



**ASIAKASPALVELUKOKEMUS
PÄIVÄKIRURGISSA
SAIRAALASSA**

Sairaala Mehiläinen Tampere

Jenni Bremer

Opinnäytetyö
Helmikuu 2015
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen
ja johtaminen

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen

JENNI BREMER:

Asiakaspalvelukokemus päiväkirurgisessa sairaalassa
Sairaala Mehiläinen Tampere

Opinnäytetyö 74 sivua, joista liitteitä 9 sivua
Helmikuu 2015

Tämän opinnäytetyön taustana oli Mehiläinen Oy:n pyrkimys arvostetuimmaksi ja tunnetuimmaksi sosiaali- ja terveystieteiden palveluyritykseksi. Strateginen tavoite vuodelle 2018 sisältää tavoitteen olla Suomen paras asiakaspalvelija ainutlaatuisella ja parhaalla asiakaskokemuksella. Opinnäytetyö oli lähtöisin työelämästä ja siinä keskityttiin Tampereen Mehiläisen sairaalan asiakaspalvelukokemukseen.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitajien ja potilaiden kokemuksia asiakaspalvelukokemuksesta Tampereen Mehiläisen päiväkirurgisessa sairaalassa. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat: Millaiseksi sairaanhoitajat kokevat asiakaspalvelukokemuksen? Ja millaiseksi potilaat kokevat asiakaspalvelukokemuksen? Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli, että Mehiläisen päiväkirurginen sairaala saa kehitettyä asiakaspalvelukokemustaan strategisen tavoitteen saavuttamiseksi. Tavoitteena oli myös tuottaa kehittämissuhteita toiminnan parantamiseksi. Opinnäytetyön tuloksia ja kehittämissuhteita voitiin hyödyntää Tampereen Mehiläisen sairaalan toiminnassa.

Opinnäytetyö oli kvalitatiivinen tutkimus. Aineisto kerättiin teemahaastatteluiden ja dokumenttien avulla. Teemahaastattelussa tiedonantajina toimi kolme Tampereen Mehiläisen sairaalan sairaanhoitajaa. Teemahaastatteluiden teemat nousivat opinnäytetyön teoreettisista lähtökohdista ja kohdeorganisaation laatuvaatimuksista. Dokumenttiaineisto kerättiin potilaspalautedokumenteista. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Sairaanhoitajat ja asiakkaat kokivat asiakaspalvelukokemuksen rakentuvan ammattitaitoisesta henkilökunnasta, sujuvasta prosessista ja asiakaslähtöisestä vuorovaikutuksesta. Henkilökunnan ammattitaitoisuus edellytti kokemusta, kehityksessä mukana pysymistä ja toiminnan kehittämistä. Henkilökunnan ammattitaito oli hyvän ja turvallisen hoidon perusta. Sujuva prosessi koettiin helpoksi ja nopeaksi palveluksi, joka lisäsi asiakasuskollisuutta. Vuorovaikutuksen asiakaslähtöisyys ilmeni yksilöllisyytenä ja se koettiin kilpailuvaltiksi. Sairaanhoitajat kokivat asiakaspalvelukokemuksen rakentuvan lisäksi toimivasta työyhteisöstä, joka omasi hyvän, tasavertaisen ja avoimen ilmapiirin, jolloin sen hyvä tunnelma välittyi myös asiakkaille.

Ylivertainen asiakaspalvelukokemus merkitsee asiakkaan parhaaksi toimimista. Palvelun henkilökohtaisuus mahdollistamalla asiakkaat voidaan kohdata yksilöllisesti ja aidosti. Jatkotutkimushaasteena esitetään asiakkaiden kokemusten tarkempaa selvittämistä asiakaspalvelukokemuksesta.

Asiasanat: palvelu, palvelukokemus, päiväkirurgia

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Development and Management of Health Care and
Social Services

BREMER, JENNI:

Customer Service Experience in the Day Surgery Hospital
Mehiläinen Hospital Tampere

Master's thesis 74 pages, appendices 9 pages
February 2015

This study was conducted in Mehiläinen hospital Tampere. The aim to become the most regarded and renowned brand in health care and social services is based to the strategy of Mehiläinen. The strategic aim of strategy is to become the best in customer service in 2018.

The purpose of this study was to explore professionals and patients' experiences of customer service at day surgery Mehiläinen hospital Tampere. The objective was to produce development suggestions and to develop hospital process. The results of this study could be utilized in the development process at the Mehiläinen hospital Tampere.

The data for this study were gathered using thematic interviews and collecting patient feedback. The respondents were three professionals from Mehiläinen hospital Tampere, who had at least four years of experience in day surgery. The data were content analysed.

Professionals and patients experienced that customer service experience was composed of proficient staff, fluent process and customer-oriented interaction. Proficient staff demanded knowledge and development. Fluent process was experienced easy and fast service. Customer-oriented interaction appeared as individuality and it was regarded as an asset. Professionals experienced that customer service experience was also composed of work community with an open and equal. This atmosphere is conveyed also to customers.

Incomparable customer service experience comprised working for a customer's advantage. In personal service patients can be faced ingenuously and individually. In the future patients experiences about customer service experience could be explicated more specifically.

Key words: service, customer service experience, daysurgery

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	SAIRAALA MEHILÄINEN TAMPERE	8
2.1	Arvot	8
2.2	Asiakaspalvelukokemus strategiassa	35
2.3	Laatumittarit ja asiakastyytyväisyyden mittaaminen.....	10
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, KYSYMYKSET JA TAVOITE	11
4	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	50
4.1	Perioperatiivisen hoitotyön erityispiirteet päiväkirurgiassa	50
4.1.1	Päiväkirurginen hoitoprosessi	13
4.1.2	Päiväkirurginen potilas.....	17
4.2	Asiakaspalvelukokemus.....	18
4.2.1	Asiakaslähtöisyys	18
4.2.2	Asiakaspalvelukokemuksen johtaminen	19
4.2.3	Asiakaspalvelun laatu päiväkirurgiassa	20
4.3	Kirjallisuuskatsaus	22
4.3.1	Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen.....	24
4.3.2	Kirjallisuuskatsauksen tulokset.....	25
5	METODOLOGIA	29
5.1	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä	29
5.2	Aineistonkeruumenetelmä	30
5.2.1	Teemahaastattelu.....	30
5.2.2	Dokumentit.....	32
5.3	Induktiivinen sisällönanalyysi	33
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	34
6.1	Aineistonkeruu.....	34
6.2	Aineiston analyysi.....	35
7	TULOKSET	37
7.1	Sairaanhoitajien kokemukset asiakaspalvelukokemuksesta	37
7.2.1	Ammattitaitoinen henkilökunta.....	37
7.2.2	Sujuva prosessi.....	39
7.2.3	Asiakaslähtöisyys vuorovaikutuksessa	42
7.2.4	Toimiva työyhteisö	45
7.2	Asiakkaiden kokemukset asiakaspalvelukokemuksesta	48
7.2.1	Ammattitaitoinen henkilökunta.....	48
7.2.2	Sujuva prosessi.....	48
7.2.3	Asiakaslähtöisyys vuorovaikutuksessa	49

8	POHDINTA.....	50
8.1	Eettiset kysymykset	50
8.2	Luotettavuus.....	52
8.2.1	Uskottavuus.....	52
8.2.2	Vahvistettavuus	53
8.2.3	Reflektiivisyys	54
8.2.4	Siirrettävyys	55
8.3	Tulosten pohdinta	55
8.3.1	Ajatuksia asiakaspalvelukokemuksesta	55
8.3.2	Ajatuksia asiakasnäkökulmasta asiakaspalvelukokemukseen	58
8.4	Tulosten merkitys	60
8.5	Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet.....	61
	LÄHTEET.....	62
	LIITTEET	66
	Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit	66
	Liite 2. Kirjallisuuskatsaukseen valitut alkuperäistutkimukset.....	67
	Liite 3. Teemahaastattelurunko	72
	Liite 4. Tietoinen suostumus-lomake	73
	Liite 5. Tiedote opinnäytetyöstä	74

1 JOHDANTO

Yksityiset sosiaali- ja terveystalvveluiden tuottajat täydentävät palveluillaan julkisia palveluja myyden niitä kunnille, kuntayhtymille tai suoraan asiakkaille. Yksityisten yritysten tuottamien palveluiden määrä on jatkuvasti kasvanut 2000-luvulla. (Sosiaali- ja terveystministeriö 2012.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) oikeuttaa potilaan saamaan asianmukaista ja laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. Terveydenhuoltolaki (2010) velvoittaa niin ikään terveydenhuollon toiminnalta laadukkuutta, asianmukaisuutta ja potilasturvallisuutta.

Väestön ikärakenteen muuttuminen tuo muutoshasteita sosiaali- ja terveystalvveluille ja niiden järjestämiselle asiakasmäärän lisääntyessä. Julkisten resurssien käytön tehostaminen ja tuottavuuden lisääminen ei saa tapahtua vaikuttavuuden ja laadun kustannuksella. Tulevaisuudessa tarvitaan yksityisen, julkisen ja kolmannen sektorin yhteistyötä päästäksemme laaja-alaiseen kestävyteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Lakeja uudistettaessa kiinnitetään entistä enemmän huomiota asiakaslähtöisyyteen, jolloin asiakkaiden liikkuvuus ja valinnan vapaus lisääntyy sekä palvelun tarjoajalta edellytetään asiakaslähtöistä toimintatapaa. (Tekes 2011.) Myös Kaste-ohjelma edellyttää asiakaslähtöisyyttä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä, jolloin asiakkaan kuuleminen ja vaikutusmahdollisuuksien lisääminen yksilöllisessä päätöksenteossa ja palveluissa lisäävät potilaan osallisuutta hoitoon. Asiakaslähtöisillä palvelukokonaisuuksilla pyritään lisäämään palveluiden laatua, vaikuttavuutta ja saatavuutta. (Sosiaali- ja terveystministeriö 2012, 26.)

Jokainen ihminen on ollut joskus palveltavana asiakkaana. Asiakas odottaa tulevansa huomioiduksi ystävällisesti ja asiansa hoidetuksi joustavasti (Fischer & Vainio 2014, 165; Löytänä & Kortesus 2011, 61; Reinboth 2008, 23). Asiakas on tyytyväinen saamaansa palvelun laatuun, kun hän tuntee saaneensa panostukselleen tarvittavan vastineen (Valvio 2010, 46). Asiakas voi nykyään valita laajasta valikoimasta palveluita tarjoavista yrityksistä sen, josta hän haluaa tarvitsemansa palvelun ostaa. Yritysten on täytynyt tässä tilanteessa kiinnittää huomiota hyvän palvelun lisäksi kokemukseen, jonka he asiakkaalle antavat palvelutilanteessa ja pyrkiä ylittämään asiakkaan odotukset saadakseen asiakkaan palaamaan heidän palvelun pariin.

Asiakaslähtöinen ajattelutapa yrityksessä tulee kulkea läpi organisaation, jotta asiakaskokemukseen panostamalla voidaan erottua ja saada kilpailuetu. Asiakaskokemus tulee luoda tällöin eri tavalla, monipuolisemmin tai laadukkaammin kuin kilpailijat. Yrityksen johdon tulee pohjata strategia yrityksen arvoihin, jotka ohjaavat työntekijöiden toimintaa. Yrityksen toimintatavat ohjaavat työntekijän vuorovaikutusta asiakkaan kanssa, jolloin toimintatapoja tulee kehittää yhteistyössä johdon ja työntekijöiden kesken. Yrityksen markkinointiviestintä luo asiakkaille mielikuvia, joilla asiakkaalle luodaan odotuksia ja heidät houkutellaan palveltavaksi. Asiakaskokemus syntyy siitä kuinka hyvin palvelutilanteessa pystytään lunastamaan luodut mielikuvat, vahvistamaan niitä ja ylittämään ne. (Reinboth 2008, 28-33.)

Yrityksen tulee tehdä tavoite asiakaskokemukselleen ja määritellä se strategiassaan. Strategisen tavoitteen saavuttamiseksi toimii koko yritys, siten asiakaskokemusta tulee myös johtaa. Johtamisella luodaan edellytykset työyhteisön toimijoiden positiiviselle kokemukselle, siten myös odotukset ylittävälle asiakaskokemukselle sekä lopulta strategian onnistumiselle. Asiakaskokemuksen johtaminen tulee olla jatkuvaa ja sitä tulee ylläpitää, organisoida, mitata, kehittää ja innovoida. (Fischer & Vainio 2014, 110; Löytänä & Korteso 2011, 161-166.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa asiakaspalvelukokemusta Tampereen Mehiläisen päiväkirurgisessa sairaalassa henkilökunnan teemahaastattelun ja asiakaspalautteiden avulla.

2 SAIRAALA MEHILÄINEN TAMPERE

Tampereen Mehiläisen sairaalaan kuuluu kolme leikkaussalia, heräämö, vuodeosasto ja toimenpidepoliklinikka. Sairaalassa tehdään päivä- ja lyhytkirurgisia leikkauksia useilta erikoisaloilta lapsi- ja aikuispotilaille. Sairaalassa työskentelee palvelupäällikkö, seitsemän sairaanhoitajaa, kaksi välinehuoltajaa ja tilahuoltaja sekä lisäksi puolipäiväisesti vastaanottosihteeri. Mehiläisessä toimii pääsääntöisesti erikoislääkäreitä ammatinharjoittajina tai työsuhteessa. Tampereen Mehiläisen sairaalassa leikkaavia lääkäreitä on 32. (Mehiläinen Oy 2014.)

2.1 Arvot

Mehiläisen arvot ovat vastuullisuus, asiantuntijuus ja ainutlaatuisuus. Vastuullisuus näkyy vastuun kantamisena toiminnasta, asiakkaista ja työtovereista, jolloin lupaukset lunastetaan ja asiat hoidetaan loppuun. Asiantuntijuus tarkoittaa vahvan ammattitaidon lisäksi osaamisen ja kokemuksen jakamista asiakkaan parhaaksi. Asiantuntijuus haastaa toimintaa vaikuttavuuden varmistamiseksi. Ainutlaatuisuus sisältää toiminnan kehittämisen uudistuviin palvelukokonaisuuksiin panostaen ja asiakaskokemuksen, joka ylittää asiakkaan odotukset. Arvot toimivat Sairaala Mehiläisen toiminnan perustana ja suunnan ohjaajana tällä hetkellä ja tulevaisuudessa. Arvoilla kuvataan niitä periaatteita, joilla työtä tehdään yhdessä asiakkaiden, sidosryhmien ja ympäristön kanssa. (Mehiläinen Oy 2014.)

2.2 Asiakaspalvelukokemus strategiassa

Mehiläisen arvot, visio ja missio ovat osatekijöitä yrityksen strategian määrittämisessä. Strategia kertoo yrityksen tulevaisuuden suunnan ja luo yhteiset pelisäännöt sekä tavoitteet. Strategia nähdään Mehiläisessä kilpailuetuna ja aseman vahvistajana pyrkimyksessä arvostetuimmaksi ja tunnetuimmaksi sosiaali- ja terveystaloyritykseksi. Taulukossa 1 on esitelty Mehiläisen missio, visio, strategia ja strategiset tavoitteet. (Mehiläinen Oy 2014.)

TAULUKKO 1. Mehiläisen missio, visio, strategia ja strategiset tavoitteet

Missio	Yhdessä luomme parempaa terveyttä ja hyvinvointia	
Visio	Arvostetuin ja tunnetuin sosiaali- ja terveyspalveluyritys	
Strategia 2014-2018	Kohti Suomen parasta asiakaskokemusta	
Strategiset tavoitteet	Asiakas	Paras asiakaskokemus
	Laatu	Korkealaatuiset ja turvalliset palvelut
	Lääkärit	Paras kumppani
	Henkilöstö	Erinomainen työpaikka
	Talous	Kannattava kasvu

(Mehiläinen Oy 2014.)

Mehiläisen strateginen tavoite on olla Suomen paras asiakaspalvelija ainutlaatuisella ja parhaalla asiakaskokemuksellaan vuonna 2018 (Mehiläinen Oy 2014). Tutkimuksen suorittaa Taloustutkimus Oy vuosittain Suomi Tänään –kirjekyselyn yhteydessä ja vuonna 2013 Mehiläinen sijoittui jaetulle yhdeksännelle sijalle Lääkäriasema Diacorin kanssa. Vuonna 2013 vuoden asiakaspalvelijayritys oli kirjasto, toisella sijalla oli POP Pankki ja kolmantena Säästöpankki. Kansallisessa Asiakaspalvelupalaute - tutkimuksessa tutkitaan vuosittain noin sadan valtakunnallisen yrityksen ja kunnallisen toimijan asiakaspalveluun liittyviä tekijöitä kuten yleisesti asiakaspalvelua, ensivaikutelmaa, odotus- ja asiointiaikaa, ystävällisyyttä, asiantuntemusta, hinta-laatusuhdetta, huomiointia, joustavuutta, tilojen viihtyisyyttä ja uudelleenkäyttöhalukkuutta. (Taloustutkimus Oy 2014.)

Parhaan asiakaskokemuksen saavuttamiseksi tavoitteena on asiakaslähtöinen ajattelu ja toiminta, asiakkaan ymmärtäminen ja odotusten ylittäminen sekä pitkäaikaisten asiakassuhteiden luominen ja kehittäminen. Tavoitteisiin pääsemiseksi Mehiläisen asiakaspalvelukokemukselle määritellään tavoiteominaisuudet asiakaslupausten muodossa, joiden lähtökohtana ovat keskeiset asiakasodotukset: asioinnin helppous, yksilöllinen kohtaminen ja kokonaisvaltainen palvelu. Mehiläisen palveluketjua tarkastellaan asiakaslupausten lunastamiseksi etsimällä palvelun kriittisiä pisteitä ja kohtaamisia niitä kehittäen. Etenemistä tukemaan on toteutettu asiakaslähettilästoiminta ja koulutustilaisuudet henkilökunnalle. (Mehiläinen Oy 2014.)

2.3 Laatumittarit ja asiakastyytyväisyyden mittaaminen

Systemaattinen laadunhallinta on olennainen osa Mehiläisen johtamisjärjestelmää. Laadun hallinta ja sitoutuminen laatuun on Mehiläisen palvelun kannalta kriittinen menestystekijä. Palvelun laatu ja toiminnan jatkuva parantaminen vahvistavat yrityskuvaa ja Mehiläisen brändiä. Laatuun vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa asioinnin sujuvuus ja palvelun saatavuus sekä lääkäreiden että hoitohenkilöstön osaaminen. Toiminnan ja palvelun laatua seurataan säännöllisesti eri menetelmin ja johdon katselmuksissa tehdään toiminnan kokonaisvaltainen arviointi suhteessa ISO 9001 ja ISO 14001 –standardeihin. (Mehiläinen Oy 2014.)

