ammattilaiset. On kuitenkin osoitettu, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kehittämisessä on mahdollista onnistua asiakkaiden kanssa yhteistyössä. Tämä edellyttää sitä, että koko organisaatio ja henkilökunta osallistuvat dialogiin asiakkaan kanssa, jolloin yhteisesti kerätyllä ja koostetulla tiedolla voidaan vaikuttaa palveluiden muotoutumiseen. Asiakkaille tulee pystyä näyttämään, että heidän näkemyksensä otetaan huomioon, kehittämis ehdotuksia kuunnellaan ja mahdollisiin ongelmiin etsitään ratkaisuja yhdessä. (Häyhtiö 2017, 17, 20.) Yksi tämän kehittämisprojektin tausta-ajatuksista onkin ollut, että tuomalla uusia kehittämisen menetelmiä henkilökunnan tietoisuuteen, voidaan muokata asenteita ja ottaa asiakkaiden näkökulmia huomioon paremmin myös joka päiväisessä työssä.

Aiemmat palvelumuotoiluhankkeet osoittavat, että asiakaslähtöinen kehittäminen ja asiakkaiden osallistuminen palveluiden suunnitteluun on edelleen Suomessa vaatimattomalla tasolla sosiaali- ja terveydenhuollossa. Ongelmana on, että varsinaisessa toteutuksessa asiakkaiden osallistuminen palveluiden suunnitteluun, ideointiin, arviointiin ja pilotointiin jää toteutumatta tai vaatimattomalle tasolle. (Häyhtiö 2017, 20-21.) Tämä ongelma on nähtävissä myös tässä opinnäytetyössä. Palvelujen käyttäjien kokemusten keräämisen jälkeen ei heitä hyödynnetty kehittämisprojektin seuraavissa vaiheissa. Kyselyiden tulosten saamisen jälkeen fokus siirtyi palveluiden käyttäjistä palveluiden tuotta-

jiin, tässä tapauksessa päivystyksen hoitohenkilökuntaan, osallistamalla heitä kehittämistoimintaan työpajojen myötä. Myös tähän toimintaan olisi voinut asiakkaita osallistaa, jotta käyttäjäkokemukset ja asiakasymmärrys palveluiden käyttäjien näkökulmasta olisi syventynyt.

Yksi näkökulma arviointiin on myös se, että tulevaisuudessa palvelut muuttavan muotoaan digitaalisten palveluiden lisääntyessä, mikä näkyy myös päivystysten toiminnassa. Valtakunnallinen internetissä toimiva Terveyskylä.fi on osa asiantuntijoiden yhdessä potilaiden kanssa kehittämää verkkopalvelua. Terveyskylä.fi:n sisällä toimii virtuaalitaloja eri elämäntilanteisiin ja oireisiin, yksi näistä on Päivystystalo. Päivystystalo on eTerveyspalvelu, josta saa tukea päätöksentekoon, tietoa ja toimintaohjeita äkillisten terveysongelmiä varten. (Päivystystalo 2018; Terveyskylä 2018.) Vaikka huomio viime vuosina onkin vahvasti ollut digitaalisten palveluiden kehittämisessä, on erittäin tärkeää jatkossakin panostaa palveluiden kehittämiseen myös siellä, missä palvelu tapahtuu kasvokkain potilaiden kanssa.

## 13 KEHITTÄMISPROJEKTIN PÄÄTTÄMINEN

### 13.1 Kehittämiprojektin tuotoksen hyödynnettävyys

Asiakaslähtöisten kehittämistapojen käyttöönotto on ollut ajankohtaista Suomessa viime vuosina. Asiakaslähtöisyyttä on tuotu esiin entistä näkyvämmiin erilaisissa hankkeissa kuin myös kansallisessa sote-uudistuksessa. (THL 2016; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b; Valtioneuvosto 2018). Palvelumuotoilu on yksi tapa tuoda asiakas kehittämisen keskiöön. Palvelumuotoilun vahvuutena voidaan pitää sen tuomaa uudenlaista näkökulmaa kehittämiseen. Periaate siitä, että palvelua ei voi kehittää ilman asiakasta antaa mahdollisuuden vastata sosiaali- ja terveydenhuollon haasteisiin uudella tavalla. (Ahola & Vainio 2013-2016, 14.)

Tämän kehittämiprojektin tuotoksena syntyneitä suunnitelmaa hyödynnetään palveluiden kehittämisessä Salon päivystyksessä. Suunnitelmaa voidaan jatkossa käyttää työkaluna toiminnan ja hoitoprosessien kehittämisessä. Kehittämiprojektin tuotoksensa syntynyt suunnitelma sisältää ehdotuksen siitä, miten tarkkailutilan salassapitomahdollisuuksia voidaan parantaa, miten triagehoitajan työpistettä ja toimenkuvaa voidaan kehittää sekä miten lisätä viihtyvyyttä potilaspaikan ympäristössä päivystyksen tarkkailuhuoneessa. Suunnitelma on syntynyt kokemuspohjaisten kyselyiden sekä työpajojen tulosten perusteella eikä siis ole ainoastaan kehittämiprojektin projektinjohtajan näkemys toiminnan sujuvoittamisesta ja palveluiden parantamisesta.