Mehiläisen toimintaa seurataan sovittujen mittareiden avulla systemaattisesti kolmella eri tasolla. Ympäristöohjelmiin sisältyvät mittarit kohdentuvat näihin mittaritasoihin. **Operatiiviset mittarit** seuraavat toiminnan kehitystä tavoitteisiin ja ennusteisiin nähden. Tavoitetasot määritellään vuosisuunnitelman yhteydessä varmistaen, että kehitys kulkee kohti pitkän tähtäimen strategisia tavoitteita. **Prosessimittarit** seuraavat sovittujen prosessien tiettyjen vaiheiden toteutumista. Seurannalla pyritään varmistamaan, että prosessin toteutuminen johtaa haluttuun tulokseen ja toiminnan periaatteena on ”kerralla oikein”. Poikkeamat tuloksissa johtavat korjaaviin toimenpiteisiin. Sairaala Mehiläisen prosessimittarit seuraavat leikkaushaavainfektioiden määrää ja leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöä. **Strategiset mittarit** kuvataan tavoitetasoineen konsernin, linjojen ja toimipisteiden tuloskorteissa. Mittareiden avulla seurataan Tasapainoisen johtamisen näkökulmien kriittisten menestystekijöiden toteutumista kahdesti vuodessa. Mehiläisen johtamistapaa kuvaa tasapainoisuus, joka rakentuu BSC (Balanced Scorecard)-viitekehykseen. Näkökulmina ovat asiakas, henkilöstö, lääkäri ja talous. Näkökulmia tarkastellaan syy-seuraussuhteilla jatkuvan parantamisen mallia noudattaen. (Mehiläinen Oy 2014.)

Asiakastyytyväisyyttä mitataan asiakaspalautteista WWW-sivujen palautetoiminnon kautta, palautelaatikoihin tulevien lomakkeiden ja Net Promoter Score (NPS) –kyselyin. NPS -asiakaskokemusmittaus on otettu käyttöön kaikissa Mehiläisen lääkärikeskuksissa helmi-maaliskuussa 2014 ja sillä on todennetusti yhteys asiakasuskollisuuteen ja taloudellisiin avaintunnuslukuihin. Sairaala Mehiläisen asiakaspalautteet koostuvat WWW-palautekanavasta ja palautelaatikkoon tulleista lomakkeista. (Mehiläinen Oy 2014.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, KYSYMYKSET JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa sairaanhoitajien ja potilaiden kokemuksia asiakaspalvelukokemuksesta Tampereen Mehiläisen päiväkirurgisessa sairaalassa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset:

1. Millaiseksi sairaanhoitajat kokevat asiakaspalvelukokemuksen?
2. Millaiseksi potilaat kokevat asiakaspalvelukokemuksen?

Opinnäytetyön tavoitteena on, että Mehiläisen päiväkirurginen sairaala saa kehitettyä asiakaspalvelukokemustaan strategisen tavoitteen saavuttamiseksi. Tavoitteena on tuottaa kehittämissuhteita toiminnan parantamiseksi.

4 TEOREETTISET LÄHTOKOHDAT

4.1 Perioperatiivisen hoitotyön erityispiirteet päiväkirurgiassa

Perioperatiivinen sairaanhoitaja toteuttaa perioperatiivista hoitotyötä leikkaus- ja toimenpidepotilaan hoitamiseksi leikkausosastolla. Perioperatiivinen hoitotyö on tieteelliseen, hyväksi havaittuun ja kokemukselliseen näyttöön perustuvaa terveyden- ja sairaanhoitoa. Perioperatiivinen hoitoprosessi jäsentyy ajallisesti ja toiminnallisesti kolmeen vaiheeseen: preoperatiiviseen eli leikkausta edeltävään vaiheeseen, intraoperatiiviseen eli leikkauksen aikaiseen vaiheeseen ja postoperatiiviseen eli leikkauksenjälkeiseen vaiheeseen. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 11-12, 20.)

Elektiivisesti leikkaukseen tulevan kirurgisen potilaan hoitopolku kulkee perinteisesti kotoa preoperatiivisessa vaiheessa vuodeosaston kautta intraoperatiiviseen vaiheeseen leikkausosastolle ja heräämövaiheen jälkeen postoperatiivinen vaihe jatkuu vuodeosastolle, josta potilas kotiutetaan. Tässä leikkauspotilaan hoitoprosessimallissa perioperatiivinen sairaanhoitaja on mukana potilaan hoidossa vahvimmin intraoperatiivisessa vaiheessa. (Lukkari ym. 2007, 20-21.)

Suomessa päiväkirurginen potilas tulee ja lähtee sairaalasta toimenpidepäivänä eikä täten yövy sairaalassa. Päiväkirurgiassa myös pre- ja postoperatiivinen vaihe korostuu kirurgisen ja perioperatiivisen hoidon yhdistyessä kokonaisuudeksi (Lukkari ym. 2007, 20, 22). Päiväkirurgiasta koituu säästöjä vuodeosastohoidon vähentyessä ja tehokkaan hoitoprosessin kehittyessä. Tehokkuuden ja taloudellisuuden lisäksi päiväkirurgian etuja ovat infektoriskin vähentyminen ja lyhyt sairaalassaoloaika. Suomessa tehdään kaikesta elektiivisestä leikkaushoidosta 50% päiväkirurgisesti ja määrää voidaan lisätä. Päiväkirurginen toimenpide tehdään leikkaussalissa ja se edellyttää laskimosedaatiota, yleisanestesiaa tai laajaa puudutusta. Potilaan kelpoisuusarvio päiväkirurgiaan tehdään yleis-tilan mukaan käypä hoito-suositusten mukaisesti. Lisäksi kotiolojen tulee mahdollistaa turvallinen toipuminen. (Klemetti 2003, 1; Käypä hoito -suositus 2008, Mattila & Hynynen 2012, 1423.)

4.1.1 Päiväkirurginen hoitoprosessi

Preoperatiivinen vaihe

Päiväkirurginen potilas saa leikkauspäätöksen synnyttyä lääkärin vastaanotolla lähetteen leikkaukseen, jota on seurannut perinteisesti poliklinikkakäynti ja mahdollinen leikkausta edeltävä preoperatiivinen käynti leikkausajan sijoittuessa pitkälle ensikäynnistä. Potilaan kutsuminen leikkaukseen suoraan lähetteen ja puhelimitse tapahtuneen esihaastattelun jälkeen on kuitenkin osoittautunut tehokkaaksi ja turvalliseksi päiväkirurgisessa prosessissa. Lähetteen tietojen tulee tällöin olla kattavat hoitoratkaisujen päättämiseksi ja potilaalle annettava informaatio leikkauksesta ja siihen valmistautumisesta kotona tulee tehdä suullisesti ja kirjallisesti. Lähetteen perusteella leikkaukseen tulevien potilaiden tulee olla terveitä tai heidän perussairauksien tulee olla tasapainossa. (Lukkari ym. 2007, 20; Vironen & Kunnamo 2014, 2209-2213.)

Lähetteen saavuttua leikkausosaston koordinaattori ottaa yhteyttä potilaaseen puhelimitse ja kirjeitse tai sähköpostitse. Potilaalle annetaan informaatiota leikkaukseen valmistautumisesta, leikkauksesta ja leikkauksen jälkeisestä toipumisesta. Leikkausajanvarauksen ja informaation tapahtuessa puhelimitse potilaan on mahdollista saada lisätietoa kysymyksiinsä. Mikäli potilaan leikkausajanvaraustilanteessa ilmenee lähetteestä puuttuvia tietoja perussairauksien tai tehtävän toimenpiteen osalta, jonohoitaja konsultoi anestesia lääkäriä ja kirurgia mahdollisesti tarvittavan esikäynnin suhteen. Potilaan hoidon suunnittelemiseksi ja hoitoympäristön valmistelemiseksi lähetteen tulee sisältää asiakkaan henkilötiedot, diagnoosi, suunniteltu toimenpide ja anestesia, potilaan status ja sosiaalinen soveltuvuus, välineiden ja henkilöstön resursointi, toimenpiteen arvioitu kesto ja toimenpiteen kustannusarvio. (Kangas-Saarela 2005, 457; Lukkari ym. 2007, 20; Mehiläinen Oy 2014, Vironen & Kunnamo 2014, 2209-2213.)

Virosen & Kunnamon (2014) tutkimuksen mukaan potilaat, joiden toimenpidettä vaativa vaiva ja leikkaussuunnitelma ovat selkeät, soveltuvat hyvin lähetteen perusteella päiväkirurgiseen leikkaukseen kutsuttaviksi. Tutkimus osoittaa myös, ettei heidän leikkaussuunnitelmansa muuttuneet tai peruuntuneet useammin kuin esikäynnillä käyneiden potilaiden leikkaukset. Käytäntö lisää potilastyytyväisyyttä varsinkin kauempana asuvien potilaiden osalta, kun esitiedot hankitaan ja potilasta informoidaan puhelimitse. Koordinaattorin rooli osoittautui merkittäväksi kattavien esitietojen hankkimiseksi, potilaan tarpeellisen informaation saamiseksi ja preoperatiivisen vaiheen onnistumiseksi.

Intraoperatiivinen vaihe

Potilaan saapuessa leikkausosastolle vastaanottava sairaanhoitaja toimii potilaalle yrityksen ”kasvoina”, jolloin kohteliaisuus ja potilaan huomiointi ovat erityisen tärkeitä (Kainonen 2013, 38; Koskinen, Puonti & Suhonen 2009, 24). Vastaanottava sairaanhoitaja ohjaa potilaan potilashuoneeseen odottamaan lääkäreiden tapaamista ja vaihtamaan leikkausvaatteet. Potilas tapaa kirurgin ja anestesia lääkäriä ennen leikkaussaliin siirtymistä ja voi vielä keskustella toimenpiteeseen ja anestesia muotoon liittyvistä asioista. (Mehiläinen Oy:n intranet-sivusto.) Kirurgin tapaaminen ennen toimenpidettä lisää potilaan tietoa tehtävästä toimenpiteestä ja lisää tyytyväisyyttä hoitoon (Janhonen & Koivusalo 2004, 75).

Potilas siirtyy anestesiahoitajalle annetun raportin jälkeen leikkaussaliin mahdollisuuksien mukaan kävellen. Leikkaussalissa käytetään potilasturvallisuuden lisäämiseksi check-listaa eli leikkaustiimin tarkistuslistaa (Mehiläinen Oy 2014). Pauniaho ym. (2009) totesivat arvioidessaan tarkistuslistan käytön vaikuttavuutta leikkauskomplikaatioiden ehkäisyyn, että tarkistuslistan käyttö vähentää leikkauskomplikaatioiden määrää ja ehkäisee inhimillisten erehdysten syntyä. WHO:n tarkistuslistaa voidaan muokata sairaalakohtaiseksi. (Pauniaho ym. 2009, 4249-4254.)

TAULUKKO 2. Sairaala Mehiläinen Tampereen tarkistuslista

Leikkaustiimin tarkistuslista PÄIKI	KOHDAT LUETAAN ÄÄNEEN ja kuitataan.	
<u>*Ennen leikkausta</u> Puhutaan potilaalle esitellen. ANE-lääkäri ja valvova hoitaja käy läpi.	<u>*Ennen viiltoa</u>	<u>*Uloskirjautuminen</u> Ane-hoitaja suullisesti
Potilaan - Henkilöllisyys - Toimenpide Henkilökunta	Ryhmä ja työnjako tunnettu (tai esittely nimi ja tehtävä)	Toimenpide kirjattu Lukumäärät täsmää (taitokset, neulat) Näytteet merkitty
Viiltokohta merkitty Lääkeaineallergiat Antibioottiprofylaksia Lääkitys, omat ja esilääkkeet	Kirurgi varmistaa suullisesti - Potilaan - Kohteen ja toimenpiteen	Jatkohoitoon liittyvät määräykset
Anestesiavälineistö tarkistettu Labrat ja kuvat Laitteet ja tarvikkeet	Kirurgi: Leikkauksen rutiinista poikkeavat suunnitelmat Anestesiatiimi: Erityiset potilaskohtaiset huolenaiheet	Poikkeavat kotiutuskriteerit Kotiutumisen kellonaika Leikkaajan ja ane-lääkäriä lupa

(Mehiläinen Oy 2014.)

Intraoperatiivinen vaihe käsittää leikkaussalissa potilaan kirurgisen toimenpiteen ja siihen liittyvän anestesian intensiivisenä ja systemaattisena työnä moniammatillisessa tiimissä (Lukkari ym. 2007, 20). Hoidon leikkaussalissa tulee olla yksilöllistä, ammattitaitoista, turvallista ja vuorovaikutukseltaan informatiivista. Intraoperatiivisessa vaiheessa leikkaussalihoitajalta edellytetään pätevyyttä aseptiikasta ja turvallisuudesta, leikkauksenhoidon tekniikoista, lääke- ja anestesiahoidoista, hoidon yksilöllisyydestä, äkillisistä erityistoiminnoista kuten potilaan elintoimintojen turvaamisesta sekä leikkauksasentojen hallinnasta. Anestesiahoitajalta edellytetään pätevyyttä anestesia- ja lääkehoidosta, turvallisuudesta, anestesiahoidon aloituksesta, yhteistehtävistä kuten erilaisten laitteiden toiminnoista, tiimi- ja ohjeistustaidoista, yhteisvastuutaidoista kuten potilaan toiveiden esiintuomisesta ja erityistoiminnoista kuten lupakäytänteistä. Yhteisiä pätevyysvaatimuksia sairaanhoitajille ovat potilaan hoidon valmistelu, hoidon dokumentointi ja kommunikointi sekä tiimityöskentely. Hyvä, yksilöllinen ja laadukas intraoperatiivinen hoitotyö muodostuu leikkauks- ja anestesiahoitajan kaikkien pätevyyden osa-alueiden yhdistämisestä. (Tengvall 2010, 104-107.)

Hankelan (1999) intraoperatiivisen hoitotyön teorian avulla määritellään, jäsennetään ja selkiytetään intraoperatiivisen hoitotyön päämäärää, perustehtävää ja ydinsisältöjä. Potilaan turvallisuuden kokemiseen vaikuttaa sairaanhoitajalta saatava tuki leikkauksen aikaiseen selviytymiseen. Selviytymisen tukeminen edellyttää sairaanhoitajalta vuorovaikutuksellista suhdetta potilaaseen, jolloin mahdollistuu potilaan yksilöllisten selviytymisvoimavarojen tunnistaminen. Potilaat tarvitsevat instrumentaalista, informatiivista, kognitiivista ja emotionaalista tukea selviytymiseen kokeakseen jaksavansa, kestävönsä ja pärjäävänsä leikkauksen aikana. (Hankela 1999, 105-106.)

Postoperatiivinen vaihe

Postoperatiivinen vaihe alkaa potilaan siirryttyä valvontayksikköön eli heräämöhön, jossa anestesiahoitaja raportoi heräämöhoidajalle potilaan taustatiedot, diagnoosin, tehdyn toimenpiteen ja toimenpiteen kulun. Raportin yhteydessä tarkistetaan potilaan subjektiivinen vointi ja haava-alue huomioiden potilaan intymiteetti. Jatkomääräykset ja erityis- huomiot tulee olla kirjattuna anestesiakaavakkeelle. Heräämöhoidossa tarkkaillaan potilaan vointia, toimenpidealuetta, anestesiasta toipumista tai puudutuksen häviämistä, kipua ja vitaalitoimintoja. Potilaan kotiutuminen mahdollistuu kotiutumiskriteerien täyttyttyä. (Lukkari 2007, 21-22; Mehiläinen Oy 2014.)

Postoperatiivinen seuranta rajoittuu päiväkirurgiassa toimenpidepäivään ja tavoitteena on mahdollisimman nopea kotiutuminen. Nopeatahtisuus ei saa kuitenkaan vaikuttaa hoidon laatuun, jolloin ratkaisevaa on prosessin toimivuus, turvallisuus ja potilastyytyväisyys. Päiväkirurgisen potilaan ja läheisen ohjauksella edesautetaan potilaan paranemista ja elämäntilanteen hallintaa kotona. Ohjauksen tulee ajoittua yksilöllisesti mahdollisimman lähelle toimenpidepäivää tai sairaalassa oloaikaan. Etukäteen tapahtuvassa ohjauksessa selvitetään potilaalle kotona toipumisen edellytyksiä ja siihen liittyviä asioiden järjestelyitä. Kotihoito-ohjeita tarkennetaan kotiutumistilanteessa ja niitä voidaan kerrata puhelimitse. Potilaalle annetaan yksilöllisesti tietoa ymmärrettävästi ja selkeästi sekä suullisesti että kirjallisesti. (Johansson & Leino-Kilpi 2003, 108-112; Klemetti 2003, 2.)

Päiväkirurgisen potilaan kotiutumisvaiheessa huomioidaan kotiutumiskriteerien täyttymisen lisäksi erityisesti hoidon jatkuvuuden turvaaminen. Jatkuvuuden turvaamiseksi potilaalle ja/tai hänen läheiselleen annetaan suulliset ja kirjalliset jatkohoito-ohjeet ja varmistetaan potilaan kotona selviytymisen voimavarat sekä terveysongelmien ehkäisy. Päiväkirurgisen potilaan kotiutuminen edellyttää saattajaa ja seuraa yön ylitse. Ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä joko lääkäri tai hoitaja tekee postoperatiivisen kontaktisoin, jossa arvioidaan ja varmistetaan potilaan leikkaukseen liittyvä hyvinvointi tai poikkeamat. (Lukkari 2007, 21-22; Mehiläinen Oy 2014.)

Sairaala Mehiläinen Tampereen kotiutumiskriteerit:

- Potilas aikaan ja paikkaan orientoitunut
- Verenpaine, pulssi ja hengitys vakaat
- Ei haittaavaa pahoinvointia
- Liikkuminen onnistuu
- Kipu hallinnassa p.o. analgeeteilla
- Virtsaaminen sujuu spontaanisti ja/tai toimintaohjeet
- Nesteitä per os
- Ei vuotoa/merkittävää hematoomaa leikkausalueella
- Potilaalla vastuullinen hakija

(Mehiläinen Oy 2014.)

4.1.2 Päiväkirurginen potilas

Päiväkirurgisesti voidaan hoitaa potilaita, joiden ASA-luokitus on 1-3 tai jopa 4, jos potilaan yleissairaus on hyvin hoidettu ja stabiili (Kangas-Saarela 2005, 457; Käypä hoito-suositus 2006; Mattila 2014). Janhosen & Koivusalon (2004) tutkimuksen mukaan ASA-luokkaan kolme kuuluneet potilaat olivat tyytyväisempiä leikkausosastolla saamaansa tukeen kuin luokkiin 1-2 ja 4 kuuluvat potilaat.

TAULUKKO 3. ASA-luokitus

ASA-luokitus	Määritelmä
I	Terve alle 65-vuotias.
II	Terve yli 65-vuotias henkilö tai henkilö, jolla on lievä yleissairaus.
III	Henkilö, jolla on vakava yleissairaus, joka rajoittaa toimintaa, mutta ei uhkaa henkeä.
IV	Henkilö, jolla on vakava, henkeä uhkaava yleissairaus.
V	Kuolemansairas potilas, jonka arvioitu elinaika ei ylitä 24:tä tuntia ilman leikkausta.

(Kontinen & Hynynen 2003, 341.)

Iäkkäiden ihmisten leikkauskelpoisuutta arvioitaessa on todettu, ettei korkea ikä ole esteenä päiväkirurgiselle toimenpiteelle. Vanhusten leikkauskelpoisuus määritellään yleisiä periaatteita noudattaen ikääntymiseen liittyvät erityispiirteet huomioiden. Eri-tyistä huomiota kiinnitetään heidän halukkuuteen päiväkirurgiaan ja kotiutumisen mahdollisuuden toimenpidepäivänä. Päiväkirurgisesti paikallispuudutuksessa suoritettava toimenpide voi olla vähemmän rasittavaa ja kognitiivisia häiriöitä aiheuttavaa kuin osastohoitoon jääminen. Iäkkäiden ihmisten hoitamisessa korostuu tarkat ja selkeät jatkohoito-ohjeet ja tukihenkilön ohjaus. (Oksanen, Mattila & Hynynen 2008, 796-802.)