Tässä kehittämiprojektissa esitettyä suunnitelmaa lähdetään viemään eteenpäin yhdessä henkilökunnan kanssa. Potilaspaikan ympäristön kehittämisen suhteen korjaukset ovat helposti toteutettavissa pienillä muutoksilla. Triage-hoitajan työpisteen kehittäminen on haasteellisempaa. Kehittämiprojektin kohdeorganisaatiossa tuleekin organisaatio- ja yksikkötasolla mietittäessä pohtia lisää sitä, miten triagehoitajan työpanosta voitaisiin jatkossa hyödyntää vielä tehokkaammin. Myös ensihoidon siirtyessä sähköiseen kirjaimiseen, on nykyinen työpisteen sijainti ja toimenkuva lähinnä ensihoidon tuomien potilaiden vastaanottajana jäämässä turhaksi. Tämän vuoksi on entistä tärkeämpää, että toimenkuva rakennetaan uudelleen nyt saatujen tulosten perusteella. Tämän kehittämiprojektin tuotoksena syntynyt suunnitelma antaa suuntaa antavia ohjeita siitä, miten tämä resurssi saataisiin hyödynnettyä jatkossa paremmin. Koska nyt triageen liittyvät ongelmat ovat tämän kehittämiprojektin myötä tiedostettu, voidaan jatkossa esimerkiksi

nopeilla kokeiluilla testata, miten ja missä triage tulisi päivystyksessä tehdä, jotta potilaat saisivat siitä suurimman hyödyn. Myös muut suunnitelman osa-alueet ovat muotoiltu siten, että ne olisivat helppo jatkossa toteuttaa ja viedä käytäntöön. Kehittämistä tukee kohdeorganisaation johdon sitoutuminen kehittämistoimintaan ja muutoksen toteutumiseen.

Koska kehittämisprojektin tuotoksena syntynyt suunnitelma on sidoksissa kohdeorganisaatioon, on sen hyödynnettävyys suoraan muissa yksiköissä vaikeaa. Tässä kehittämisprojektin raportissa on kuitenkin pyritty kattavasti esittämään kaikki projektin vaiheet, jotta jatkossa samantyyppisiä projekteja olisi mahdollista tehdä myös muissa terveydenhuollon yksiköissä matalalla kynnyksellä ja tämän kehittämisprojektin teoreettista osuutta hyödyntäen. Tämän tyyppisellä kehittämisprojektilla ja yhteiskehittämisellä voidaan saada asiakasosallisuuden lisääntymisen lisäksi hyötyä myös henkilökunnan asiantuntijuuden kehittymisessä. Palsanen & Kääriäinen (2015, 189, 199) toteavatkin tutkimuksessaan, jossa tarkasteltiin sosiaalipalveluiden asiakkaiden ja ammattilaisten yhteistoiminnallista työskentelyä, että sekä asiakkaat että ammattilaiset saivat työskentelystä välineitä ymmärtää toimintansa merkityksiä laajemmin omassa elämässään ja asiantuntijuudessaan. Näin ollen, vaikka tuotosta ei jatkossa pystyisikään suoraan hyödyntämään muissa yksiköissä, on tärkeää huomata se, miten paljon oppimista sekä organisaatio- että yksilötasolla on projektin aikana tapahtunut.

### 13.2 Kehittämisprojektin jatkokehittämis ehdotus

Häyhtiö (2017, 64-65) on tutkimuksensa perusteella todennut, että menestyksekkään sosiaali- ja terveystalvvelujen asiakaslähtöisen kehittämisen toteuttamiseksi on jatkossa harjoiteltava osallistamisen toimintamalleja ja niiden käyttöönottoa sekä hyödynnettävä palvelumuotoilun menetelmiä ennakkoluulottomasti soveltaen ja kokeillen. Kehittäjäasiakkaiden asiantuntemusta ja kokemuksia tulisi hyödyntää koko kehittämistyön ajan ja myös sosiaali- ja terveystalvveluiden johdon tulee sitoutua ja tukea asiakaslähtöistä kehittämistä. Jatkokehittämis ehdotuksena onkin tulevaisuudessa hyödyntää asiakkaita entistä tehokkaammin palveluiden kehittämisessä läpi koko kehittämisprosessin. Tämä voisi tapahtua esimerkiksi osallistamalla asiakkaita kehittämisen työpajoihin yhdessä henkilökunnan kanssa tämän kehittämisprojektin näkökulmasta.

Laajemmasta näkökulmasta ajateltuna asiakasosallisuutta tulisi lisätä monenlaisessa kehittämis- ja suunnittelutoiminnassa. Salon kaupunki on yhdessä Varsinais-Suomen

sairaanhoidopiiriin kanssa lähivuosina suorittamassa Salon sairaalan peruskorjausta tai uudisrakennuksen rankentamista. Hankkeen tavoitteena on varmistaa tulevaisuuden elinvoimaiset sairaalapalvelut Salossa. Suunnitelmana on vuonna 2018 tehdä toiminnallinen suunnittelu, 2019 rakentamisen suunnittelu ja vuosina 2020-2024 itse rakentaminen. (Salon kaupunki 2018.) Hankkeen suunnittelussa voisikin hyödyntää asiakaskokemuksia ja asiakkaiden asiantuntijuutta läpi koko prosessin, jotta tulevaisuudessa palvelut olisi entistä enemmän suunniteltu myös sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakaslähtöisesti ja asiakkaiden tarpeiden ja toiveiden mukaiseksi. Tätä tukee myös tutkimus, jossa selvitettiin potilaiden mielipiteitä palveluiden kehittämiseen terveydenhuollossa. Tutkimuksen mukaan potilaat arvostivat osallistumista kehittämiseen ja olivat tyytyväisiä siihen, että saivat osallistua myös niiden palveluiden kehittämiseen, joita he eivät itse käytä. (Finn ym. 2018, 1004,1009.) Tämä on hyvä muistaa etsittäessä ja rekrytoitaessa asiakkaita palveluiden kehittämiseen.

## LÄHTEET

Aalto, A-M.; Vehko, T.; Sinervo, T.; Sainio, S.; Muuri, A.; Elovainio, M. & Pekurinen, M. Terveystenhuollon asiakaslähtöisyys. Tutkimuksesta tiiviisti 12/2017.

Ahola, H. (toim.) & Vainio, S. (toim.) 2013-2016. Oikeita palveluita oikeaan aikaan. Miten vastaamme paremmin riskiryhmien palvelutarpeeseen? Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille -hanke 2013-2016 (PPPR). Viitattu 23.10.2018 [https://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files/pppr-julkaisu\\_netti.pdf](https://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files/pppr-julkaisu_netti.pdf)

Ahonen, P. 2015. Tutkimus-, kehitys- ja innovaatiotoiminnan vaikuttavuus. Teoksessa Ahonen, P. (toim.) Ylemmän ammattikorkeakoulutuksen opettajuus tutkimuksen, kehittämisen ja uudistamisen sillanrakentajana. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 222. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 19.10.2017 <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522165978.pdf>

Ahonen, T. 2017. Palvelumuotoilu sotessa. Palvelumuotoilun käsikirja sosiaali- ja terveysalan palvelujen kehittämisessä. Nummela: Painokiila Oy.

Arab, M.; Movahed Kor, E. & Mahmoodi, M. 2015. The Effect of Time-to-Provider, Left-without-Treatment and Length-of-Stay on Patient Satisfaction in Training Hospitals' Emergency Department, Iran. Iranian Journal of Public Health, Vol 44, 1411-1417. Viitattu 20.9.2017 [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4644587/#\\_sec7title](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4644587/#_sec7title)

Blank, F.; Tobin, J.; Jaouen, M.; Smithline, E.; Tierney, H. & Visintainer, P. 2014. A Comparison of Patient and Nurse Expectations Regarding Nursing Care in the Emergency Department. Journal of Emergency Nursing. Vol 40, 317-322. Viitattu 20.9.2017 <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.turkuamk.fi/science/article/pii/S0099176713001025?via%3Dihub>

Buchanan, J.; Dawkins, P.; & Lindo, J. L.M. 2015. Satisfaction with nursing care in the emergency department of an urban hospital in the developing world: A pilot study. International Emergency Nursing, Vol 23, 218-224. Viitattu 20.9.2017 [https://ac-els-cdn-com.ezproxy.turkuamk.fi/S1755599X1500004X/1-s2.0-S1755599X1500004X-main.pdf?\\_tid=403bba4a-a69a-11e7-8ea1-00000aabb0f27&acdnat=1506856889\\_8dcf0f3c27cf8ed3ef41477ab20475c7](https://ac-els-cdn-com.ezproxy.turkuamk.fi/S1755599X1500004X/1-s2.0-S1755599X1500004X-main.pdf?_tid=403bba4a-a69a-11e7-8ea1-00000aabb0f27&acdnat=1506856889_8dcf0f3c27cf8ed3ef41477ab20475c7)

Carter, E.; Pouch, S. & Larson, E. 2014. The Relationship Between Emergency Department Crowding and Patient Outcomes: A Systematic Review. Journal of Nursing Scholarship, Vol 46, 106-115. Viitattu 9.10.2017 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnu.12055/abstract>

Direkvand-Moghadam, A.; Hashemian, A.; Ali Delpisheh, A.; Sohili, F. & Sayehmiri, K. 2014. Effective Factors on Patients' Satisfaction with Emergency Care Services using Factor Analysis: A Cross Sectional Study. Journal of Clinical and Diagnostic Research, Vol 8, 1-4. Viitattu 20.9.2017 [http://jcdr.net/articles/PDF/5162/8236\\_CE\(Ra\)\\_F\(Sh\)\\_PF1\(PU\\_Sh\)\\_PFA\(Sh\)\\_PF2\(PAG\).pdf](http://jcdr.net/articles/PDF/5162/8236_CE(Ra)_F(Sh)_PF1(PU_Sh)_PFA(Sh)_PF2(PAG).pdf)