4.2 Asiakaspalvelukokemus

Asiakaskokemus on niiden tunteiden, mielikuvien ja kokemusten summa, joiden vaikutuksesta asiakas muodostaa yrityksen toiminnasta positiivisen elämyksen tunteen, joka saa hänet kertomaan kokemuksestaan edelleen ja palaamaan yritykseen vahvistaakseen asiakassuhdettaan (Fischer & Vainio 2014, 9-11; Löytänä & Korteso 2011, 45.)

Asiakaskokemukset luodaan kosketuspisteissä, joissa asiakas on kontaktissa organisaatioon joko henkilökohtaisesti, puhelimitse tai sähköisesti. Terveysthuollon palvelu on vuorovaikutteista palvelua potilaan ja hoitajan välillä, johon potilas osallistuu omalla panostuksellaan vaikuttaen palvelun lopputulokseen. Näissä kohtaamisissa asiakkaalle on mahdollista luoda kokemuksia negatiivisesta aina odotukset ylittävään elämykseen asti ja näiden summana asiakas tuntee kokemuksen lopputuloksen. (Hautakangas ym. 2003, 102; Löytänä & Korteso 2011, 114-117.)

Asiakaslähtöisessä ajattelussa asiakas ei ole ainoastaan toiminnan kohde vaan osallistuu oman palvelukokemuksensa luomiseen ja palautteen avulla toiminnan kehittämiseen. Yrityksen tunnistaessa asiakkaiden todelliset tarpeet ja tyydyttämällä ne, asiakas on valmis maksamaan saamastaan palvelusta. (Fischer & Vainio 2014, 14; Rissanen 2006, 50.)

4.2.1 Asiakaslähtöisyys

Organisaatiot ovat laajasti ottaneet asiakkuusajattelun käyttöön luodessaan kokemuksia asiakkailleen. Organisaatiossa on tällöin tahto parantaa ja tehostaa yrityksen ja asiakkaan välistä tiedonkulkua ja logistiikkaa sekä kehittää toimintaa. (Fischer & Vainio 2014, 149.) Potilas-termi on vaihtunut myös terveydenhuollossa termiksi asiakas (Löytänä & Korteso 2011, 121). Potilaan subjektiiviseen tyytyväisyyskokemukseen vaikuttavat hänen hoidolleen asettamat odotukset, jotka voivat merkitä eri ihmisille erilaisia asioita (Janhonen & Koivusalo 2004, 71). Kokemukset syntyvät palvelukokemusajattelussa aina asiakkaan tunnetulkintana ja siihen vaikuttaa asiakkaan kulloinkin luoma odotusarvo palvelulle. (Fischer & Vainio 2014, 9; Löytänä & Korteso 2011, 18-19.)

Asiakaslähtöisessä hoitotyössä korostuu vuorovaikutuksen merkitys potilaan ja hoitajan välillä. Potilas osallistuu hoitosuunnitelman tekemiseen, jonka päämääränä päiväkirurgiassa on potilaan nopea ja turvallinen hoito ja toipuminen. Potilaan selviytymiskeinoja ja voimavaroja tuetaan toiminnallisen ohjauksen keinoin, jolloin arvioidaan myös potilaan halua ja kykyä suoriutua hoitoon liittyvistä vaatimuksista. (Hautakangas ym. 2003, 52-55.)

4.2.2 Asiakaspalvelukokemuksen johtaminen

Positiivinen asiakaskokemus edellyttää organisaatiolta työhön sitoutunutta henkilöstöä ja positiivista työyhteisökokemusta (Fischer & Vainio 2014, 111; Löytänä & Korteso 2011, 78; Reinboth 2008, 65; Valvio 2010, 123). Positiivinen työyhteisökokemus syntyy kun yksilöt kokevat työniloa, johon vaikuttavat kokemukset esimieheltä ja työtovereilta saadusta arvostuksesta, oman työn merkityksellisyyden tunteesta ja positiivisesta käyttäytymisestä organisaation sisällä. Positiivinen käyttäytyminen henkilöstön keskuudessa tarkoittaa kollegiaalisuutta, avuliaisuutta, arvostamista ja positiivisen palautteen jakamista sekä yhteistyötä organisaation strategian toteuttamiseksi. Tämän ketjun tuloksena positiivinen tunne-energia siirtyy asiakaskohtaisiin, organisaation parempaan toimintakykyyn sekä johtaa asiakaslojalisuuteen ja lopulta yrityksen parempaan liiketoimintatulokseen. (Fischer & Vainio 2014, 11-12.)

Laadun merkitys yrityksen toiminnassa on lopulta sen eloonjääminen. Yrityksen tulee olla toiminnassaan asiakassuuntautunut, jolloin tuotteiden ja niiden takana olevien prosessien tulee vastata asiakkaiden tarpeisiin muuttuvat tilanteet huomioiden. Toiminnalta ja sen johtamiselta edellytetään päämäärätietoisuutta, jolloin johto ja henkilöstö sitoutuvat toimimaan arvoista johdetun strategian ja tavoitteiden mukaisesti. Laatuyrityksessä henkilöstö nähdään laadun luoja, jolloin sen kehittäminen ja osallistuminen koetaan yrityksen tärkeänä pääomana. Laatua tuottava yritys on tuloshakuinen myös muuttuvassa toimintakentässä ja luo visionsa tulevaisuuden muutokset tunnistaen. Laatuyrityksen johtaminen perustuu todelliseen ja luotettavaan tietoon sekä toimiviin prosesseihin, joille asetetaan tavoitteet, mittarit ja niiden seurantajärjestelmä. Yhteistyössä eri kumppanuuksien suhteen pyritään laaja-alaisuuteen ja pitkäaikaisiin hyötyihin puolin ja toisin. Laatuyrityksen toimintaperiaatteet tukevat yhteiskunnallisia tavoitteita ja vastuita. Laatutyöhön kuuluu jatkuva parantaminen, jolloin yrityksen kehittäminen on jatkuvaa

toimintaa palautejärjestelmien, katselmusten ja arvioinnin avulla. (Lecklin 2006, 26-28; Pesonen 2007, 79-80; Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuopas 2011, 16-18.)

4.2.3 Asiakaspalvelun laatu päiväkirurgiassa

Laatu on monisäikeinen sana, jonka määrittelemiseksi on monia näkökulmia. Pesonen (2007) määrittelee laadun olevan kaikkia niitä ominaisuuksia ja piirteitä, joita tuotteella ja palvelulla on ja joilla se täyttää asiakkaan odotuksia, vaatimuksia tai tottumuksia, olivatpa ne ilmaistuja tai piilossa olevia. Usein laadusta puhuttaessa otetaan näkökulmaksi juuri asiakasnäkökulma. Laatu liittyy usein tuotteeseen tai palveluun ja niiden kestävyteen, tehokkuuteen, joustavuuteen, lupauksen pitämiseen, ammattitaitoon ja positiiviseen tunteeseen, joka laadukkuudesta saadaan. Laatu voi merkitä tietystä aiheesta myös eri asioita ja odotukset laadun suhteen voivat vaihdella. On siis tärkeää tunnistaa minkälaista laatua todella odotetaan ja toteuttaa se. Alilaatu, samoin kuin yli-laatu, aiheuttaa tyytymättömyyttä, jolloin vaarana on menettää asiakkaita. Laadukkaassa toiminnassa tulisikin määrittää laatu asiakkaan näkökulmasta ja motivoitua täyttämään vaatimus. (Pesonen 2007, 35-38.)

Kirurgiset potilaat odottavat saamaltaan palvelulta ammattitaitoisuutta, turvallisuutta, ystävällisyyttä, kunnioitusta ja tiedon saantia (Kaukavuori 2012, 61; Niskanen ym. 2008, 153; Salminen 2014, 48). Tyytyväisyys palveluun muodostuu odotusten ja koetun todellisuuden suhteesta. Potilastyytyväisyyden mittaaminen ei ole itsestään selvää, jolloin menetelmät tulisivat olla oikeat. Laatuindikaattoreiksi omaksutut leikkauspotilaan kokemat haittatapahtumat, kuten pahoinvointi ja kipu, eivät aina ole yhteydessä potilaan tyytymättömyyteen. (Niskanen ym. 2008, 152-153.) Myös potilaan aiemmat kokemukset palvelusta saattavat vaikuttaa tyytyväisyyteen tai koettuun pelkoon (Kainonen 2013, 48). Potilaan aikaisempi positiivinen leikkaus- ja anestesiakokemus lisäävät luottamusta selviytymiseen ja tunnetta turvallisuudesta (Hankela 1999, 77; Janhonen & Koivusalo 2004, 73).

Perioperatiivisen hoitotyön laatua on mitattu muun muassa komplikaatioiden määrällä, kuolleisuudella, kirjallisten valitusten määrällä, potilasvahingoilla, haittatapahtumilla, haavainfektioilla, peruutettujen leikkausten lukumäärällä, hoitoon pääsyn toteutumiselä, jonotilanteella ja päiväkirurgisen potilaan kotiutumisen onnistumisella. Listan pituus

kuvaa vaikeutta määrittellä perioperatiivisen hoitotyön laatua ja siihen yksiselitteisesti vaikuttavia asioita. (Leinonen 2007, 6.)

Leinonen (2007) määrittelee perioperatiivisen hoitotyön laatua yleisellä tasolla seuraavasti: ” Perioperatiivisen hoidon laatu koostuu useiden ominaisuuksien kokonaisuudesta (jonkin asian, esineen, henkilön tai toiminnan ominaisuudesta), joka täyttää arvioijan laadulle asettamat vaatimukset mahdollisimman edullisesti.”

Asiakastyytyväisyyttä voidaan kartoittaa keräämällä tietoa asiakkaiden mielipiteitä palvelusta (Kainonen 2013, 47; Leinonen 2007, 6). Hoitotyön laatua on tutkittu paljon potilastyytyväisyyden näkökulmasta selvittämällä heidän omakohtaisia kokemuksia. Tyytyväisyyden mittaamisella pyritään perioperatiivisen toiminnan kehittämiseen löytämällä siitä vahvuuksia ja heikkouksia. Tutkimustyöllä saadaan tietoa potilaiden muuttuvista tarpeista ja sillä pyritään motivoimaan henkilökuntaa toimimaan entistä laadukkaammin laatimalla kehittämissuunnitelma tulosten pohjalta. (Janhonen & Koivusalo 2004, 69-70; Leinonen 2007, 6.)

Leikkausosaston nopeatempoisen hoidon, potilaan henkisen ja fyysisen tilan vuoksi potilaan objektiivinen arviointikyky voi vaikeutua, mutta potilaalta saatavaa palautetta pidetään kuitenkin luotettavana. Sairaanhoidajien arvioidessa hoidon laatua on huomioitu heidän olevan usein kriittisempiä arvioinneissaan. Suositeltavaa olisikin mitata ja kehittää perioperatiivisen hoidon laatua osallistaen siihen potilaat ja hoitohenkilöstö. (Leinonen 2007, 7.) Potilaan lisääntynyt hoitoon osallistuminen edellyttää potilaan informointia ja ohjausvälineiden kehittämistä. Informaatiotarve ja sen puutteellisuus liittyvät usein pre- ja postoperatiivisiin vaiheisiin ja sillä on tärkeä yhteys potilastyytyväisyyteen. (Eloranta ym. 2008, 120, 123; Niskanen ym. 2008, 153.) Yritykselle haasteellista on asiakkaiden tarpeiden nopea muuttuminen ja nopeus siihen vastaamisessa kilpailun paineessa, jolloin vaaditaan uudistuvan ja oppivan organisaation mukaista kehitystä. (Fischer & Vainio 2014, 150; Rissanen 2006, 112.)

Yrityksen toiminnassa ja sen myötä asiakastyytyväisyydessä pyritään täyttämään ja ylittämään annettu laatulupaus ja asiakkaan odotukset. Laatulupaus valitaan yrityksen strategian pohjalta, jolloin korkean mielikuvan laatulupaus asettaa toiminnalle tavoitteita ja lisäpaineita. Jos toiminta ei vastaa annettua lupausa ja asiakkaan odotuksia, syntyy laatuaukko ja asiakastyytyväisyys laskee. Laatulupauksen kannalta kriittisiä totuuden het-

kiä ovat asiakaskontaktit esimerkiksi kasvotusten, puhelimitse tai kirjeitse. (Lecklin 2006, 91-93.) Asiakastyytyväisyyttä selvitetään erilaisin tunnusluvuin ja palauttein. Asiakastyytyväisyyttä lisää luvattujen asioiden toteutuminen, sovittujen määräaikojen pitävyys, riittävät resurssit ja joustava toiminta. (Pesonen 2007, 46.)

Perioperatiivisen hoidon laadun arvioimiseksi voidaan käyttää Hyvä perioperatiivinen hoito –mittaria, jolla kerätään systemaattista tietoa potilailta. Mittarilla arvioidaan potilaan fyysistä hoitoa, tiedon saamista, potilaan omatoimisuuden tukemista, kunnioitusta, hoidon etenemistä, henkilökunnan ominaisuuksia ja ilmapiiriä. Fyysisen hoidon arvioinnin kohteena ovat kivun hoito, lämpötilan ylläpitäminen, pahoinvointi, leikkausasennon mukavuus, helläkätinen kohtelu, tarkkuus, ammattitaito, tekninen osaaminen ja hoidon vaikuttavuus. Tiedon saamisen osa-aluetta arvioidaan tiedon saamisen riittävyydellä, ymmärrettävyydellä ja perusteellisuudella. Potilaan omatoimisuuden tukemiseen liittyvät potilaan mielipiteiden huomiointi, omat vaikutusmahdollisuudet ja jännittämisen helpottaminen. Kunnioitusta arvioidaan henkisen tuen, rohkaisun, kunnioittavan ja huomaavaisen kohtelun osalta. Hoidon etenemistä mitataan hoitoon pääsyllä ja odottamisen arvioinnilla. Henkilökunnan ominaisuuksista arvioidaan ystävällisyys, kohteliaisuus, yhteistyö ja huumorintaju. Ilmapiirin arvioinnissa kohteena ovat hoitoympäristön rauhallisuus, kiireettömyys ja turvallisuus. (Leinonen 2007, 6; Lukkari 2007, 14.) Tässä opinnäytetyössä kirjallisuuskatsauksen tulokset esitetään Hyvä perioperatiivinen hoito –mittarin osa-alueita mukaillen.

4.3 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on näyttää mistä näkökulmasta ja miten kyseistä ilmiötä on aiemmin tutkittu. Se liittyy usein erilaisiin opinnäytteisiin ja terveydenhuollossa ajatukseen hoidon toteutumisesta perustuen tutkittuun tietoon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 123.)

Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus ja tutkimusten valinta- analysointi- sekä syntetisointi- prosessi ovat erittäin tarkkoja. Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku tehdään systemaattisen tiedonhaun avulla, joka on järjestelmällinen, tarkasti määritelty ja rajattu tiedonhaun prosessi tietokannoista. Tiedonhakuprosessi dokumentoidaan aiheen myöhempää toistettavuutta varten. Kirjallisuuskatsaus etenee suunnitteluvaiheesta katsauksen tekemi-

seen hakuineen, analysointeineen ja synteeseineen ja päättyy katsauksen tuloksiin. (Johansson 2007, 5-7, Kylmä & Juvakka 2007, 47, Tähtinen 2007, 10-11.)

Kirjallisuuskatsauksen kohteena ovat tietyinä aikana tehdyt relevantit ja tarkoitusta vastaavat tutkimukset. Kirjallisuuskatsauksen tiedonkeruun jokainen vaihe tulee olla tarkkaan määritelty ja kirjattu sekä päivitettävissä. (Johansson 2007, 4-5.) Tietokantahaut suoritetaan tarkoin aseteltujen tutkimuskysymysten pohjalta valittujen hakutermien avulla. Hakutermien valintaa seuraa systemaattisessa tiedonhaussa käytettävien tietokantojen valinta. (Johansson 2007, 6.)

Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettavat tutkimukset valitaan tarkkaan laadittujen sisäänotto- ja poissulkukriteerien avulla. Tarkasti ja täsmällisesti kuvatut sekä johdonmukaiset ja tarkoituksenmukaiset kriteerit ehkäisevät systemaattisia virheitä. Kriteerit kohdistuvat tutkimuksen kohdejoukkoon, interventioon, tuloksiin tai tutkimusasetelmaan. Ideaalissa tilanteessa mukaan valitaan kaikilla kielillä julkaistut relevantit tutkimukset, jotka käännetään. Ideaalia toimintaa rajoittavat kuitenkin aika ja käytettävissä olevat resurssit. (Johansson 2007, 6, Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 48.) Sisäänotto- ja poissulkukriteerit perustuvat tutkimuskysymyksiin ja niissä voidaan rajata alkuperäistutkimuksen lähtökohtia, tutkimusmenetelmiä, tutkimuskohdetta, tuloksia tai tutkimuksen laatu-tekijöitä (Stolt & Routasalo 2007, 59).

Alkuperäistutkimusten hakuprosessi on kirjallisuuskatsauksen onnistumisen kannalta kriittinen vaihe, jossa kannattaa käyttää informaatikon eli kirjastoalan asiantuntijan apua. Hyvä tiedonhakustrategia takaa luotettavimman tuloksen tiedonhausta. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 49.) Alkuperäistutkimusten valinta tapahtuu tarkastelemalla tulosten vastaavuutta sisäänottokriteereihin otsikko-, abstrakti- ja koko teksti tasoilla (Stolt & Routasalo 2007, 59). Kirjallisuuskatsaukseen sisänotettavien tutkimusten arvioinnissa tulee käyttää systemaattista ja standardoitua menetelmää. Tarkistuslistoja ja arviointiasteikkoja on olemassa useita. (Kontio & Johansson 2007, 102.)

4.3.1 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kartoittaa kirurgisen hoitotyön laatua ja kuvata potilastyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä. Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymyksiinä olivat:

1. Millaisia kokemuksia potilailla on kirurgisen hoitotyön laadusta?
2. Mitkä asiat kirurgisessa hoitotyössä vaikuttavat potilastyytyväisyyteen?

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli tehdä valittujen tutkimusten tuloksista synteesi opinnäytetyön teoreettisia lähtökohtia tukemaan. Lisäksi tavoitteena oli lisätä tutkijan omaa ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä.

Kirjallisuuskatsaus tehtiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteiden mukaisesti, joihin opinnäytetyön tekijä oli perehtynyt Tampereen ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon (Tamk) Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen - opintojakson yhteydessä. Kirjallisuuskatsauksen aineistoa haettiin kotimaisista tietokannoista Medic, Melinda, Arto ja Theseus, sekä ulkomaisista tietokannoista Cinahl, Pubmed ja Base. Hakusanojen valinnassa ja niiden yhdistämisessä käytettiin Tamk:n kirjaston informaattikon tukea. Tietokantahauissa käytettiin hakusanoja ja niiden yhdistelmiä, joiden avulla tehtiin alustava haku ja varsinainen haku. Alkuperäistutkimusten vastaavuutta sisäänotto- ja poissulkukriteereihin (liite 1.) tarkasteltiin otsikon, tiivistelmän ja koko tekstin perusteella, ennen niiden valintaa. Tutkimusten laatua arvioitiin Suomen sairaanhoitajaliiton laatimalla näytön asteen luokituksella ja laadun arvioinnin perusteella, jolloin osa tutkimuksista karsiutui niiden saadessa laadun arvioinnissa vähemmän kuin 14 pistettä 20:stä. Liitteeseen 2 taulukoitiin kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tutkimukset. Näiden tarkastelujen perusteella kirjallisuuskatsaukseen mukaan valittujen tutkimusten tuloksista tehtiin niiden lukemisen jälkeen synteesi kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymysten mukaisesti. Tuloksista löytyi yhteneviä teemoja, joiden avulla synteesi eteni johdonmukaisesti. Tuloksien yhtenevät teemat on lihavoitu alla olevassa luvussa.

4.3.2 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

Hoidon laatu arvioidaan keskimäärin korkeatasoiseksi, mutta eri laatuosa-alueiden toteutumisessa oli eroja (Eloranta ym. 2008, 119; Haukkapaasi 2001, 46; Säily 2012, 42).

Fyysinen hoito

Kirurgiset potilaat arvioivat kohteluaan hyväksi silloin, kun huomioitiin riittävä kipulääkitys, pahoinvoinnin hoitaminen, mukava leikkausasento ja lämpötilan turvaaminen. Leikkausosaston henkilökuntaa pidettiin ammattitaitoisena, heidän toimiessaan tarkasti ja huolellisesti sekä teknisesti taitavasti toimenpiteisiin ja anestesiaan liittyen. Anestesia ja toimenpide koettiin suoritettavan hyvin ja kivun hoito koettiin riittäväksi leikkaussalissa ja heräämössä lähes aina, joskin huomioitavaa on, että osa potilaista kertoi riittämättömästä kivunlievityksestä. Luottamuksellisen hoitosuhteen syntymiseksi sairaanhoitajan tuli osata keskustella asiallisesti ja avoimesti sekä toimia tilanteen vaatimalla tavalla potilaan tahtiin. Sairaanhoitajan tuli tietää potilaan hoidon tavoitteet ja hoitosuunnitelma sekä omata vahva tieto-, taito- ja kokemuspohja sekä tuntea potilaan hoitoprosessi hyvän hoidon saavuttamiseksi. (Eloranta ym. 2008, 119; Haukkapaasi 2001, 35-38; Kaukavuori 2012, 37-41; Mattila 2001, 74-75; Niskanen ym. 2008, 152; Säily 2012, 30-34.)

Tiedon saaminen

Informaation antamista tulisi tehostaa ja suunnitella paremmin (Eloranta ym. 2008, 119; Keränen ym. 2004, 4742; Niskanen ym. 2008, 153; Säily 2012, 42). Kirurgiset potilaat kaipasivat tietoa hoidon eri vaiheista, erityisesti ennen toimenpidettä anestesiasta, leikkauksen kulusta ja hoidosta sen jälkeen. Tyytyväisyyteen vaikuttivat myös sairaanhoitajan, anestesia- ja kirurgin selkeät ja perusteelliset selvitykset heille ymmärrettävällä kielellä hoitoon liittyvistä asioista. Osalla kirurgisista potilaista olisi ollut lisäksy-symyksiä sairaanhoitajalle, kirurgille ja anestesia- ja kirurgille ennen leikkausta. Kirurgiset potilaat olisivat toivoneet lääkäreiltä parempaa informaatiota ja yhteistyötä heidän omaisten kanssa. Riittävä ja ajantasainen tiedottaminen ja omaisten huomioiminen oli myös tärkeä tekijä luottamuksellisen hoitosuhteen syntymiselle. Sairaanhoitajalta odotettiin ammatillista herkkyyttä arvioida potilaan vastaanotto- ja oppimiskykyä tiedon lisäämiseksi, tietäminen lisäsi potilaan vahvistumista. Erillistä preoperatiivista esikäyntiä ei yleisesti koettu tarpeelliseksi. Kotona tehtävistä leikkausvalmisteluista ja leikkausosaston toiminnasta saatiin tietoa riittävästi ja kutsukirje koettiin selkeänä, mutta laa-

dukkaampaa kirjallista ohjausmateriaalia kaivattiin. Ohjausmateriaalin sisältöön, muotoon ja tiedon ymmärtämiseen tulisi kiinnittää huomiota informaation laadun varmistamiseksi. (Eloranta ym. 2008, 119-122; Haukkapaasi 2001, 40; Kaukavuori 2012, 41-45; Keränen ym. 2004, 4740-4742; Mattila 2001, 71-72, Säily 2012, 31-32, 38.)

Omatoimisuuden tukeminen

Omatoimisuuden tukeminen toteutui kirurgisten potilaiden mielestä suhteellisen hyvin. Tyytyväisyyteen vaikuttivat potilaan mielipiteiden ja toivomusten huomioiminen hoidossa, rohkaiseminen ja henkinen tukeminen sekä jännityksen helpottaminen. Osa kirurgisista potilaista koki, etteivät he saaneet vaikuttaa omaan hoitoonsa ja sen suunnitteluun. Potilaan ja hoitajan yhteistyösuhteelta odotettiin sairaanhoitajavetoisuutta ohjaten potilasta rohkeampaan osallistumiseen ja vuorovaikutukseen. Kotoa leikkauspäivänä tulleet potilaat olivat erittäin tyytyväisiä kotona nukuttuun yöhön ja leikkausvalmistelut sujuivat kotona erinomaisesti, myös nopeampi kotiutuminen lisäsi potilaiden tyytyväisyyttä. Jännityksen vähentäminen koettiin tarpeelliseksi ja pelon tuntemukset liittyivät usein anestesiaa kohtaan. (Eloranta ym. 2008, 120; Kaukavuori 2012, 45-48; Keränen ym. 2004, 4742; Mattila 2001, 82-83; Niskanen ym. 2008, 153; Säily 2012, 38.) Kaukavuoren (2012) tutkimuksessa kolmasosalle potilaista oli tarjottu musiikin kuuntelua leikkausosastolla ollessaan.

Kunnioitus

Kirurgisten potilaiden mielestä kunnioitus toteutui hoidon osa-alueena erittäin hyvin. Kunnioittavaksi kohteluksi koettiin huomaavaisuus, intimitteetistä huolehtiminen ja yksilöllinen kohtaaminen, eivätkä potilaat tunteneet oloaan noloksi tai kiusaantuneeksi. Osa kirurgisista potilaista koki hoidon ”liukuhihnatyöksi” ja toivat esiin, että muut kuulivat heidän asioita niistä puhuttaessa. (Eloranta ym. 2008, 120; Kaukavuori 2012, 48-50; Niskanen ym. 2008, 152.)

Hoidon eteneminen

Kirurgisen potilaan tyytyväisyyttä hoidon etenemiseen lisäsi se, ettei potilas joutunut odottamaan hoidon eri vaiheissa ja toiminta oli sujuvaa. Toiminnan sujuvuuteen ei oltu täysin tyytyväisiä, jolloin toivottiin tulotilanteen järjestelyiden parempaa sujuvuutta. Potilaat kokivat tulotilanteen negatiiviseksi mikäli he joutuivat odottamaan sairaanhoitajan kiireen vuoksi tai olivat epä tietoisia siitä, mitä seuraavaksi tapahtuu. Potilaan hyvää oloa ja terveyttä edisti turvallisuuden kokeminen vuorovaikutuksessa hoitajan kans-

sa, omaan hoitoon osallistuminen ja informaation saaminen. Sairaanhoidajalta vaadittiin kykyä vaikuttaa potilaaseen ja ohjaustaitoja turvallisen jatkohoidon varmistamiseksi. (Haukkapaasi 2001, 41; Kaukavuori 2012, 50-51; Keränen 2004, 4742; Mattila 2001, 89; Säily 2012, 43.)

Henkilökunnan ominaisuudet

Kirurgiset potilaat arvioivat hyväksi henkilökunnan ominaisuuksiksi auttamishaluisuuden, ystävällisyyden, huumorintajun, kohteliaisuuden ja miellyttävän yhteistyön tiimissä. Hoitohenkilökunnan ystävällisyys koettiin erinomaiseksi ja potilaita kohdeltiin erittäin hyvin. Luottamuksellisen hoitosuhteen syntyminen vaati hyviä vuorovaikutustaitoja, jolloin luonteenpiirteistä avoimuus, empaattisuus ja lähestymisen helppous koettiin tärkeimpinä edesauttajina. Vapautunut ilmapiiri rohkaisi potilaita vuorovaikutukseen ja läheisyys yhteistyösuhteessa mahdollistui. Sairaanhoidajan tuli myös arvostaa omaa työtään ja kehittää osaamistaan. Leikkausosaston sairaanhoidajalta edellytettiin kliinisten taitojen lisäksi teknistä osaamista, ennakointikykyä, valppautta, paineensietoa ja jämäkkyyttä. Osa kirurgisista potilaista häiritsi henkilökunnan keskinäinen keskustelu ja tapoimia yhteistyössä. Leikkausosastolla korostuivat moniammatillisen yhteistyön ja tiimityön taidot. (Eloranta ym. 2008, 119; Haukkapaasi 2001, 31-35; Kaukavuori 2012, 52-53; Keränen 2004, 4742; Mattila 2001, 67-68; Niskanen ym. 2008, 153; Säily 2012, 34, 43.)

Ilmapiiri ja hoitoympäristö

Kirurgisten potilaiden arvioimana vastaanotto leikkausosastolle oli miellyttävä. Vastaanottotilanne oli merkittävä tapahtuma hoitosuhteen myönteiselle alulle ja luottamuksen kehittymiselle. Ymmärtäväinen ja hyväksyvä ilmapiiri osastolla edesauttoi luottamuksen tunteen lisääntymistä potilaissa. Tyytyväisyyttä lisäsi potilaiden kokema leikkausosaston rauhallinen ja kiireetön tunnelma, jolloin potilaat tunsivat olonsa turvallisiksi. Rauhattomuuden vuoksi toipumiseen tarvittava yöni jäi lyhyeksi ja yksityisyys kärsi, joten yhden hengen huoneessa hoidetut potilaat arvioivat hoidon laadun paremmaksi kuin ryhmähuoneissa hoidetut potilaat. Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus tapahtui ryhmähuoneissa muiden potilaiden läsnä ollessa, jolloin intimitettisuoja kärsi keskustelussa. Hoitoympäristö koettiin tiloiltaan siisteiksi, riittäviksi ja asianmukaisiksi. Potilaat huomioivat kiireen vaikuttaneen hoitotyön laatuun negatiivisesti ja se oli este myös vuorovaikutuksellisen ja luottamuksellisen hoitosuhteen syntymiselle, jolloin sairaanhoidajalla ei ollut riittävästi aikaa potilaalle toimiakseen hänen parhaaksi

ja kontaktit jäivät lyhyiksi estäen asioiden esiin tulemista. Kiire aiheutti unohduksia, ongelmia työnjakoon ja viivettä potilaan tarpeisiin vastaamiseksi. (Eloranta ym.2008, 119-120; Haukkapaasi 2001, 36, 38-41; Kaukavuori 2012, 54-57; Keränen ym. 2004, 4742; Mattila 2001, 60-61,76-79.)

Keski-ikäiset potilaat (42-61v) kokivat Kaukavuoren (2012) tutkimuksessa lähes kaikki hoidon osa-alueet toteutuneeksi paremmin kuin nuoremmat tai vanhemmat ikäluokat, kun taas Elorannan ym. (2008) mukaan iäkkäät potilaat oli tyytyväisimpiä hoidon laatuun. Lisäksi Kaukavuoren (2012) mukaan keski-ikäiset potilaat kokivat saaneensa anestesia- ja lääkäritä enemmän tietoa anestesiaan liittyvistä asioista kuin muut ikäluokat. Puudutetut potilaat olivat tyytyväisempiä hoidon osa-alueiden toteutumiseen kuin nukutetut potilaat (Eloranta ym. 2008, 120; Kaukavuori 2012, ?). Miehet kokivat kunnioittavan kohtaamisen, huolenpidon ja tukemisen toteutuneen paremmin kuin naiset (Eloranta ym. 2008, 120). Elektiivisesti leikatut potilaat olivat tyytyväisempiä hoidon laatuun kuin päivystyksenä leikatut potilaat (Eloranta ym. 2008, 122-123).

5 METODOLOGIA

5.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän kokonaisuuden hallinta on vaativaa, sen laajalle hajautuneiden ja erilaisten lähestymistapojen vuoksi (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 162; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65). Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on laaja-alainen tutkimusmenetelmä ja sen lähtökohtana on kuvata todellista elämää, joka on moninainen. Sen lähestymistapoja ovat muun muassa tapaustutkimus, sisällön analyysi, diskurssianalyysi, toimintatutkimus, etnografia, grounded theory ja fenomenologia, jotka ovat monella tapaa myös päällekkäisiä. Laaja-alaisuudestaan huolimatta laadullisen tutkimuksen lähestymistavoilla on yhtäläisyyksiä toisiinsa, sillä ne kuvaavat, tulkitsevat ja selittävät kommunikaatiota, kulttuuria tai sosiaalista toimintaa eri sosiaalisissa ilmiöissä. (Hirsjärvi ym. 2009 162-163; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 68-72; Metsämuuronen 2008, 16).

Kvalitatiivinen tutkimusote yleistyi 1980-luvulla ihmistieteissä, kuten hoitotieteessä, edesauttamaan tulkinnallisia ja luonnollisissa olosuhteissa toteutettavia tutkimuskäytäntöjä. Naturalistisuuden lisäksi kvalitatiiviselle tutkimusmenetelmälle ominaista on sen persoonakohtaisuus, jolloin tutkimuksen induktiivinen luonne ja yksilön kokemusten ja näkemysten kuvaaminen korostuu. Kvalitatiivista tutkimusprosessia kuvataan pehmeäksi tutkimukseksi sen prosessinaikaiseen dynaamisuuteen liittyen, jolloin tutkimuksen aikana joustava tutkimusote suo tutkimussuunnitelman muotoutumisen ja täsmentymisen. Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on hankkia tietoa ilmiöstä kokonaisvaltaisesti ja löytää tutkimusaineiston toimintatavoista samankaltaisuuksia tai eroja tosiasioita paljastaen, jolloin edellytetään tilanteiden, aineiston keruun paikkojen ja hoitoyhteisöjen kuvaamista riittävällä spesifisyydellä. Yhteyttä teoriaan ja tutkimuksessa käytettävään päättelyyn kuvataan induktiiviseksi, jolloin lähtökohtana on aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. (Hirsjärvi ym. 2009, 164; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65-66, 73; Kylmä & Juvakka 2007, 16-17; Tuomi & Sarajärvi 2009, 49-51, 66).

Kvalitatiivinen tutkimusasetelma on joustava, jolloin tiedonkeruu tapahtuu useilta ihmisiltä luonnollisissa olosuhteissa ja aineistojen kerääminen ja haku voivat muovautua

prosessin aikana. Kvalitatiivinen tutkimus pyrkii ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä, kuvaamaan todellista elämää ja luomaan teoriaa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa lähtökohdiana on ihminen, jossa tutkitaan hänen elämänpiiriä ja siihen liittyviä merkityksiä pyrkien totuuden selvittämiseen ja jäsentämiseen tutkittavasta ilmiöstä toimintojen kehittämiseksi. Aineiston keruu tapahtuu tarkoituksen mukaisella valinnalla tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman hyvin ja monipuolisesti edustavilta henkilöiltä, tutkijan ja osallistujan läheisessä vuorovaikutuksellisessa suhteessa. (Hirsjärvi ym. 2009, 164; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66-67, 73; Kylmä & Juvakka 2007, 16-17; Tuomi & Sarajärvi 2009, 49-51, 66).

5.2 Aineistonkeruumenetelmä

Haastattelu ja dokumenteista koottu tieto kuuluvat yleisimpiin aineistonkeruumenetelmiin laadullisessa tutkimuksessa (Kylmä & Juvakka 2007, 27; Tuomi & Sarajärvi 2009, 71). Tutkijan saadessa välitöntä tietoa tutkittavilta aineistoa kutsutaan primääriaineistoksi, kun taas muiden keräämää aineistoa, kuten dokumentteja, kutsutaan sekundääriaineistoksi (Hirsjärvi ym. 2009, 186).

5.2.1 Teemahaastattelu

Kvalitatiivisen tutkimusaineiston keräämisessä pyritään mahdollisimman avoimeen menetelmään. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tavoitteena on siihen osallistuvien näkökulmien ymmärtäminen tutkittavasta ilmiöstä, joita selvitetään mitä-, miksi- ja mitenkysymyksillä. Teemahaastattelun avulla voidaankin tutkia yksilön kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita tutkimuskohteena olevasta ilmiöstä. Haastattelu toteutetaan suullisesti ja joko henkilökohtaisesti haastateltavan ja haastattelijan välisenä tilanteena tai ryhmähaastatteluna, johon osallistuu kaksi tai useampi haastateltava. Joustavuus haastattelutilanteessa nähdään sen etuna, jolloin haastattelijalla on mahdollisuus tarkentaa kysymystä tai esittää lisäkysymyksiä, käydä tarvittavaa selventävää keskustelua tiedonantajan kanssa ja havainnoida haastateltavan tunnetiloja ja eleitä. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 48; Kylmä & Juvakka 2007, 22-27; Tuomi & Sarajärvi 2009, 72-73.)

Teemahaastattelua ohjaa tutkimustehtävien ja tutkimuksen viitekehyksen pohjalta laaditut teemat, joihin voi liittyä tarkentavia kysymyksiä. Haastattelun teemojen tulee olla tarpeeksi laajoja osallistujan miellelyhtymien esiin tulemiseksi ja haastattelijan liian johdattelun välttämiseksi. Teemahaastattelun avulla pyritään keskeisesti löytämään ihmisen asioille antamat merkitykset ja niiden tulkinnat. Tällainen puolistrukturoitu haastattelu korostaa siis haastateltavan tulkintoja ilmiöstä ja hänen asioille antamia merkityksiä. Puolistrukturoidulle menetelmälle tyypillistä on, että haastattelun teemat ja näkökulma on kaikille haastateltaville sama, mutta kysymyksille ei ole tarkkaa muotoa tai järjestystä. Haastattelijalla voi edetä teemoissa tietyn järjestyksen mukaan tai tarpeen tullen poiketa suunnitellusta ja viedä haastattelua sanamuodoltaan luontevasti ja dialogisesti eteenpäin varmistuen siitä, että haastateltavan ääni tulee kuuluville aineistossa. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 48; Kylmä & Juvakka 2007, 64; Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Haastattelun tarkoituksena on saada mahdollisimman paljon ja kattavasti tietoa haastateltavalta tutkittavasta aiheesta keskeisten teemojen avulla. Täten haastattelukysymykset, haastattelun aiheet tai teemat tulee antaa tiedonantajalle riittävän ajoissa ennen varsinaista haastattelua, esimerkiksi haastatteluajankohtaa sovittaessa. Henkilökohtaisesta haastattelusta sopimisesta on hyötyä informaatiotilanteen lisäksi siten, että tiedonantajat sitoutuvat tulevaan haastatteluun hyvin. Jotta haastatteluista saatava aineisto on kattavaa ja kertoo mahdollisimman laajasti tutkittavasta ilmiöstä, kannattaa tiedonantajiksi valita henkilöt, joilla on mahdollisimman paljon kokemusta ja tietoa aiheesta. (Kylmä & Juvakka 26-31; Tuomi & Sarajärvi 2009, 73-74.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen kohdentuessa erityisesti laatuun, pyritään ilmiöstä saamaan mahdollisimman rikas aineisto. Täten osallistujia on yleensä vähän, koska aineistoa kerättäessä yhden ihmisen haastattelusta saattaa analysoitavaa tekstiä tulla useita kymmeniä sivuja ja siitä pyritään löytämään kaikki oleellinen. Haastateltavien määrää ohjaavat sisällölliset seikat, aineiston riittävyyden ja saturaation saavuttaminen. Saturaation saavuttamiseksi aineiston keruuta jatketaan niin kauan, kun sen avulla saadaan uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä ja asiat alkavat kertaantua haastattelutilanteissa. Saturaation eli kylläntymisen saavuttamiseksi tutkijan tulee olla selvillä mitä aineiston avulla ollaan hakemassa, koska kylläntymispisteen saavuttamiseksi tarvittavien vastausten määrä vaihtelee. Haastattelu aineistonkeruun muotona on aikaa vievää ja täten kallistakin. (Hirsjärvi ym. 2009, 181-182; Kylmä & Juvakka 26-31; Tuomi & Sarajärvi 2009, 87.)