Ekwall, A. 2013. Acuity and anxiety from the patient's perspective in the emergency department. Journal of Emergency Nursing, Vol 39, 534-538. Viitattu 20.9.2017 [https://ac-els-cdn-com.ezproxy.turkuamk.fi/S0099176710004447/1-s2.0-S0099176710004447-main.pdf?\\_tid=b7056b5a-a508-11e7-9b44-00000aacb361&acdnat=1506684431\\_2f12a50535461bb9c5a4f59b955928d6](https://ac-els-cdn-com.ezproxy.turkuamk.fi/S0099176710004447/1-s2.0-S0099176710004447-main.pdf?_tid=b7056b5a-a508-11e7-9b44-00000aacb361&acdnat=1506684431_2f12a50535461bb9c5a4f59b955928d6)

Finn, V.; Stephenson, J. & Astin, F. 2018. Patient preferences for involvement in health service development. British Journal of Nursing, Vol 27, 1004-1010. Viitattu 23.10.2018 <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=b14ee7ae-1945-48c7-a6fe-3f90f9125005%40sessionmgr102>

Haukijärvi, N.; Kangas, A.; Knuutila, H.; Leino-Richert, E. & Teirasvuo, N. 2014. Tavoitteena aktiivinen ja työelämälähtöinen oppiminen. Käytännön opetusmenetelmiä opiskelija- ja työelämälähtöiseen opetukseen ja koulutukseen. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 91. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 20.2.2018 <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522165107.pdf>

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

HUS 2018. Neuvonta ja ilmoittautuminen. Viitattu 24.10.2018 <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/Uusi-lastensairaala/potilaanasairaalassa/neuvontajailmoittautuminen/Sivut/default.aspx>

Häyhtiö, T. 2017. Osallisuutta sote-palveluihin palvelumuotoilemalla? Kunnallisalan kehittämissäätiön Julkaisu 4. KAKS-Kunnallisalan kehittämissäätiö. Viitattu 23.10.2018. [https://kaks.fi/wp-content/uploads/2017/05/osallisuutta-sote-palveluihin-palvelumuotoilemalla\\_toinenversio.pdf](https://kaks.fi/wp-content/uploads/2017/05/osallisuutta-sote-palveluihin-palvelumuotoilemalla_toinenversio.pdf)

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto. Viitattu 21.2.2018 [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen\\_vaitoskirja.pdf?sequence=1](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf?sequence=1)

Jalava, U. & Matilainen, R. 2010. Dynaaminen johtaminen -kohti yhteisöllistä ja näkemyksellistä johtamista. Hämeenlinna: PRO Tammi.

Jalo, N. 2013. Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille -hanke 2013-2015. Länsi-Suomen Kaste-hanke. Viitattu 18.10.2017 [https://www.turkuai.fi/sites/default/files/atoms/files/valira-portti\\_2014.pdf](https://www.turkuai.fi/sites/default/files/atoms/files/valira-portti_2014.pdf)

Kalliomäki, A. & Ruuska, J. 2011. Palvelun konseptointi. Teoksessa Miettinen, S. (toim.) Palvelumuotoilu -uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Helsinki: Teknologia-info Teknova Oy.

Kananen, J. 2011. Kvantti. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 118. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kelly, S. & Faraone, L. 2013. Improving the ED experience with service excellence focused on teamwork and accountability. Journal of Emergency Nursing, Vol 39, 33-36. Viitattu 20.9.2017 <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.turkuamk.fi/science/article/pii/S0099176711006866>

Kettunen, S. 2009. Onnistu projektissa. Helsinki: WSOYpro.

Koivuniemi, K.; Holmberg-Marttila, D.; Hirsso, P. & Mattelmäki, U. 2014. Terveystieteiden kompassi. Avain asiakkuuteen. Helsinki: Duodecim.

Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallintamalli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 29.9.2017 <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67266/951-44-5605-X.pdf?sequence=1>

Kurronen, J. 2013. Sivistystoimen työkalupakki palvelumuotoiluun. Espoon kaupunki. Viitattu 23.10.2017 [http://designresearch.aalto.fi/groups/encore/wp-content/uploads/2013/11/Sivistystoimen\\_tyokalupakki\\_palvelumuotoiluun2.pdf](http://designresearch.aalto.fi/groups/encore/wp-content/uploads/2013/11/Sivistystoimen_tyokalupakki_palvelumuotoiluun2.pdf)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992. Viitattu 11.6.2018 <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Annettu 01.07.1994. Viitattu 5.10.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Leemann, L. & Hämäläinen, R.-M. 2015. Asiakasosallisuus. Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke (Sokra). Terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 19.10.2017 [https://www.thl.fi/documents/10531/1787240/Tietopaketti\\_Asiakasosallisuus.pdf/97b24b5c-2b6b-4308-bf4f-0f863bc8e2e6](https://www.thl.fi/documents/10531/1787240/Tietopaketti_Asiakasosallisuus.pdf/97b24b5c-2b6b-4308-bf4f-0f863bc8e2e6)

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2012. Etiikka hoitotyössä. 5.-7. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Levandovski, P.F.; Lima, MADS. & Acosta, AM. 2015 Patient satisfaction with nursing care in an emergency service. *Investigacion & Educacion en Enfermeria*. Volume 33, Issue 3, s. 473-481.