Ennen varsinaisia tutkimushaastatteluita tutkijan tulee testata haastattelurunko esihaastattelun avulla. Esihaastattelussa testataan haastattelun kestoa, aihepiirien järjestystä ja muotoilua, joita voidaan vielä muuttaa tai karsia ennen varsinaisia haastatteluita. Tee-mahaastattelun ajankohta ja paikka valitaan mahdollisimman sopivaksi tiedonantajien kannalta. Sopiva ajankohta haastattelujen tekemiselle on yleensä huhti-toukokuu ja syys-lokakuu, jolloin lomakaudet haittaavat vähiten tiedonantajien saavuttamista. Haastattelupaikaksi sopii hyvin tiedonantajien työpaikka, josta löytyy rauhallinen ja turvallinen tila hyvän kontaktin luomiseksi. Haastattelun kesto voi vaihdella 1,5-2 tuntiin. Haastattelun tallentaminen on välttämätöntä aineiston myöhempää käsittelyä varten. Tallentaminen voi tapahtua esimerkiksi sanelukoneen avulla kasetille. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 72-75.)

5.2.2 Dokumentit

Erilaiset valmiit aineistot soveltuvat hyvin laadullisen tutkimuksen aineistoksi ja säästävät tutkijan voimavaroja tulkinnalliseen työhön säästyessään aineiston keräämiseltä alusta lähtien. Valmiin aineiston keräämisessä tulee kuitenkin olla kriittinen ja valikoida käytettävät dokumentit harkiten. Tutkimusaineistona käytettävät valmiit kirjalliset aineistot jaetaan esimerkiksi yksityisiin dokumentteihin, tilastoihin, asiakirjoihin ja joukkotiedotuksen tuotteisiin. (Eskola & Suoranta 2003, 117-119; Tuomi & Sarajärvi 2009, 84.)

Valmiiden aineistojen käyttöön liittyy niiden luotettavuuden tarkistamisen lisäksi muitakin haasteita. Valmiiden aineistojen olemassa olo tai niiden saavuttaminen voivat jäädä tutkijalta tietämättä tai hän arkailee niiden hankkimisessa eri laitoksilta tai henkilöiltä. Toisaalta valmiiden aineistojen määrä saattaa on runsas, jolloin aineiston rajaaminen on tärkeää. Valmiiden aineistojen käyttö vaatii niiden muokkaamista, jota tutkija saattaa pitää työläänä ja toisaalta toisen keräämä aineisto voi poiketa tutkijan intressistä aineiston sisällön suhteen. Aloittelevalle tutkijalle uuden tiedonkeruumenetelmän haltuun ottaminen tai tutkittavien lähelle pääseminen saattaa myös vähentää valmiiden aineistojen käyttöä. Valmiita aineistoja voidaan analysoida sisällön analyysin menetelmällä. (Eskola & Suoranta 2003, 118-119; Hirsjärvi ym. 2009, 189-190.)

5.3 Induktiivinen sisällönanalyysi

Kvalitatiivisen tutkimuksen aineisto koostuu teksteistä ja puhutuista sanoista ja lauseista. Ennen aineiston analyysia sanallinen aineisto tulee tarvittaessa täydentää ja kirjoittaa tekstiksi eli litteroida, joka on aikaa vievää, mutta analysoinnin edellytys. (Kylmä & Juvakka 2007, 65) Analyysi kannattaa aloittaa heti aineiston keruuvaiheen jälkeen valitun analyysitapa, joka tuo parhaiten vastauksia tutkimustehtäviin tai –kysymyksiin (Hirsjärvi ym. 2009, 224). Induktiivisessa analyysissä tutkijan tavoitteena on paljastaa odottamattomia seikkoja, jolloin lähtökohtana on aineiston monitahoinen ja yksityiskohmainen tarkastelu (Hirsjärvi ym. 2009, 164).

Induktiivinen analyysi etenee ”yksittäisestä yleiseen” ja se voidaan kuvata kolmivaiheiseksi prosessiksi, joihin kuuluvat aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Tutkittavasta ilmiöstä pyritään luomaan sanallinen ja selkeä kuvaus analysoimalla tutkimuksen aineistoa. Analyysin toteuttaminen on aineistolähtöistä, jolloin sitä eivät ohjaa aikaisemmat havainnot tai tiedot ilmiöstä, vaan analyysiyksiköt nousevat aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävien ohjaamana. Joskin tutkijan käyttämien käsitteiden ja tutkimusasetelman menetelmiseen uskotaan vaikuttavan myös tuloksiin. Sisällönanalyysillä järjestetään tutkimuksen aineistoa tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta olennaista informaatiota. Analyysillä pyritään lisäämään laadullisen aineiston informaatioarvoa loogisella päättelyllä ja tulkinnalla, jossa aineisto hajotetaan ensin osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. Aineistosta pyritään löytämään tutkimusongelmaa valaisevia teemoja ja sen kannalta olennaiset aiheet. Tavoitteena on tehdä tutkimusaineistosta lopuksi selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä ja luoda siitä teorettinen kokonaisuus tiedonantajia ymmärtäen. (Eskola & Suoranta 2005, 174; Tuomi & Sarajärvi 2009, 95-96, 108.)

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

6.1 Aineistonkeruu

Opinnäytetyön aineiston hankinta aloitettiin tutkimusluvan saamisen jälkeen lokakuussa 2014. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua ja dokumenttien keräämistä. Teemahaastatteluiden teemat nousivat opinnäytetyön teoreettisista lähtökohdista ja kohdeorganisaation laatuvaatimuksista. Teemahaastattelurunko (liite 3.) esitettiin ennen varsinaisten tiedonantajien haastatteluita.

Tiedonantajiksi valittiin tarkoituksen mukaisella otannalla kolme Sairaala Mehiläinen Tampereen sairaanhoitajaa. Tiedonantajien valitseminen perustui vapaaehtoisuuteen ja heidän pitkäaikaiseen kokemukseen päiväkirurgisesta hoitotyöstä. Tiedonantajat olivat iältään 30-, 35- ja 40-vuotiaita naisia ja heillä oli työkokemusta 4-16- vuotta sekä he toimivat vakituisina työntekijöinä kohdeorganisaatiossa.

Teemahaastattelut suoritettiin opinnäytetyön tekijän toimesta Sairaala Mehiläinen Tampereen tiloissa työajalla 7.-21.10. välisenä aikana. Tiedonantajilta pyydettiin suostumusta suullisesti ja kirjallisesti Tietoinen suostumus –lomakkeella (liite 4.), jonka jokainen tiedonantaja täytti ja palautti etukäteen opinnäytetyön tekijälle allekirjoitettuna. Suostumuksen ohessa oli opinnäytetyötä koskeva tiedote (liite 5.), jossa esitettiin opinnäytetyön tavoite, osallistumisen vapaaehtoisuus, anonyymiyden säilyttäminen, haastattelun nauhoittaminen ja aineiston hävittäminen sekä valmiin työn julkaiseminen. Lisäksi tiedonantajille annettiin opinnäytetyön tutkimussuunnitelma luettavaksi. Teemahaastattelut käytiin yksilöhaastatteluina, jolloin jokaisen tiedonantajan henkilökohtaisiin näkemyksiin ja kokemuksiin pystyttiin keskittymään parhaiten.

Teemahaastatteluiden toteutus tapahtui Sairaala Mehiläinen Tampereen vapaassa ja haastattelulle rauhoitetussa potilashuoneessa ja ne kestivät noin yhden tunnin kerrallaan. Haastattelut käytiin teemahaastattelurunkoa mukaillen vapaamuotoisena keskusteluna haastattelijan ja tiedonantajan läheisessä vuorovaikutuksessa toisensa nähden. Nauhoittaminen tapahtui sanelukoneeseen, jonka toimivuus varmistettiin jokaisen haastattelun aluksi.

Asiakaspalautedokumentit pyydettiin tutkimusluvan saamisen jälkeen Mehiläinen Tampereen laatuoyhteysenkilöltä, joka keräsi arkistosta Sairaala Mehiläinen Tamperetta koskevat palautteet tammikuusta 2013 ja lokakuuhun 2014. Dokumentteja oli yhteensä 31.

Tutkimuspäiväkirja oli opinnäytetyön tekijän käytössä koko prosessin ajan joulukuusta 2013 -joulukuuhun 2014. Tutkimuspäiväkirjaan kirjattiin tekijän muistiinpanoja haastatteluista, ajatuksista, ideoista, näkökulmista ja opiskelun aikana saaduista tiedoista.

6.2 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön aineiston analysointi toteutettiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä. Aineisto litteroitiin koko haastatteludialogista Sairaala Mehiläinen Tampereen vastaanottosihteerin toimesta jokaisen haastattelun jälkeen ja opinnäytetyön tekijä luki puhtaaksikirjoitetun aineiston ennen seuraavaa haastattelua. Haastatteluaineistoa kertyi yhteensä 28 A4 kokoista arkkia tekstiä rivivälillä 1.

Haastatteluaineistosta erotettiin ensin alleviivaamalla tiedonantajien lausumat kokonaisuudessaan, jonka jälkeen lausumien antamaa informaatiota korostettiin alleviivaamalla olennaiset kohdat väreihin. Koko haastatteluaineistoa luettiin useaan kertaan läpi kokonaiskäsityksen saamiseksi. Alkuperäisilmaukset pelkistettiin analyysiyksiköiksi listamalla ne arkin sivuun liitetulle paperille lauseiksi tai sanapareiksi. Pelkistämisestä esitetty esimerkki on taulukossa 4.

TAULUKKO 4. Esimerkki pelkistetystä ilmauksesta

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
Hoidetaan täällä se ajanvaraus loppuun asti.	Leikkausajanvaraajan rooli prosessin omistumiseksi
Monet kyllä kiittelee, että menipäs helposti ja tulipastaa nopeesti.	Sairaalan ajanvarausprosessi nopea ja helppo

Tämän jälkeen pelkistetyt lauseet ja sanaparit (=analyysiyksiköt) kirjattiin erillisille irrallisiksi muistiinpanoiksi, jotka ryhmiteltiin yhteen samankaltaisten ilmaisujen ja kä-

sitteiden kanssa. Ryhmittelyn tuloksena syntyneille alakategorioille annettiin sitä kuvaava nimi. Alakategorioiden muodostumisesta esitetty esimerkki on taulukossa 5.

TAULUKKO 5. Esimerkki alakategorian muodostamisesta

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria
Kokenut henkilökunta Asiakkaan henkinen tukeminen	Osaava henkilöstö
Leikkausajanvaraajan rooli prosessin onnistumiseksi Sairaalan ajanvarausprosessi nopea ja helppo	Leikkausajanvaraus

Alakategorioista muodostettiin viisi yläkategoriaa, jotka vastaavat tutkimuskysymykseen 1. Yläkategorioiden muodostumisesta esitetty esimerkki on taulukossa 6.

TAULUKKO 6. Esimerkki yläkategorian muodostamisesta

Alakategoria	Yläkategoria
Osaava henkilöstö Kouluttautuminen	Ammattitaitoinen henkilöstö
Leikkausajanvaraus Rutiinikäytännöt Työnkuvien selkeys	Prosessin sujuvuus

Asiakaspalautedokumentit analysoitiin myös aineistolähtöisellä sisällön analyysillä.

7 TULOKSET

7.1 Sairaanhoidajien kokemukset asiakaspalvelukokemuksesta

7.1.1 Ammattitaitoinen henkilökunta

Ammattitaitoisuus koettiin tärkeänä ehtona toiminnalle, jonka varmisti henkilökunnan kokemus, asiantuntijuus ja monipuolinen osaaminen.

Ei oo yhdentekevää ketkä täällä tekee sitä työtä vaan, että ne pitää olla sellaset, jotka osaa ne hommat.

Meillä on ammattitaitoista porukkaa, että suurimmalla osalla on yli 10 vuotta työkokemusta ja ollaan tultu erilaisista toimipisteistä, mistä on varmasti hyötyä.. ollaan oman alamme asiantuntijoita.

Oman ammattitaidon jakaminen kollegiaalisesti mahdollisti parhaan mahdollisen hoidon. Työssä oppimista lisäsi salihenkilökunnan sijoittaminen tiimeihin siten, että osaamisen jakaminen mahdollistui.

Jos ei ite tiä niin aina on semmoinen (kollega) sitten, jolta voi asiaa selvittää.

Sen osaamisalueen mukaan valitaan saliin vähän sitä tiimiä, että siellä on se paras osaaja.

Ammattitaidon kehittäminen ja kehityksessä mukana pysyminen koettiin tärkeäksi. Sairaanhoidajat olivat motivoituneita oman ammattitaidon kehittämiseksi, mutta koulutukseen pääseminen koettiin hankalaksi. Organisaation sisäisiin koulutuksiin pääsi helpommin kuin ulkopuolisen tahon järjestämiin koulutuksiin. Syynä koulutukseen pääsemisen haasteeksi koettiin taloudelliset resurssit.

Kyllähän sen (asiakkaan) kuuluu saada sitä viimeisimmän tutkitun tiedon mukaista hoitoa, että sen takia ne koulutukset on tärkeitä justinsa, että meillä pysyy se ammattitaito... pysytään niin kuin mukana kehityksessä.

Oltas enemmänkin halukkaita koulutukseen ja tämmöiseen, mitä vois ammatillisesti saada, mut sitten ei aina pääse.

Toimintatapojen kehittämisen edellytyksenä pidettiin perusasioiden toimivuutta, kuten henkilöstöressurssien riittävyyttä ja työtehtävien selkeyttä. Toiminnan ja sen epäkohtien kehittämistä toivottiin seurattavan osastopalavereissa.

Pitäis ne peruspilarit saada kasaan ensinnä, että toiminta pyöris ja vois mieltä mitä tässä vois kehittää.

Sairaanhoitajien ammattitaitoisuus korostui jännityksestä ja pelosta kärsivän asiakkaan kohtaamisessa ja koskettamisessa. Ammattitaitoinen sairaanhoitaja tunnisti asiakkaan jännityksen ja tuki häntä henkisesti sairaalassa ollessa ja kotona selviytymiseksi.

Semmoinen pitäisi osata sieltä lukea, että saattaa olla niin jännittynyt... jos sä kosket, niin ne (asiakkaat) saattaa jälkeenpäin sanoa, että rauhoitti.

Kyllä siinäkin pystyy sitä (asiakasta) sillä omalla kannustuksella tsemppaan, että kyllä sä pärjät ja sitten ehkä ne itekin rupee uskoon siihen.

Turvallisuuden tunteen luominen koettiin osaksi ammattitaitoa. Hoitotilanteessa turvallisuuden tunnetta voitiin lisätä ammatillisella vakuuttavuudella. Ammattitaitoista hoitoa pidettiin potilasturvallisena hoitona, jolloin huomioitiin riskit ja niiden torjuminen.

Ilmeisesti me pystytään luomaan kuitenkin (jännityksestä huolimatta) semmoinen fiilis toimenpiteen aikana, että he kokee olevansa turvassa.

Sille (asiakkaalle) tulee sellainen kuva, että hei noi osaa tän homman.

7.1.2 Sujuva prosessi

Leikkausajanvarausprosessi koettiin toimivaksi, kun siihen oli varattu riittävä henkilöstöresurssi puhelimeen vastaamiseksi ja asiakkaiden kontaktoimiseksi. Leikkausajanvaraajan roolia pidettiin merkittävänä leikkausprosessin sujumiseksi. Leikkausprosessin sujuvuus edellytti puhelintyön priorisoimista, henkilöstön ja leikkauskohtaisen välineistön organisointia, asiakkaan riittävää informointia leikkausta varten sekä yhteistyötä lääkäreiden kanssa. Sujuva prosessi koettiin helpoksi ja nopeaksi palveluksi. Henkilökunnan määrän vähentäminen käynnissä olleiden yt-neuvotteluiden johdosta koettiin uhkana prosessin sujuvuudelle.

Monet kyllä kiittelee sitä, että menipäs helposti ja tulipas tää (leikkausajanvaraus) nopeesti.

Täällä on ollut aina henkilö, joka klo 7.30-15.30 vastaa puhelimeen... Se on mun mielestä ollut meidän valttikortti ja se on sitä hyvää asiakaspalvelua ollut saada siihen puheluun vastaus.

Prosessi on mun mielestä ollut sujuva, mutta tähän on tulossa jotakin muutoksia nyt tämän henkilökuntavajeen takia.

Prosessin lähtökohtana nähtiin asiakkaan tarpeet ja toiveet. Henkilöstö oli motivoitunutta prosessin sujuvuuden onnistumiseksi. Leikkausprosessi koettiin nopeatempoiseksi ja muutoksille alttiiksi.

Se, että lähtee sieltä niistä potilaan toiveista ja muista.

Se (prosessin sujumattomuus) ei varmasti ainakaan meidän sairaanhoitajien tahtotila ole, että näin tapahtuisi ja me haluttais toki tarjota sitä parasta.

Leikkausprosessissa koettiin olevan paljon rutiinikäytäntöjä, jotka toistuivat toiminnassa joko hyväksi havaittuina käytäntöinä, hoitoketjun mukaisena toimintana tai tiettyihin velvoitteisiin liittyvinä vastuina. Toisten työntekijöiden työtapojen tunteminen ja rutiinikäytännöt lisäsivät leikkausprosessin turvallisuutta. Rutiinikäytäntöihin kuuluvia

velvoitteita kunnioitettiin ja noudatettiin esimerkiksi kotiutumiskriteerien ja check-listan käytöllä.

...että on ollut varmasti syömättä ja juomatta, tarkistetaan se ja ettei ole käyttänyt tiettyjä lääkkeitä, jotka aiheuttaisi verenvuotoa... Käytetään check-listaa apuna ja se, että me tunnetaan toisemme ja työskentelytavat lisää sitä turvallisuutta.

Vaikka hän haluis lähteä aikaisemmin kotiin niin ei voi päästää ennen kuin on kotiutumiskuntoinen, että kyllähän se aina tietyn leikkauksen kohdalla menee sen tietyn hoitoketjun mukaan meillä.