Lin, YK.; Lee, WC.; Kuo, LC.; Cheng, YC.; Lin, CJ.; Lin, HL.; Chen, CW. & Lin, TY. 2013. Building an ethical environment improves patient privacy and satisfaction in the crowded emergency department: a quasi-experimental study. *BMC Medical Ethics*, Vol 14, 1-8. Viitattu 7.10.2017 <https://bmcmedethics.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6939-14-8?site=bmcmedethics.biomedcentral.com>

Masalin, L. 2010. Strategiaan sitoudutaan osallistumalla. Teoksessa Valpola, A.; Kvist, H.; Heimonen, J.; Niutanen, K.; Lillkäll, L.; Masalin, L. & Kalin, R. 2010. Strategia toimeksi -muutosvoimaa ihmiset. Espoo: Painotalo Redfina Oy.

Matthies, A-L. 2013. Osallistuminen ja palvelut. Teoksessa Matthies, A-L. (toim.); Rantamäki, N. (toim.); Käsälä, K-E.; Lång, J.; Perälä, S. & Ruuttula-Vasari, A. Hyvinvointitalkoot -Miten kunta-alaisten osallistuminen tukee palveluita. KAMPA-hankkeen julkaisu. Kokkola: Jyväskylän yliopisto, Kokkolan yliopistokeskus Chydenius. Viitattu 23.10.2018. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/40925/978-951-39-5077-4.pdf?sequence=1>

Messina, G.; Vencia, F.; Mecheroni, S.; Dionisi, S.; Baragatti, L. & Nante, N. 2015. Factors Affecting Patient Satisfaction With Emergency Department Care: An Italian Rural Hospital. *Global Journal of Health Science*, Vol 7, 30-39. Viitattu 20.9.2017 <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/42056/23639>

Mylläri, E. 2017. Päivystyksen hoidon laatu iäkkäiden potilaiden kokemana. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 11.6.2018 <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/101961/978-952-03-0488-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Paasivaara, L.; Suhonen, M. & Virtanen, P. 2013. Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa. Helsinki: Tietosanoma.

Paavilainen, E.; Salminen-Tuomaala, M.; Kurikka, S. & Paussu, P. 2009. Experiences of counselling in the emergency department during the waiting period: importance of family participation. *Journal of Clinical Nursing*, Vol 18, 2217-2224. Viitattu 20.9.2017 <http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.turkuamk.fi/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02574.x/epdf>

Palsanen, K. & Kääriäinen, A. 2015. Asiakkaiden ja ammattilaisten yhteistoiminnallisen työskentelyn merkitykset ja seuraukset. *Janus*, Vol 23, 190-205. Viitattu 23.10.2018 <https://journal.fi/janus/article/view/51252/15704>

Palsanen, K. 2013. Yhteistutkiminen versio 2.0. Opas sosiaalityöhön. Socca työpapereita 2013:3. Viitattu 23.10.2018. [http://www.socca.fi/files/2335/Yhteistutkiminen-opas\\_sosiaalityohon\\_2.0\\_Kati\\_Palsanen.pdf](http://www.socca.fi/files/2335/Yhteistutkiminen-opas_sosiaalityohon_2.0_Kati_Palsanen.pdf)

Päivystysasetus 583/2017. Annettu Helsingissä 23.9.2014. Viitattu 24.10.2018 <https://stm.fi/documents/1271139/1800534/P%C3%84IVYSTYSASETUS+SUOMI.pdf/a8340da2-122f-4d84-b18e-12428a4c8ef1/P%C3%84IVYSTYSASETUS+SUOMI.pdf.pdf>

Päivystystalo 2018. Tietoa päivystystalosta. Viitattu 23.10.2018 <https://www.terveyskyla.fi/paivystystalo/palvelut/tietoa-p%C3%A4ivystystalosta>

Salokekkilä, P. 2011. Encounters in the Health Care. The voice of the Patient. Väitöskirja. Terveystieteiden tiedekunta. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 29.9.2017 [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0624-3/urn\\_isbn\\_978-952-61-0624-3.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0624-3/urn_isbn_978-952-61-0624-3.pdf)

Salon kaupunki 2018. Salon kaupunkistrategia 2026 -Kärkihankkeet. Viitattu 23.10.2018 <http://www.salo.fi/kaupunkijahallinto/strategiajatalous/strategiajavisio/karkihankkeet/>

Salonen, K.; Eloranta, S.; Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 108. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 18.2.2018 <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>

Scott, S. 2014. Patient-Centred Care: A Consideration of Patients as Partners' and Shared Decision Making (Opinion Piece). Emergency Nurse New Zealand, 08/2014, 7-9. Viitattu 20.9.2017 <http://content.ebscohost.com/Content-Server.asp?T=P&P=AN&K=118681015&S=R&D=ccm&EbscoContent=dGJyMMTo50SeprQ4zdneyOLCmr0%2BepRBSr664S7KWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGqtU%2B2rLROuePfgex44Dt6fIA>

Soleimanpour, H.; Gholipouri, C.; Salarilak, S.; Raoufi, P.; Vahidi, RG.; Rouhi, AJ.; Ghafouri, RR. & Soleimanpour, M. 2011. Emergency department patient satisfaction survey in Imam Reza Hospital, Tabriz, Iran. International Journal of Emergency Medicine, Vol 4, 1-7. Viitattu 20.9.2017 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21407998>

Son, H. & Yom, Y.-H. 2017. Factors influencing satisfaction with emergency department medical service: Patients' and their companions' perspectives. Japan Journal of Nursing Science, Vol 14, 27-37. Viitattu 20.9.2017 <http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.turkuamk.fi/doi/10.1111/jjns.12132/abstract>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4. Viitattu 19.11.2018 <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72305/URN%3aNBN%3afi-fe201504226598.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2018a. Päivystys. Viitattu 24.10.2018 <https://stm.fi/paivystys>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2018b. Palvelut asiakaslähtöisiksi. Viitattu 24.10.2018 <http://stm.fi/hankkeet/asiakaslahtoisuus>

Stenvall, J. & Virtanen, P. 2012. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Helsinki: Tietosanoma.

Suhonen, R. & Stolt, M. 2013. Potilaslähtöisen laadun arvioinnin strategiset lähestymistavat. Teoksessa Gröndahl W. & Leino-Kilpi, H. (toim) Potilaslähtöinen hoidon laatu – Näkökulmia arviointiin. Turun Yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Turku: Juvenes Print.

Suopajarvi, L. 2013. Opas projektiarviointiin. Lapin yliopiston yhteyskuntatieteellisen tiedekunnan julkaisuja C. Työpapereita 55. Rovaniemi: Lapin yliopisto. Viitattu 14.10.2018 <https://www.ulapland.fi/loader.aspx?id=a6d01dd9-baad-408a-a6fb-5e131cf74ef5>

Tanttu, K. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Väitöskirja. Vaasa: Vaasan yliopisto. Viitattu 21.2.2018 [https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-187-1.pdf](https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-187-1.pdf)

Terveystieteiden tiedekunta 1326/2010. Annettu Helsingissä 30.12.2010. Viitattu 24.10.2018 <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326>

Terveyskylä 2018. Tervetuloa terveyskylään. Viitattu 23.10.2018 <https://www.terveyskyla.fi/>

THL 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste. Viitattu 23.10.2018 <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/sosiaali-ja-terveydenhuollon-kansallinen-kehittamisohjelma-kaste>

Tuulaniemi, J. 2011. Palvelumuotoilu. Hämeenlinna: Talentum

Vaahojärvi, K. 2011. Palvelukonseptien arviointi. Teoksessa Miettinen, S. (toim.) Palvelumuotoilu -uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Helsinki: Teknologiatieto Teknova Oy.

Valtioneuvosto 2018. Sote-uudistuksen tavoitteet. Viitattu 23.10.2018 <https://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet>

Valvira 2017. Hoidon tarpeen arviointi. Viitattu 21.11.2018 [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/hoidon\\_tarpeen\\_arviointi](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi)

Valvira 2018. Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystystoiminnan suunnitelmallinen valvonta vuosina 2016-2017. Selvityksiä 1:2018. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. Viitattu 24.10.2018 <https://www.valvira.fi/documents/14444/2822570/Sosiaali-+ja+terveydenhuollon+p%C3%A4ivystystoiminnan+suunnitelmallinen+valvonta+vuosina+2016%E2%80%932017/eb31c133-8988-517a-caf5-107f375d9212>

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2016. Potilashoidon vuosikertomus 2016. Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitos. Viitattu 19.10.2017 <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-aviestinta/julkaisut/Documents/Ensihoidon-ja-paivystyksen-liikelaitos-phvk-2016.pdf>

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2017a. Sairaanhoitopiiri. Viitattu 23.1.2018 <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/Sivut/default.aspx>

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2017b. Asiointi päivystyksessä. Viitattu 21.11.2018 <http://www.vsshp.fi/fi/paivystys/asiointi/Sivut/default.aspx>

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2017-2018. Vaikuttava muutos. Luonnos Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategiaksi vuosille 2017-2018. PowerPoint -esitys Viitattu 30.5.2017 <http://www.vsshp.fi/fi/Documents/vsshp-strategialuonnos-hallitus-suomi.pdf>

Weigand, L. 2013. Customer service: The Nursing Bundle. Journal of Emergency Nursing, Vol 39, 454-455. Viitattu 20.9.2017 <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.turkuamk.fi/science/article/pii/S0099176712001080?via%3Dihub>

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehittä. Helsinki: Tammi.

Virtanen, P. & Stenvall, J. 2014. Älykäs julkinen organisaatio. Helsinki: Tietosanoma.

Virtanen, P. 2009. Projekti strategian toteuttajana. Helsinki: Tietosanoma.