Vaikka se kysytään monta kertaa, että kumpi jalka, niin se kysytään siinä (ennen leikkausta) vielä.

Leikkausprosessin sujumiseksi työntekijöiden työnkuvien tuli olla selkeät, jolloin jokainen tiimin jäsen tiesi oman tehtävänsä ja kaikki oli kunnossa leikkausta varten. Työnkuvien selkeys edesauttoi toimenpidekohtaisten erityistarpeiden huomiointia ja vastuutti työntekijöitä hoitamaan asioita. Toimenpiteeseen valmistauduttiin etukäteen henkisesti keskittymällä ja leikkaussaliympäristö valmistelemalla.

En muista yhtään kertaa, että olisi joku tavara tai instrumentti jäänyt puuttumaan, jota siinä tarvitaan.

Lääkärit pystyy luottaan siihen, että me hoidetaan täällä se ajanvaraus loppuun asti ja ollaan yhteyksissä lääkäreihin tarvittaessa ja heillä on aina ihminen, keneen ne voi ottaa yhteyttä, jos ne tarvii jotain erityistä leikkausta varten.

Sairaalan tilat, työskentelyvälineet ja laitteet koettiin asianmukaisiksi, toimiviksi ja turvallisiksi. Sairaalaympäristö koettiin viihtyisäksi ja siistiksi. Isoissa leikkauksissa koettiin salitilan kannalta haasteita mahtua ja työvaatteet eivät aina soveltuneet työasentoihin. Asiakkaiden sijoittaminen potilashuoneisiin onnistui intimitietin säilyttäen, mutta avarassa heräämötilassa koettiin intimitietin huomiointi toisinaan ongelmalliseksi.

Meillähän on erittäin siistit, hienot ja hyvät tilat... On hyvät laitteet ja uusitut tilat ja viihtyisät ja turvalliset.

Siinä (heräämössä) voi olla niitä perheitä ja sitten voi olla joku plastiikkakirurginen yhtä aikaa ja noita silmäluomiasiakkaita kävelytetään siitä koko heräämön läpi sinne lepäämään ja niillä voi olla hurjan näköiset silmät siinä... Mun mielestä siinä olis jotain hiomisen varaa.

Leikkausprosessin onnistumiseksi asiakkaan kotiutuminen ja kotona pärjääminen koettiin tärkeäksi osaksi sujuvaa toimintaa. Asiakkaalle annettavat kotihoito-ohjeet käytiin läpi myös suullisesti ja ohjeet annettiin kirjallisena mukaan. Ohjeiden läpikäyminen pyrittiin tekemään kiireettömästi ja kattavasti. Ohjeiden päivittäminen ajantasaisiksi lisäsi potilasturvallisuutta ja sairaanhoitajan varmuutta ohjauksessa. Postoperatiivinen kontaktisoitti koettiin tarpeelliseksi varmistukseksi siitä, että asiakkaan toipuminen oli sujunut ongelmitta ja mahdollisiin poikkeamiin ja kysymyksiin voitiin reagoida.

Joskus on toivonut, että olisi ollut enemmän aikaa sitten viä jäädä käymään niitä jatkoja läpi ja kun jotkut haluaa monta kertaa vielä kertailla niitä.

Välillä tuntee itsensäkin hieman epävarmaksi näitä ohjeita antaessa, että olikohan se näin vai näin, että täytyisi päivittää.

Jälkisoitto, millä sitten pystyy vielä varmistaan seuraavana päivänä yleensä, että onks sille kaikki selvää.

Henkilöstöressurssin riittävyys koettiin tärkeäksi prosessin jokaisessa vaiheessa. Henkilöstöressurssia tarvittiin sairaanhoitajista riittävästi leikkausajanvarauksien tekemiseen, puhelimeen vastaamiseen, potilaan ja lääkärin toiveiden mahdollistamiseen sekä perustyön eli leikkausten tekemiseen. Meneillään olleiden yt-neuvotteluiden vuoksi koettiin henkilöstöressurssin vähentämisen vaikuttavan negatiivisesti prosessin sujuvuuteen ja aiheuttavan muutoksia toiminnan organisointiin. Uhkaksi koettiin, että ei voitaisi enää palvella asiakkaita yhtä hyvin kuin ennen. Kiireeseen voitiin vaikuttaa leikkaussalipluunalla, jolla toimintaa pyrittiin suunnitelmallisesti tasoittamaan.

Jos me ei jatkossa pystytäkään varaan niitä leikkauksia niin nopeasti kuin haluttais sen takia, että meitä ei oo.

Vaatii meiltä nyt vähän enempi sitä ajattelua, että miten me saadaan se prosessi pysymään hyvänä, että ei me haluta sen vaikuttavan laatuun, vaikka me joudutaan vähemmällä väellä tehdä.

Meidän täytyy rytmittää niitä toimia päivän mittaan niin, että toiminta tapahtuu yhdessä salissa ja silloin jompikumpi varmaan kärsii siitä parhaasta mahdollisesta, potilasasiakas tai sitten se lääkäriasiakas.

7.1.3 Asiakslähtöisyys vuorovaikutuksessa

Asiakslähtöisyys koettiin asiakkaan mahdollisuutena vaikuttaa ja osallistua omaan hoitoonsa. Asiakkaan toiveiden ja mielipiteiden kuunteleminen ja huomioiminen koettiin tärkeäksi yksilöllisen hoidon toteutuksessa. Henkilöstö koki, että asiakkaan mahdollisuudella vaikuttaa omaan hoitoon, oli positiivinen vaikutus asiakkaan kokemukseen. Sitä pidettiin myös kilpailuvalttina ja asiakslähtöisyys kuvasi vallitsevaa hoitokulttuuria.

Varataan sitä aikaa sillain kuinka hän haluaisi. Sitten jälkitarkastukset ja ompeleen poisto, ei vaan luoda sitä aikaa, että mä varasin sulle tämmösen ajan vaan kysytään pääsisiks tulee kuinka?

Se on ollut meidän toiminnan ykkösprioriteetti, että asiakas sais päättää.

Se perehdytys minkä mä oon saanut, niin kyllä se mun mielestä tähtää siihen, että se potilas on tavallaan se joka sanoo, että kuinka hänelle olisi paras.

Asiakkaan yksilöllinen huomioiminen tarkoitti asiakkaiden henkilökohtaisten tarpeiden tunnistamista prosessin aikana esimerkiksi jännityksen, tiedontarpeen, kotiutumisen tai aikaisempien leikkauskokemusten suhteen. Yksilöllisiin tarpeisiin vastaamalla hoito koettiin asiakkaan näkökulman huomioivaksi.

Ollaan oikeasti aidosti kiinnostuneita siitä asiakkaan asiasta.

Kyllä sun täytyy vähä osata lukeakin sitä asiakasta, että mitä se tarvii.

Se prosessi katotaan sen yksilön näkökulmasta, se on sitä hyvää palvelua.

Asiakaslähtöinen toiminta koettiin laadukkaana hoitona, jonka asiakas määritteli yksilöllisesti. Yksilöllisyydellä pyrittiin asiakkaiden tyytyväisyyteen toimintaa ja hoitoa kohtaan.

Asiakashan määrittelee miten laadukasta sen käynti on ollut.

Kaikille ei se nopeus merkkää vaan se laatukin on semmoinen asia, että se voi yksilöille olla eri asia.

Asiakkaan ensikohtaamisen koettiin olevan merkityksellinen ja mieleen painuva. Ensikohtaamisessa pyrittiin positiiviseen ja rauhalliseen kohtaamiseen siten, että se olisi kaikille asiakkaille samanlainen. Hyvälle ensikohtaamiselle uhkana koettiin kiire tai myöhästymisen. Asiakkaan ja sairaanhoitajan kohtaamisessa sairaanhoitajan rooli osoitautui neuvovaksi ja ohjaavaksi sekä pyrkimykseksi toimia asiakkaan parhaaksi.

Ensikohtaamisen pitäisi olla kaikille samanlainen.

Se ensimmäinen kohtaaminen on se tärkein.

Asiakkaan kanssa käytävä vuorovaikutus oli sanallista ja sanatonta, eleistäkin saattoi tulkita asiakkaan vuorovaikutushalukkuutta tai jännitystä. Koskettaminen ja potilaan lähellä oleminen koettiin rauhoittavaksi. Asiakasta rohkaistiin vuorovaikutukseen ja hänet otettiin halutessaan mukaan keskusteluun leikkaussalissa, jossa hän oli osa tiimiä.

Kyllähän sen aika nopeasti huomaa, että kuka haluaa enemmän keskustella ja kysellä, niin kyllä ne sitten sen tuo julki.

Asiakkaat kokee, että se on hyvää vuorovaikutusta, että mun mielestä me otetaan heitä mukaan ja he saa osallistua siihen tilanteeseen.

Vuorovaikutuksessa pyrittiin asiakkaalle ymmärrettävään kieleen ja tarvittaessa hänelle suomennettiin latinankielisiä ilmaisuja. Positiivisuuden ja huumorin käytön vuorovaikutuksessa koettiin lisäävän turvallisuuden tunnetta. Henkilöstön välinen vuorovaikutus salityössä koettiin positiiviseksi, joskin siinä tuli huomioida asiakkaan yksilöllisyys.

Positiivinen ja hyvä huumorintajuinen ilmapiiri luo siihen asiakkaaseen sitä luottamusta siitä, että noi osaa, koska niillä on noin helppoa ja niillä on varaa olla rentoja ja ne osaa ton homman.

Kun ollaan tuttuja ja vitsaillaan ja näin, että miten se asiakas sen kokee... Useinhan ne ottaa sen ihan huumorilla ja lähtee siihen mukaan, mutta tietysti on niitäkin, jotka pitää osata lukea tai tunnustella sitä asiakasta, että lähteekö se siihen mukaan vai ei.

Asiakkaan riittävä informointi sairaalassa ollessa koettiin tärkeäksi vuorovaikutuksen alueeksi. Ennen toimenpidettä asiakas tapasi leikkaavan lääkärin ja sairaanhoitajan ja toimenpidekohtaisesti myös anestesia­lääkärin ja fysioterapeutin. Henkilöstö piti tärkeänä kertoa asiakkaalle päivän kulusta ja pitää hänet ajan tasalla. Informaation antamisella koettiin olevan yhteys turvallisuuden tunteen lisääntymiseen ja hyvään kokemukseen.

Ainakin hoitajat pyrkii siihen, että kerrotaan mikä vaihe, mitä tässä tapahtuu ja mitä tehdään.

Kirurgi tulee, sit anestesia­lääkäri vielä juttelee niin se saattaa rauhoittaa, että semmonen on tosi tärkeätä, että niillä on se hetki siinä ennen toimenpidettä.

Omaisten huomioiminen koettiin hyväksi, heidät otettiin asiakkaan hoitoon mukaan ja heitä informoitiin tulotilanteessa ja kotiutumisen yhteydessä. Omaisten kanssa käytiin läpi kotihoito-ohjeita ja hän pääsi asiakkaan huoneeseen mukaan, jos asiakas näin toivoi. Heräämö pyrittiin rauhoittamaan omaisista muiden asiakkaiden toipumisen ja intimitetin turvaamiseksi.

Kaikki huomioi kyllä omaisiakin, jos on saattaja tossa niin pyydetään alkuun mukaan ja sit kerrotaan koska ollaan yhteydessä täältäpäin, että koska sitten se potilas on täältä haettavissa kotiin.

Jos on se hakija siinä, kun mä annan niitä jälkihoito-ohjeita niin mä pyrin ottaan heidät mukaan siihen.

Erilaisten poikkeamatilanteiden informoiminen asiakkaalle vaati sairaanhoitajalta vuorovaikutustilanteessa kykyä pyrkiä kääntämään negatiiviseksi koettu tilanne vähintäänkin neutraaliksi kokemukseksi. Suunnitellusta toimenpideajasta myöhässä olemista pahoiteltiin asiakkaalle ja se pyrittiin korvaamaan jotenkin. Odottamisen koettiin vaikuttavan negatiivisesti asiakkaan kokemukseen. Leikkaukseen liittyvästä pahoinvoinnista tai kivusta koettiin asiakkaalle aiheutuvan leikkauspelkoa tulevaisuuteen.

Vaikka ne ottais sen (odottamisen) hyvin niin niitä silti varmaan harmittaa.

Sit on tarjottu kahvit tai jotain sille, joka joutuu odottamaan.

Kyllä se (kipu ja pahoinvointi) varmaan jää sinne semmoseks peikoks tavallaan, että jos sille tulee seuraava leikkaus, niin se on se asia, jota se pelkää eniten.

7.1.4 Toimiva työyhteisö

Moniammatillinen yhteistyö koettiin toimivaksi sairaalan sisällä. Yhteistyö lääkäreiden kanssa oli sujuvaa asiakkaan asioiden selvittämiseksi ja hoitamiseksi. Moniammatillisen yhteistyön sujuvuuden uskottiin luovan asiakkaalle kuvan osaavasta henkilöstöstä ja turvallisuuden tunteen leikkausprosessin kaikissa vaiheissa. Sairaalan sisällä sairaanhoitajat tekivät yhteistyötä lääkäreiden, sihteerin, tilahuoltajan ja välinehuollon kanssa.

Varsinkin leikkaavien lääkäreiden kanssa yhteistyö on hyvää.

Sihteeri, jonka kanssa tehdään päivittäin yhteistyötä ja pohditaan näitä prosessin kulkuun liittyviä asioita, että hän on tärkeä linkki meidän työn sujuvuutta ja prosessia ajatellen.

Sisäisten palveluiden kanssa tehtävä yhteistyö koettiin tarpeelliseksi, mutta siinä koettiin olevan kehitettävää. Fysioterapeutin käynti postoperatiivisesti saattoi jäädä toteutumatta informaatiokatkoksen takia tai muiden sisäisten palveluiden kanssa yhteistyö ei aina sujunut odotetulla tavalla.

On ollut taas pitkä aika, että niitä (fysioterapeutteja) ei oo näkynyt ollenkaan, mutta nyt ne on taas yhtäkkiä tupsahtanut, etten mä tiedä onko niillä ollut sitten jotain.

Röntgenin kanssa yhteistyö toimii, mutta ei välttämättä niittenkään kanssa tiedetä kaikista toimintatavoista.

Työyhteisön ilmapiiri koettiin hyväksi, avoimeksi ja tasavertaiseksi. Ilmapiirin uskottiin välittyvän asiakkaille ja sitä kautta luovan myös turvallisuuden tunnetta hyvän tunnelman kautta. Pienen työyhteisön koettiin olevan erityinen etu me-hengen syntymiseksi työyhteisössä, joskin ristiriidatkin näkyivät selvemmin.

No se on ollut tosi hyvä ja semmoinen avoin ja tasavertainen.

Meidän tällä ydinjoukolla eli hoitotyöntekijöillä meillähän on tosi hyvä yhteishenki, tehdään yhdessä paljon asioita.

Keskustellaan avoimesti asiasta ja välillä huudetaan ja välillä itketään ja välillä nauretaan, että se on se, hyvä ilmapiiri kaiken a ja o.

Käynnissä olleet yt-neuvottelut ja tuore esimiehen vaihtuminen koettiin uhkaksi työyhteisön hyvälle ilmapiirille ja työnilolle. Muutoksen koettiin vaikuttavan negatiivisesti työhön keskittymiseen, ilmapiiriin, työmotivaatioon ja arvostuksen kokemiseen.

Toivotaan vaan, että saadaan joku järki tähän muuhun organisaatiosysteemiin niin se (hyvä ilmapiiri) pysyykin.

Kyllä se vaikuttaa kaikkeen keskittymiskykyyn, että välttämättä nyt ei tehdä ihan täydellä teholla sitä työtä, ei pysty keskittyä siihen olennaiseen, ajatukset harhailee ja sit just mieltii tätä, että miten koko hoitoprosessi tulee tästä sujuun, jotenkin elää tällä hetkellä päivän kerrallaan, että kunhan nyt tästä päivästä selviäis, että jaksais hymyillä tän päivän ja menee sitten vaikka kotiin itkemään.

Arvostusta koettiin saatavan kollegoilta ja lääkäreiltä. Arvostus osoitettiin usein sanattomasti tai positiivisena palautteena. Positiivista palautetta kaivattiin enemmänkin annettavaksi. Arvostus näkyi luottamuksena, sujuvana työntekona, auttamisena ja erilaisien työtapojen ja mielipiteiden hyväksymisenä. Lääkärit arvostivat sairaanhoitajien ammattitaitoa.

Autetaan tarvittaessa ja kuunnellaan toistenkin mielipiteitä ja otetaan huomioon toisen työskentelytapa, eikä puututa siihen toisen työskentelyyn.

Varsinkin lääkärit mun mielestä arvostaa, että täällä on hyviä hoitajia.

Esimieheltä ja johdolta ei koettu saatavan arvostusta. Esimiehen vaihtumisen vuoksi koettiin, ettei henkilöstöä ja heidän osaamistaan tunneta vielä.

Esimieheltä ei tällä hetkellä arvostusta saa, hän ei vielä varmaan tunne meitä, että tulee enemmänkin sitä lyttäämistä kuin arvostamista.

Tuntuu, että johto ei arvosta kun on tämmöseen tilanteeseen päästetty, että meillä on vähän työntekijöitä ja joudutaan tekeen näin radikaaleja muutoksia näihin prosesseihin.

7.2 Asiakkaiden kokemukset asiakaspalvelukokemuksesta

7.2.1 Ammattitaitoinen henkilökunta

Asiakkaat kokivat lääkärit ja henkilöstön ammattitaitoiseksi. Ammattitaitoisuus oli hyvän ja turvallisen hoidon perusta. Asiakkaat kokivat henkilöstön huolta pitävänä, kuuntelevana, ystävällisenä ja mukavana. Asiakkaat kokivat kiitollisuutta saamastaan hoidosta.

Kiitos hyvästä huolenpidosta ja hyvästä hoidosta koko sairaalan porukalle.

Kiitos koko sairaalan henkilökunnalle –olette ammattitaitoisia ja ystävällisiä, oli niin turvallinen olo.

Olen myös erittäin kiitollinen leikkaavalle lääkärielleni...

7.2.2 Sujuva prosessi

Prosessin sujuvuus koettiin asiakasuskollisuutta lisäävänä asiana. Asiakkaat kokivat hyvin menneen prosessin saavan heidät palaamaan uudestaan samaan hoitopaikkaan. Prosessin joustavuus koettiin sen toimivuutena, jolloin asiakkaan toiveita pystyttiin toteuttamaan.

Kokemus Mehiläisessä oli paljon miellyttävämpi ja tulemme varmasti jatkossa käyttämään Mehiläistä lapsen terveydenhoidossa. Täällä homma toimi.

Koko prosessi mennyt alusta lähtien niin joustavasti ja hyvin.

7.2.3 Asiakaslähtöisyys vuorovaikutuksessa

Asiakaslähtöisyys vuorovaikutuksessa ja asiakaslähtöinen toiminta koettiin yksilöllisenä paneutumisenä asiakkaan hoitoon. Hoidettavana oleminen tuotti tyytyväisyyttä ja asiakkaat kokivat olleensa etuoikeutettuja. Omaisten huomioiminen ja mukaan ottaminen koettiin hyväksi.