Virtanen, P.; Suoheimo, M.; Lamminmäki, S.; Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Helsinki: Tekes. Viitattu 19.10.2017 <https://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>

Yli-Knuutila, H. 2012. Projektit uuden luojina ja oppimisen mahdollistajina. Teoksessa Hautala, T.; Ojalehto, M. & Saarinen, J. (toim.) Työelämää kehittämässä. Ammattikorkeakoulu projektimaisen kehittämisen kumppanina. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 67. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 20.2.2018 <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162625.pdf>



## Liite 1. Kokemuspohjainen kysely

### Kehittämiprojektin kysely

Vastausasteikko:

- 1 Täysin eri mieltä
- 2 Jokseenkin eri mieltä
- 3 Ei samaa eikä eri mieltä
- 4 Jokseenkin samaa mieltä
- 5 Täysin samaa mieltä
- 0 Ei koske minua/En osaa sanoa

TAI:

Kyllä/Ei

#### SAAPUMINEN PÄIVYSTYKSEEN

Vastaa kysymyksiin 1-12 mikäli saavuit päivystykseen muulla kuin ambulanssilla

**1.** Sairaalan ulkopuolella oli selkeät opasteet päivystykseen

1  2  3  4  5  0

**2.** Löysin oikean sisääntulopaikan helposti

1  2  3  4  5  0

**3. Ilmoittautumiseen oli selkeät ohjeet**

1  2  3  4  5  0

**4. Löysin ilmoittautumispisteen helposti**

1  2  3  4  5  0

**5. Sain ilmoittautuessani selkeät ohjeet, mihin seuraavaksi tulisi mennä**

1  2  3  4  5  0

**6. Ilmoittautumispisteessä minua tervehdittiin**

Kyllä  Ei

**7. Ilmoittautumisessa minua kohtaan oltiin kohteliaita**

Kyllä  Ei

**8. Hoitaja tervehti minua saapuessani päivystykseen**

Kyllä  Ei

**9. Hoitaja esitteli itsensä**

Kyllä  Ei

**10.** Hoitaja antoi arvion odotusajasta saapuessani päivystykseen

Kyllä  Ei

**11.** Hoitaja oli kohtelias minua kohtaan saapuessani päivystykseen

Kyllä  Ei

**12.** Hoitaja antoi arvion odotusajasta saapuessani päivystykseen

Kyllä  Ei

Vastaa kysymyksiin 13-17 mikäli saavuit päivystykseen ambulanssilla

**13.** Minua tervehdittiin saapuessani päivystykseen

Kyllä  Ei

**14.** Päivystyksen hoitaja esitteli itsensä

Kyllä  Ei

**15.** Päivystyksen hoitaja oli kohtelias minua kohtaan

Kyllä  Ei

**16.** Hoitaja antoi arvion odotusajasta saapuessani päivystykseen

Kyllä  Ei

**17.** Yksityisyyttäni kunnioitettiin saapuessani päivystykseen

1  2  3  4  5  0

SEURANTA/TARKKAILU Seurannalla/tarkkailulla tarkoitetaan sitä aikaa, minkä olit päivystyksessä potilaana tarkkailuosastolla sängyssä

**18.** Hoitajat olivat kiireisiä

1  2  3  4  5  0

**19.** Päivystyksen ruuhkaisuus vaikutti hoitooni

1  2  3  4  5  0

**20.** Hoitajat kävivät luonani riittävän usein seurannan aikana

1  2  3  4  5  0

**21.** Hoitaja informoi minua odotusajasta seurannan aikana riittävästi

1  2  3  4  5  0

**22.** Hoitaja tiedusteli vointiani seurannan aikana riittävän usein

1  2  3  4  5  0

**23.** Hoitaja tiedusteli kipua seurannan aikana riittävän usein

1  2  3  4  5  0

**24.** Yksityisyyttäni kunnioitettiin seurannan aikana

1  2  3  4  5  0

**25.** Pääsin tutkimuksiin mielestäni nopeasti

1  2  3  4  5  0

**26.** Hoitaja otti mittaukset (esimerkiksi sydänfilmi) yksityisyyttäni kunnioittaen

1  2  3  4  5  0

**27.** Sain osallistua hoitooni riittävästi

1  2  3  4  5  0

**28.** Sain osallistua hoitoani koskevaan päätöksentekoon riittävästi

1  2  3  4  5  0

**29.** Sain kertoa omasta tilastani ja minua kuunneltiin riittävästi

1  2  3  4  5  0

**30.** Sain riittävästi ohjeita kotiutuessani kirjallisesti/suullisesti

1  2  3  4  5  0

**31.** Sain riittävästi tietoa jatkohoidosta ja jatkohoitopaikasta siirtyessäni jatkohoitoon päivystyksestä

1  2  3  4  5  0

**32.** Hoitajat antoivat ohjeita liikkumisesta seurannan aikana

Kyllä  Ei

**33.** Hoitajat antoivat ohjeita syömisestä/juomisesta seurannan aikana

Kyllä  Ei

**34.** Kuulin muiden potilaiden henkilökohtaisia asioita seurannan aikana

Kyllä  Ei

**35.** Muut potilaat kuulivat minun henkilökohtaisia asioita seurannan aikana

Kyllä  Ei

**36.** Kuulin hoitajien keskustelevan muiden potilaiden asioista seurannan aikana

Kyllä  Ei

**37.** Kuulin hoitajien keskustelevan minun asioistani seurannan aikana

Kyllä  Ei

## PÄIVYSTYKSEN TILAT

### Potilaspaikan viihtyisyys

**38.** Potilassänky oli mukava

1  2  3  4  5  0

**39.** Potilassängyssä oli riittävästi säilytystilaa

1  2  3  4  5  0

**40.** Minulle tarjottiin riittävästi peittoja ja tyynyjä

1  2  3  4  5  0

**41.** Minulle tarjottiin ajanvietettä seurannan aikana

1  2  3  4  5  0

**42.** Potilaspaikan ympäristö oli siisti

1  2  3  4  5  0

**43.** Potilaspaikan seurantamonitorin äänet eivät häirinneet

1  2  3  4  5  0

**44.** Potilaspaikan tarvikkeet (esim. kaarimaljat, nenäliinat) oli sijoitettu niin että ne oli käytettävissäni tarvittaessa

1  2  3  4  5  0

**45.** Minulla oli käytössä riittävästi laskutilaa omille tavaroille

1  2  3  4  5  0

**46.** Toiset potilaat olivat riittävän etäällä omasta paikastani

1  2  3  4  5  0

**47.** Kuulin radion potilaspaikalleni

Kyllä  Ei

**48.** Näin kellon potilaspaikaltani

Kyllä  Ei

**49.** Minulle tarjottiin soittokello

Kyllä  Ei

**50.** Soittokello oli sijoitettu niin, että pystyin käyttämään sitä helposti myös voinnin muuttuessa

Kyllä  Ei

**51.** Pystyin käyttämään käsihuuhdetta potilaspaikallani

Kyllä  Ei

Muut tilat

**52.** Hoitajien kanslia oli riittävän lähellä

1  2  3  4  5  0

**53.** Tarkkailuosastolla/seurannassa oli tarjolla riittävästi ajanvietettä

1  2  3  4  5  0

**54.** Päivystyksessä oli riittävät opasteet laboratorioon

1  2  3  4  5  0

**55.** Päivystyksessä oli riittävät opasteet röntgeniin

1  2  3  4  5  0

**56.** Päivystyksessä oli riittävät opasteet ulko-ovelle

1  2  3  4  5  0

**57.** Päivystyksessä oli riittävät opasteet lähimpään WC-tilaan

1  2  3  4  5  0

**58.** Päivystyksessä oli saatavilla riittävästi informaatiota päivystyksen toiminnasta (esim. odotusaulan info-televisio)

1  2  3  4  5  0

**59.** Mikä sujui hyvin, missä olisi kehitettävää?

---

---

---

---

---

---

**60.** Muita huomioita:

---

---

---

---

---

---

KIITOS VASTAUKSISTA!

## Liite 2. Saatekirje.

Hyvä kyselyyn vastaaja

Pyydän Sinua ystävällisesti vastaamaan tähän kyselyyn, jonka tavoitteena on saada tietoa potilaiden kokemuksista hoidosta ja hoitoympäristöstä päivystyksessä. Kyselyn tarkoituksena on selvittää asiakaskokemuksia, eikä tutkia yksittäisiä henkilöitä, joten vastaajien henkilöllisyys pysyy salassa eikä yksittäisiä vastaajia pystytä tunnistamaan. Vastaaminen on vapaaehtoista. Lupa aineiston keräämiseen on saatu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä.

Kysely on osa Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytettä. Opinnäytetyön tarkoitus on palvelumuotoilun keinoin parantaa asiakaslähtöisyyttä ja hoidon laatua sekä tarkistaa hoitajien tehtäväkuvia Salon päivystyksessä. Opinnäytetyön tavoitteena on, että potilaiden tyytyväisyys palveluihin paranee. Opinnäytetyön ohjaajina toimivat Anne Rouhelo, KT, tuntiopettaja Turun ammattikorkeakoulusta sekä osastonhoitaja Päivi Ylihaavisto Salon päivystyksestä.

Jokainen vastaus on arvokas.

Kiitos ajastasi ja vastauksestasi.

Ystävällisin terveisin

Kristiina Lahti  
Sairaanhoitaja/Ensihoitaja AMK, YAMK-opiskelija  
0503056760  
[kristiina.lahti@edu.turkuamk.fi](mailto:kristiina.lahti@edu.turkuamk.fi)

Ohjaajat:

Anne Rouhelo  
KT, Tuntiopettaja  
Turun ammattikorkeakoulu, Terveys ja hyvinvointi, Ruiskatu 8, 20720 Turku  
0403550826  
[anne.rouhelo@turkuamk.fi](mailto:anne.rouhelo@turkuamk.fi)

Päivi Ylihaavisto  
Osastonhoitaja  
VSSH/EPLL/Salon päivystys, Sairaalanatie 9, 24130 Salo  
02-3144017  
[paivi.ylihaavisto@tyks.fi](mailto:paivi.ylihaavisto@tyks.fi)