Kiitos lääkärille... paneutuvasta otteesta työhön. Ihanaa, että joku ottaa tosissaan.

On ollut ilo olla teillä hoidettavana ja tarjoilut ovat olleet myös ruhtinaallisia.

Odottaminen koettiin negatiivisena kokemuksena. Odottamiseen liittyi jännityksen lisääntymistä ja informaation puute lisäsi epätietoisuuden tunnetta.

Lapset ravinnotta ja jännittyneitä, joten odottaminen todella pitkää.

Ikävintä oli, ettei kukaan käynyt tilanteesta informoimassa odotellessamme! Luulin jo tullemme vääränä päivänä.

8 POHDINTA

8.1 Eettiset kysymykset

Eettisyys koskee tutkimuksen laatua, johdonmukaisuutta, perustelemista, tiedon julki-
suutta ja puolueettomuutta. Tutkimuksen eettisyys edellyttää tutkijan noudattamaan
hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvä tieteellinen käytäntö toteutuu, kun tutkija noudattaa
rehellisuutta, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, esit-
tämässä ja tutkimusten arvioinnissa. Lisäksi tutkijan tulee soveltaa tutkimuksen kritee-
rien mukaisia ja eettisesti kestäviä menetelmiä tutkimuksen teossa. Hyvän tieteellisen
käytännön mukaisesti tutkimus tulee olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityis-
kohtaisesti vaatimusten edellyttämällä tavalla ja sen tulee ottaa muiden tutkijoiden työ
ja saavutukset asianmukaisesti ja kunnioittavasti huomioon niiden tuloksien julkaisemi-
nessä. (Hirsjärvi ym. 2006, 24; Tuomi & Sarajärvi 2009, 126-127, 132-133.)

Tutkimuseettisten periaatteiden tunteminen ja niiden mukaan toimiminen on jokaisen
tutkijan omalla vastuulla, jolloin kyse on myös tutkijan omasta näkemyksestä hyvästä ja
pahasta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytettävien tiedonkeruumenetelmien avoi-
muus ja vuorovaikutuksellisuus asettavat tutkijan institutionaaliseen asemaan, jolloin
tutkimusta tehdessään hänen tulee tehdä ratkaisuja tieteen etiikkaa noudattaen ja siihen
sitoutuen. (Hirsjärvi ym. 2006, 23; Tuomi & Sarajärvi 2009, 125-127.)

Aiheen valintaan liittyy eettisiä kysymyksiä koskien sen merkitystä, toteutettavuutta ja
yhteiskunnallista vaikuttavuutta. Aihetta tulisi pohtia ennen sen valintaa ja selkeyttää
tutkimuksen tarkoitusta ja näkökulmaa. Tutkimustehtävät tai -kysymykset tuovat julki
tutkimuksen kohteen ja sen, kenen ehdoilla tutkimusaihetta tarkastellaan. Tutkimuskoh-
teen tulee määräytyä oman tieteen alan arvolähtökohdista, ihmiskäsityksestä ja toimin-
nan tavoitteista. Valmiin tutkimuksen luomaa merkitystä tulisi pohtia ennen siihen ryh-
tymistä vaikka se on usein helpompaa nähdä selkeämmin jälkikäteen. (Hirsjärvi ym.
2009, 24; Tuomi & Sarajärvi 2009, 129-130.)

Opinnäytetyön aihe nousi työelämästä ja sen valintaa pohdittiin opinnäytetyön tekijän
esimiehen ja organisaation kehityskoordinaattorin kanssa. Aihe nousi organisaation stra-
tegisestä tavoitteesta, jolloin se koettiin tärkeäksi ja arvokkaaksi. Opinnäytetyöllä pyrit-

tiin selkeyttämään organisaation strategista tavoitetta käytännönläheisemmäksi toimipisteessä.

Ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen eettisen perustan tulee kunnioittaa tutkimukseen osallistuvien ihmisten itsemääräämisoikeutta. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja se tulee olla mahdollista keskeyttää kesken tutkimuksen, sekä myöhemmin tulee olla mahdollisuus kieltää itseä koskevan aineiston käyttäminen. Tutkijan tulee selvittää ymmärrettävästi osallistuville henkilöille tutkimuksen tavoitteet, menetelmät, tulevat tapahtumat ja mahdolliset haitat osallistumiseen liittyen sekä varmistaa heidän perehtyneisyytensä annettuun informaatioon. Osallistujille tulee taata nimettömänä pysyminen tietojen järjestämisessä. Anonymiteetin säilyttämisestä on etua myös tutkijalle, sillä se lisää tutkijan vapautta käsitellä hankaliakin aiheita aiheuttamatta tiedonantajille haittaa. Anonymiteettiä ei saisi kuitenkaan käyttää välineenä ilmaistakseen epäasiallisia ja perättömiä kommentteja ihmisistä tai organisaatioista. Tutkija voi harkintansa mukaan jättää epäasiallisia kommentteja pois, mutta valikointia on syytä perusteellisesti pohtia. (Hirsjärvi ym. 2009, 25; Mäkinen 2006, 114-115; Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

Tiedonantajien anonymiteetti säilytettiin kirjallisessa suostumuksessa mainitulla tavalla. Teemahaastattelumateriaali litteroitiin Sairaala Mehiläinen Tampereen osastosihteerin toimesta, jolloin hänet oli informoitu materiaalin salassa pitämiseksi.

Haastattelua käytettäessä tiedonkeruumenetelmänä tulee tiedonantajaa informoida haastattelun nauhoittamisesta, tutkimusaineiston säilytyksestä ja tuhoamisesta. Teemahaastattelu kulkee yleisimmin aiheilistan ohjaamana, joka tulee olla tiedonantajan tutustuttavissa ennen haastattelua. Haastattelijan tulee pyrkiä tukemaan tiedonantajaa haastattelu-tilanteessa löytääkseen ajatuksilleen merkityksiä, kuitenkin johdattelematta tiedonantajan vastauksia. Haastattelijan tulee pyrkiä esiintymään tietämättömänä omaa kantaansa paljastamatta ja tavoitella totuutta ja tiedon löytymistä tiedonantajalta. (Mäkinen 2006, 94-97.)

Opinnäytetyön tiedonantajat valittiin heidän vapaaehtoisuuttaan kunnioittaen ja suostumus kysyttiin sekä suullisesti, että kirjallisesti. Suostumuksen yhteydessä annetussa tiedotteessa kerrottiin mahdollisuudesta keskeyttää osallistuminen. Lisäksi siinä informoitiin tiedonantajia haastatteluiden toteuttamisesta, luottamuksellisuudesta ja materi-

aalin säilyttämisestä. Teemahaastattelut toteutettiin joustavasti työaikana tiedonantajien ohjatussa keskustelua ja haastattelijan pyrkiessä tarkentaviin kysymyksiin. Dokumentit kerättiin laatuyhteyshenkilöltä tutkimusluvan saamisen jälkeen.

Opinnäytetyön kirjoittaja on vastuussa tutkimusprojektinsa raportoinnin eettisyydestä, sen tulosten luotettavuudesta, julkaistun tekstin oikeakielisyydestä ja tekstissä käytetyistä lainauksista. Tutkijan tulee analysoida tutkimustaan aktiivisesti ja kriittisesti, sekä pyrkiä avoimuuteen ja selkeyteen sen raportoinnissa. (Mäkinen 2006, 123-124.)

8.2 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus näyttäytyy tutkimusprosessin luotettavuuden arviointina. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa totuudenmukaista tietoa kokemusmaailmojen yhdistämisestä. Tutkijan keskeinen asema luotettavuuden arvioinnissa näyttäytyy omana pohdintana tutkimusprosessin sisällöstä. (Eskola & Suoranta 2003, 210-211.)

8.2.1 Uskottavuus

Uskottavuus luotettavuuden kriteerinä osoittaa vastaako tutkijan tulkinta tutkittavien käsityksiä kohdeilmioista ja vastaako tutkimus sen tavoitteeseen. Tutkimusotteen induktiivisuus edellyttää tutkijalta aineiston perinpohjaista tuntemista ja riittävän pitkää vietettyä aikaa tutkittavien parissa. Tutkittavaa ilmiötä käsitellään laadullisessa tutkimuksessa pyrkien yksittäisistä havainnoista ilmiön yleisiin merkityksiin lisäten tutkittavan ilmiön ymmärtämistä. (Eskola & Suoranta 2003, 211; Hirsjärvi ym. 2013, 266-267.) Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli Sairaala Mehiläinen Tampereen asiakaspalvelukokemuksen arvon lisääminen asiakkaalle ja henkilöstön näkökulmien esiin tuominen. Tulokseksi saatiin henkilöstön kokemuksia asiakaspalvelukokemuksesta ja siihen vaikuttavien asioiden nykytilanteesta. Lisäksi potilaspalautedokumenteista saatiin asiakkaiden kokemuksia asiakaspalvelukokemuksesta. Tulosten perusteella voitiin todeta asiakkaiden ja henkilöstön kokemusten tukevan toisiaan sekä ymmärtää paremmin asiakaskokemukseen vaikuttavia tekijöitä.

Tutkimuspäiväkirjan kenttämuistiinpanojen käyttäminen edesauttavat tutkijan oman äänen esiintuloa ja vahvistaa tutkimuksen uskottavuutta. Tutkimusprosessin aikana muistiin kirjatut tutkijan ajatukset, kysymykset, oivallukset ja havainnot ovat apuna aineiston analyysivaiheessa ja tutkimuksen kirjallisen osion tuottamisessa. (Hirsjärvi ym. 2013, 266-267.) Tutkimuspäiväkirjan pitäminen edesauttoi opinnäytetyön tekijän tutkimusprosessin aikana tulleiden ajatusten ja ideoiden muistiin palauttamista analyysivaiheessa ja tutkimusraporttia kirjoittaessa.

Triangulaatio tarkoittaa eri metodien, useampien tutkijoiden, erilaisen tutkimusaineiston tai teorioiden yhdistämistä samassa tutkimuksessa. Tutkimuksen validiutta voidaan tarkentaa aineistotriangulaatiolla, jolloin yhdistetään useampi aineistonkeruumenetelmä. Nämä aineistonkeruumenetelmät täydentävät toisiaan tai valottavat eri näkökulmia tutkittavasta ilmiöstä. Näkökulmat yhdistetään tutkimuksen lopussa tutkimusilmiön laajemman ja syvemmän ymmärtämisen apuna todellisuuden löytymiseksi. Tutkimusaineiston triangulaatiossa tietoa kerätään useilta eri tiedonantajilta, esimerkiksi potilailta, hoitajilta ja valmiista aineistoista. Haasteen triangulaatiolle asettaa eri menetelmien loogisen yhdistämisen onnistuminen kokonaisuutena. (Hirsjärvi ym. 2009, 233; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 75-77; Tuomi & Sarajärvi 2009, 143-145.) Teemahaastatteluiden tekeminen tiedonantajille ja dokumenttien kerääminen potilaspalautteiden avulla tukevat tässä opinnäytetyössä ajatusta aineistotriangulaatiosta.

8.2.2 Vahvistettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi tutkimusprosessi tulee kuvata huolellisesti, loogisesti ja yksityiskohtaisesti. Tutkijan tulee kertoa mitä tutkimuksen aineistonkeruussa on tehty ja miten saatuihin tuloksiin on päädytty pilkkomalla tulkinnat riittävän pieniin ja seurattaviin vaiheisiin. Aineiston analyysin yhteydessä tehdyn luokittelun vaiheita ja sitä seurannutta tulkintaa voi sisällyttää tutkimustekstiin tutkijan kirjoittaman päiväkirjan avulla. Tulosten tulkinnan tarkkuutta lisää tutkijan kyky perustella ja punnita päätelmiään. Haastattelututkimuksessa seurattavuutta helpottaa aineistonkeruun tarkka kuvaus ja katkelmien esittäminen aineistosta tulosten perustelemiseksi. (Eskola & Suoranta 2003, 212, 216-219; Hirsjärvi ym. 2013, 232-233.) Tässä opinnäytetyössä aineisto kerättiin teemahaastatteluiden ja dokumenttien avulla ja ne analysoitiin aineis-

tolähtöisellä sisällön analyysillä. Analyysi raportoitiin vaiheittain ja esimerkkejä käyttäen objektiivisuuteen pyrkien.

Tutkimuksen vahvistettavuuden saavuttamiseksi tutkijan tulee saada tukea tehdyille tulkinnoilleen toisista vastaavaa ilmiötä tarkastelleista tutkimuksista (Eskola & Suoranta 2003, 212). Tämän opinnäytetyön tuloksille ja tulkinnoille löytyi tukea aikaisemmista tutkimuksista. Tulokset esitettiin esiin nousseiden teemojen mukaisesti.

Laadullisessa tutkimuksessa aineisto kootaan rajatusta aiheesta, jossa tutkijan osuus on aktiivinen. Koottu aineisto on tutkijan ajattelun, ideoinnin ja pohdinnan lähde, josta päädytään analyysin kautta tulkintaan. Tulkinnan moninaisuuden mahdollisuudet saattavat johtaa samasta aineistosta erilaisiin tulkintoihin eri tutkijoilla. Tutkijatriangulaatio eli useamman tutkijan käyttäminen aineistonkeruussa, tulosten analysoinnissa ja tulkitsemisessä lisäävät tutkimuksen vahvistettavuutta ja tutkittavan ilmiön ymmärtämistä laajemman katsontakannan avulla. (Eskola & Suoranta 2003, 214-217, 229; Hirsjärvi ym. 2013, 233.) Tässä opinnäytetyössä ei käytetty tutkijatriangulaatiota, joka olisi lisännyt sen luotettavuutta.

8.2.3 Reflektiivisyys

Reflektiivisyudessa on kyse tutkijan ainutlaatuisesta tavasta käsitellä aineistoa sen näkemyksen kautta, joka hänellä on yksityiskohtaisen ilmiöön perehtymisen pohjalta. Tutkijan tulee olla tietoinen omasta roolistaan tapahtumissa ja tutkimuksen kulussa. Tutkija arvioi ja raportoi systemaattisesti omaa mahdollista subjektiivista vaikutustaan aineiston keruuseen ja tutkimusprosessiin. Tutkijan omat ennako-oletukset, näkemykset ja näkökulmat ohjaavat ongelmanasettelua ja tulosten tulkintaa, joskin niiden esiintuomisessa pyritään kielellisesti ja ajatuksellisesti maltilliseen objektiivisuuteen. (Eskola & Suoranta 2003, 212; Hirsjärvi ym. 2013, 165, 310.)

Opinnäytetyön tekijän kokemus tutkittavasta ilmiöstä ja kohdeorganisaatiosta saattoivat vaikuttaa tutkimusprosessiin ja heikentää näin opinnäytetyön reflektiivisyyttä. Opinnäytetyön tekijä teemahaastatteli kollegojaan, jotka tunsivat hyvin. Aikaisempi esiymmärrys aiheesta hankittiin kohdeorganisaation intranet-sivuilta, koulutuksista, kirjallisuudesta ja aiemmista tutkimuksista. Opinnäytetyön tekijä kuitenkin pyrki koko tutkimusprosessin

ajan olemaan neutraali omien näkökulmien suhteen ja puolueeton minkään asian vaikuttamiseksi tuloksiin sekä oikeudenmukainen tutkimuksen osapuolia kohtaan.

8.2.4 Siirrettävyys

Tutkimuksen siirrettävyydellä tarkoitetaan sen tulosten siirrettävyyttä vastaaviin tilanteisiin ja se on mahdollista tietyin ehdoin. Parhaiten tutkimuksen tulokset voidaan siirtää samankaltaisiin ympäristöihin kuin alkuperäistutkimuksessa, ottaen kuitenkin huomioon sosiaalisen todellisuuden monimuotoisuus ja yleistettävyyden esteet. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138.)

Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää osittain hyödyksi muissa Mehiläinen Oy:n sairaaloissa, joskin niiden yleistettävyyttä näihinkään toimipisteisiin suoraan ei voi tehdä. Tulokset ovat sidoksissa Sairaala Mehiläinen Tampereen toimintaan ja siellä koettuun maailmaan. Tämän opinnäytetyön tulokset ovat lisäksi opinnäytetyön tekijän tulkinta asiakaspalvelukokemuksesta juuri tässä työssä käytetyn aineiston pohjalta.

8.3 Tulosten pohdinta

8.3.1 Ajatuksia asiakaspalvelukokemuksesta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitajien ja asiakkaiden kokemuksia asiakaspalvelukokemuksesta. Opinnäytetyötä ohjasi kaksi tutkimuskysymystä, joista ensimmäinen oli millaiseksi sairaanhoitajat kokevat asiakaspalvelukokemuksen?

Sairaanhoitajat kokivat asiakaspalvelukokemuksen rakentuvan ammattitaitoisesta henkilökunnasta, sujuvasta prosessista, asiakaslähtöisestä vuorovaikutuksesta ja toimivasta työyhteisöstä.

Potilailla on vahva luottamus sairaanhoitajien ammattitaitoon, osaamiseen ja heidän suorittamiin hoitotoimenpiteisiin (Salminen 2014, 39). Hoitohenkilöstön osaaminen ja ajan tasalla pysyminen tulisi turvata hoidon laadun ylläpitämiseksi ja parantamiseksi

(Teerijoki 2008, 54). Yli kymmenen vuoden työkokemuksen omaavat sairaanhoitajat arvioivat oman ammatillisen pätevyytensä muita korkeammaksi ja työn tuloksellisuuden hallinnan vahvemmaksi (Hamström 2009, 51; Mäkelä & Suominen 2003, 126). Uusien taitojen oppiminen koetaan perioperatiivisen hoitohenkilökunnan keskuudessa helpoksi ja ammattitaitoisuudella koetaan voitavan vaikuttaa potilaan hoidon laatuun (Mäkelä & Suominen 2003, 126, 132). Ammattitaitoinen, kokenut ja osaava henkilökunta on päiväkirurgisen toiminnan lähtökohta sen erityisten vaatimusten, kuten nopeatempoisuuden ja laaja-alaisuuden vuoksi. Päiväkirurgisen hoidon lisääntyminen ja erityisvaatimukset useiden eri kirurgisten alojen hallitsemiseksi asettaa tarpeita henkilökunnan jatkuvalla koulutukselle. Pre-, intra- ja postoperatiivisessa vaiheessa saattaa asiakasta hoitaa sama hoitohenkilökunta, jolloin tietojen ja taitojen hallintaa tulee tukea ja kehittää. Henkilökunnan ammattitaitoisuus luo turvallisuuden tunnetta asiakkaille perioperatiivisessa hoitotyössä.

Oman ja kollegoiden työtapojen kehittäminen ja muuttaminen lisää leikkaussalisairaanhoitajien tunnetta itsenäisestä työstä ja työn tuloksellisuuden hallinnasta. Tutkitun tiedon hyödyntämiseksi hoitohenkilöstö tarvitsee koulutusta ja opastusta. (Mäkelä & Suominen 2003, 135-136.) Henkilökunnan erityisosaaminen ja vastuualueiden hoitaminen kehittävät toimintaa, jolloin sille tulee myös löytää aikaa ja taloudellisia sekä henkilöstöresursseja. Asiantuntijuus hoitotyössä merkitsee pitkällä olevaa ja syventynyttä tietotaitoa jonkin kirurgisen osa-alueen hallitsemiseksi, sen ylläpitäminen ja kehittäminen koetaan ilmenevän hoitotyössä laatuna.

Päiväkirurgisen prosessin nopeatahtisuus asettaa haasteita hoidon ennakoinnille, hoidon tapahtumien vaistoamiselle ja toipumisen turvallisuuden takaamiselle (Klemetti 2003, 158-159). Leikkausten peruuntumisen syyt ovat usein organisaatiosta johtuvia, tiedonkulku ja potilaiden informoiminen ovat keskeisiä asioita hoitoprosessin sujuvuudelle. Potilaan perussairausten tai välineistön puuttumisen vuoksi peruuntuneet leikkaukset voitaisiin välttää riittävällä esiohjauksella ja informaation kulkemisella. (Töyräs, Niskanen & Delezuch 2014, 138.) Leikkausprosessin preoperatiivisessa vaiheessa korostuu leikkausajanvarauksen tekemisen sujuvuus ja onnistunut valmentaminen ja valmistautuminen toimenpiteeseen. Työnkuvien selkeys edesauttaa valmistautumisessa toimenpiteeseen, jolloin tiedetään jokaisen työntekijän vastuu prosessissa. Prosessin sujuvuus merkitsee toimivia käytäntöjä ja asiakkaan toiveen kuulemistä.

Toiminnan taloudellisuus, sujuvuus ja turvallisuus ovat valittujen toimintatapojen lähtökohtana päiväkirurgisessa hoitotyössä. Toiminnan perusteleva ja arviointi vaikuttavuuden saavuttamiseksi on välttämätöntä potilaiden tarpeisiin vastaamiseksi. Päiväkirurgista hoitoa ohjaavat standardoidut kriteerit kuten kotiutus-kriteerit ja jälkisoitto, jotka lisäävät hoidon turvallisuutta ja vähentävät toimenpiteen jälkeisiä komplikaatioita. (Klemetti 2003, 158-159.) Intraoperatiivisessa vaiheessa on paljon rutiinikäytäntöjä, joiden avulla luodaan turvallisuutta hoitoon. Asiakkaan ja työyhteisön hyväksi toimiminen prosessissa lisäävät turvallisuuden tunnetta ja kotona pärjääminen leikkauksen jälkeen helpottuu. Sujuva prosessi vaatii henkilöstöresursseja onnistuakseen asiakkaalle turvallisella ja tyytyväisyyttä herättävällä tavalla.

Potilaiden yksilöllisiä tarpeita ja toiveita tulisi huomioida paremmin ja antaa potilaille enemmän vaikutusmahdollisuuksia omaan hoitoon (Teerijoki 2008, 53). Asiakaslähtöinen toiminta tarkoittaa päiväkirurgisen asiakkaan osallistumista ja mahdollisuutta vaikuttaa omaan hoitoaan koskeviin päätöksiin ja asioihin. Asiakkaiden henkilökohtaisia tarpeita tulee kuunnella ja ottaa ne huomioon. Henkilökohtaiset tarpeet voivat liittyä tiedontarpeeseen, omaisten huomioimiseen, jännityksen helpottamiseen tai muihin pelkoihin ja asioihin. Jokainen asiakas tulee kohdata yksilöllisesti henkilökunnan kiireestä, aikataulusta ja työn nopeitempoudesta huolimatta. Asiakaslähtöinen toiminta vaatii siten riittävää henkilöstöresurssia.

Ihmisen psykofyysinen kokonaisuus edellyttää potilaan kohtaamista ja huomiointia emotionaalaisella tasolla fyysisen terveyden palauttamisen lisäksi. (Löytänä & Korteso 2011, 127-128.) Positiivinen kokemus syntyy eri osa-alueiden onnistuneena yhdistymisenä. Potilastyytyväisyyden kannalta tärkeintä on potilaan saama kokonaishoito. Leikkaukskipua kokeneet potilaat eivät välttämättä ole tyytymättömiä hoitoonsa, jos hoito, kohtelu ja tiedonkulku kokonaistyytyväisyyden kannalta ovat olleet hyvää. (Niemi-Murola ym. 2005, 473; Niskanen ym. 2008, 152.) Osa-alueilla onnistuminen vaatii laatujohtamisen, hyvän työilmapiirin ja yksilön työhön sitoutumisen lisäksi asiakkaan kohtaamista huomioiden, kuunnellen, ymmärtäen ja hänen tarpeisiin nopeasti reagoiden. (Fischer & Vainio 2014, 9.)

Sairaanhoitajan informaatio- ja vuorovaikutusosaaminen muodostuu ohjeistamisesta, ihmistuntemuksesta, kokemustiedosta, tiedon keräämisestä ja taidosta kuunnella (Säily 2012, 29-30). Potilaan kokema psykososiaalisen tuen tuntemusta lisää kysymyksiin

vastausten saaminen, kuunteleminen ja hoitajan riittävä aika kohtaamiselle (Hovi 2003, 59). Vuorovaikutus asiakkaan kanssa on sanallista ja sanatonta. Vuorovaikutus asiakkaan kanssa tulee olla ymmärrettävää, positiivista, informatiivista ja turvallisuuden tunnetta lisäävää. Asiakkaan mukaan ottaminen leikkaussalin tiimin vuorovaikutukseen vähentää jännityksen tunnetta ja auttaa asiakkaan selviytymistä intraoperatiivisessa vaiheessa. Omaisten huomioiminen lisää asiakkaan tyytyväisyyttä hoitoon, tällöin omainen pääsee osaksi hoitoa ja hänellä on paremmat valmiudet auttaa asiakasta kotona pärjäämiseksi. Myöhästyminen ja siitä koituva asiakkaan odottaminen koetaan negatiiviseksi ja sen korvaaminen pahoittelemalla tai aineellisesti voi auttaa tyytyväisyyden palauttamiseksi.

Tehokkaan työryhmän perusedellytyksiä ovat sitoutuminen, osaaminen ja yhteinen tavoite. Työhön sitoutuminen edellyttää tiedostettua tarkoitusta, jolle työryhmä omistautuu ja joka vastuunalaistaa heidät. Sitoutuminen syntyy tunteesta yhteisten tulosten jakamiseksi. Osaamisen hyödyntäminen edellyttää työryhmän jäsenten ydinosaamisen tuntemista. Tehokkuuden takaamiseksi tekninen osaaminen, ongelmanratkaisukyky ja ihmissuhdetaidot mahdollistavat työryhmän menestymisen. Yhteinen tavoite kertoo työryhmän yhteisen vision, johon yhdessä työskentelemällä yksilöinä pyritään. Tavoitteen tulee vaatia yhtäläisiä ponnistuksia jokaiselta työryhmän jäseneltä. (Billington 2005, 29-35.)

Toimiva työyhteisö on tiiviin ja nopeatempoisen työn edellytys. Moniammatillisessa yhteistyössä eri ammattiryhmien kokemukset, taidot ja tiedot yhdistyvät asiakkaan parhaan hoidon mahdollistajaksi. Sisäisen yhteistyön toimivuus ja hyvä ilmapiiri lisäävät ammattitaitoisen henkilöstön työpanosta ja motivoitumista työn tekemiseen. Hyvään ilmapiiriin kuuluu toisen työn arvostaminen, jolloin toisen tekemiä ratkaisuja ja tapaa tehdä työtä tuetaan. Jos henkilöstö ei saa arvostusta esimieheltä ja johdolta, työyhteisöä uhkaa lannistumisen tila, jolloin oman työn arvostus ja motivaatio sitä kohtaan vähenee.

8.3.2 Ajatuksia asiakasnäkökulmasta asiakaspalvelukokemukseen

Opinnäytetyötä ohjanneena toisena kysymyksenä oli, millaiseksi asiakkaat kokevat asiakaspalvelukokemuksen? Asiakkaat kokivat asiakaspalvelukokemuksen rakentuvan

ammattitaitoisesta henkilöstöstä, prosessin sujuvuudesta ja asiakaslähtöisestä vuorovaikutuksesta.

Sairaanhoitajan auttamishaluisuus, tilanteen mukainen toiminta ja turvallinen työskentely ovat sairaanhoitajan ja potilaan luottamuksellisen hoitosuhteen keskeisimpiä ominaisuuksia (Haukkapaasi 2001, 43-44). Potilaat pitävät perioperatiivista hoitohenkilökuntaa erittäin ammattitaitoisena ja teknistä osaamista ja hoidon vaikuttavuutta hyvinä (Teerijoki 2008, 42). Ammattitaitoinen henkilöstö on hyvän ja turvallisen hoidon perusta. Ammattitaitoisen henkilöstön hoidettavana oleminen antaa asiakkaalle luottamuksen tunteen leikkauksesta selviämiseksi. Asiakkaat ovat kiitollisia saamastaan hoidosta ja avusta vaivaansa leikkauksen myötä.

Leikkausprosessin sujuvuus edellyttää riittävää informaatiota toimenpideyksikölle ja potilaalle sekä helppoutta käytännön toiminnassa. Sujuva prosessi tarkoittaa potilaalle mahdollisimman vähäisiä käyntejä ennen toimenpidettä, riittävää suullista ja kirjallista informaatiota jonohoitajalta ennen toimenpidettä, helposti saatavilla olevia yleisohjeita ja lyhyitä odotusaikoja hoitoon pääsemiseksi. (Vironen & Kunnamo 2014, 2211.) Leikkausprosessin sujuvuus saa asiakkaan palaamaan uudelleen hoidettavaksi samaan hoitopaikkaan. Prosessin ollessa joustava ja asiakkaan toiveita huomioonottava, prosessi koetaan toimivaksi.

Terveystieteiden ja sairaanhoidon asiakkaita kohdattaessa terveydenhuollon asiantuntijoiden tulisi kiinnittää huomiota prosessin toimivuuteen. Prosessin toimivuus on edellytys tyytyväisyyden kokemukselle ja sen tulisi olla yksilöllinen ja potilaskohtaisesti etenevä. Myös potilaan läheiset ovat asiakkaita ja heidät tulee sisällyttää prosessiin (Eloranta ym. 2008, 119).

Odotukset ylittävään kokemukseen voidaan päästä palvelun henkilökohtaisuudella, mahdollistamalla sen yksilöllisyys, aidolla kohtaamisella, asiakkaan olennaisiin tarpeisiin ja toiveisiin vastaamalla, räätälöimällä tilanteet asiakkaalle sopiviksi sekä oikea-aikaisella nopeudella ja laadulla (Löytänä & Korteso 2011, 65-68). Asiakaslähtöisesti toimittaessa asiakkaat kokevat tyytyväisyyttä hoidettavana olemisesta. Asiakkaalle tulee tällöin tunne etuoikeutettuna ja tärkeänä olemisesta. Asiakkaan parhaaksi toimittaessa ja odotukset ylittäen kokemuksesta voi tulla ylivertainen.

8.4 Tulosten merkitys

Sairaanhoitajien ja asiakkaiden kokemukset asiakaspalvelukokemuksesta tukevat toisiinsa. Kokemusten perusteella henkilöstön ammattitaitoisuus, prosessin sujuvuus ja asiakaslähtöisyys vuorovaikutuksessa nousivat yhteisiksi tuloksiksi, joilla voidaan saavuttaa strateginen tavoite parhaasta asiakaspalvelukokemuksesta. Lisäksi sairaanhoitajat edellyttivät työyhteisön toimivuutta ja se kuvastuu myös asiakkaiden kokemuksista heille tärkeiksi nousseiden teemojen sisällä.

Henkilöstön ammattitaitoisuudella viitataan niin lääkäreiden kuin sairaanhoitajienkin ammatilliseen pätevyYTEEN, jota voidaan vahvistaa ja pitää yllä. Näyttäisi siltä, että Sairaala Mehiläinen Tampereella leikkaavat erikoistuneet lääkärit saavat asiakkaiden luottamuksen osakseen. Sairaanhoitajat ovat kokeneita ja ammattitaitoisia, mutta kokevat ettei koulutuksiin pääse siinä määrin kuin olisi tarpeen kehityksessä mukana pysymiseksi. Laadukas perioperatiivinen hoito edellyttää haasteiden ennakointia ja organisaation kehittämistä uudistaen sitä.

Prosessin sujuvuuden säilymiselle nähdään sairaanhoitajien mielessä uhka käynnissä olevien muutoksien vuoksi. Henkilöstöresurssuja tulisi olla riittävästi prosessin toimimiseksi ja asiakkaiden toiveiden ja tarpeiden tyydyttämiseksi. Päiväkirurgisessa toiminnassa asiakkaan saapuessa sairaalaan toimenpidepäivänä preoperatiivisella ohjauksella ja hoidon suunnittelulla on tärkeä rooli. Prosessin sujuvuuteen voidaan vaikuttaa työnkuvia selkeyttämällä, jolloin jokainen tietää vastuunsa ja tehtävänsä kussakin prosessin vaiheessa.

Riittäväillä henkilöstöresurssilla pystytään antamaan asiakkaalle yksilöllistä ja asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin keskittyvää hoitoa. Asiakkaan odotusten tunnistaminen ja täyttäminen tekee perioperatiivisesta hoitotyöstä laadukasta. Henkilökohtaiset tarpeet voivat vaihdella asiakaskohtaisesti, jolloin hoito räätälöidään jokaiselle oman näköiseksi.

Päiväkirurgisen hoidon nopeatempoisuuden vuoksi vuorovaikutus asiakkaan kanssa omaa erityisiä piirteitä. Ensikohtaamisesta pyritään luomaan rauhallinen, positiivinen ja kaikille samanlainen. Päiväkirurgian luonteen mukaisesti asiakas viettää sairaalassa toimenpidepäivänä joitakin tunteja leikkauksen luonteesta riippuen, mutta vuorovaiku-

tuksellisesti saatetaan käydä hyvinkin pitkällä ja asiakasta jännittävillä ja pelottavillakin aihealueilla. Informatiivinen vuorovaikutus asiakkaan kanssa helpottaa jännitystä ja pelkoja ja lisää turvallisuuden tunnetta.

Toimiva työyhteisö moniammatillisessa yhteisössä on päiväkirurgisen hoidon edellytys. Sisäisten palveluiden tulee toimia ja ilmapiiriä tulee vaalia pienen työyhteisön yhteenkuuluvaisuuden tunteen turvaamiseksi. Työyhteisön yhteinen visio tavoitteineen luo me-henkeä ja vahvistaa sitä parantamaan hoidon laatua. Tavoitteisiin pyrkimistä tulisi seurata toimivin mittarein ja motivoida työyhteisöä tavoitteiden saavuttamisesta palkitsemisella.

Asiakaslupaus ja laatutavoitteet asiakkaan odotusten, tarpeiden ja vaatimusten täyttymiseksi edellyttävät henkilökunnalta näiden asioiden tunnistamista ja kuulemista. Asiakkaan kokemus lupauksen ja laadun kokemisesta hyvänä asiakaspalvelukokemuksena syntyy jokaisen kohtaamisen summana, jonka asiakas kohtaa sairaalassa ollessaan. Henkilökunnan ammattitaitoisuus, sujuva prosessi, asiakaslähtöisyys vuorovaikutuksessa ja toimiva työyhteisö nousevat tässä opinnäytetyössä laatuun merkittävästi vaikuttaviksi tekijöiksi päiväkirurgisen asiakkaan asiakaspalvelukokemuksessa.

8.5 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet

Kehittämisehdotuksiksi opinnäytetyöstä nousee:

1. Ammatillisen pätevyyden kehittäminen.
2. Prosessin sujuvuuden lisääminen työnkuvien selkeyttämisellä.
3. Prosessin sujuvuuden varmistaminen riittävällä henkilöstöresurssilla.
4. Työyhteisön hyvän ilmapiirin ylläpitäminen muutosvaiheessa.

Jatkotutkimushaasteiksi nousee asiakkaiden kokemusten tarkempi selvittäminen asiakaspalvelukokemuksesta. Esimerkiksi leikkausprosessin sujuvuutta ja siinä ilmeneviä mahdollisia pullonkauloja olisi hyvä kartoittaa ja tehdä niille kehittämissuunnitelma. Tähän opinnäytetyöhön kerättiin asiakaspalautteet vuodelta 2013 ja vuodelta 2014 tammikuusta lokakuuhun, mutta asiakkaille voisi tehdä teemahaastattelun. Teemahaastattelun teemoja voisi nostaa tämän opinnäytetyön pohjalta.

LÄHTEET

*Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt alkuperäistutkimukset

Billington, J. 2005. Tehokkaan työryhmän kolme perusedellytystä. Teoksessa RDM: The results-driven manager series. Toimiva tiimi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Perhemediat Oy.

*Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi H. 2008. Potilas kirurgisen hoidon laadun arvioitsijana. *Hoitotiede* 20 (3), 115-125.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Fischer, M. & Vainio, S. 2014. Potkua palvelubisnekseen. Asiakaskokemus luodaan yhdessä. Helsinki: Talentum Media Oy.

Hamström, N. 2009. Sairaanhoidajien ammatillinen pätevyys päiväkirurgisessa hoitotyössä. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Hankela, S. 1999. Intraoperatiivinen hoitotyö. Empiiriseen aineistoon perustuvan teorian kehittäminen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.

Hautakangas, A-L., Horn T., Pyhälä-Liljeström, P. & Raappana, M. 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Porvoo: Werner Söderström Oy.

*Haukkapaasi, M. 2001. Luottamus Sairaanhoidajan ja potilaan välisessä hoitosuhteessa kirurgisten potilaiden arvioimana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Hellman, K. & Värilä, S. 2009. Arvokas asiakas. Helsinki: Talentum Media Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistokustannus Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Hämeenlinna: Kirjayhtymä Oy.

Hovi, P-R. 2003. Lyhythoitoisten potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeen annetusta ohjauksesta ja selviytymisestä kotona. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Janhonen M. & Koivusalo A-M. 2004. Jorvin sairaalan leikkausosaston perioperatiivisen hoitotyön laatu potilaiden kokemana. HYKS. Jorvin sairaalan julkaisu. B:03/2004.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – Huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisu. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007, 3-7.

- Johansson, K. & Leino-Kilpi, H. 2003. Päiväkirurgisen potilaan ohjaus. Teoksessa Klemetti, S., Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. (toim.) Päiväkirurginen hoitotyö hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:43/2003, 108-120.
- Kainonen, S. 2013. Asiakastyytyväisyys osana palvelun laatua - Case: NEO Terveys Oy. Turun ammattikorkeakoulu. Amk-opinnäytetyö.
- Kangas-Saarela, T. 2005. Kenelle päiväkirurgia sopii? *Finnanest* 38 (5), 457-458.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- *Kaukavuori, S. 2012. Perioperatiivisen hoidon laatu. Gastroenterologisten kirurgisten potilaiden arvioimana. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- *Keränen, U., Tohmo, H. & Laine, P. 2004. Leikkaukseen kotoa (Leiko): Potilastyytyväisyys Hyvinkään sairaalassa. *Suomen lääkirilehti* 48 (59), 4739-4743.
- Klemetti, S. 2003. Päiväkirurgia. Teoksessa Klemetti, S., Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. (toim.) Päiväkirurginen hoitotyö hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:43/2003, 1-5.
- Kontinen, V. & Hynynen, M. 2003. Mitä ASA-luokka kertoo leikkausriskistä? *Finnanest* 36 (4) 340-344.
- Kontio, E. & Johansson, K. 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimuksien laatuun. . Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007, 101-107.
- Koskinen, H., Puonti, S. & Suhonen J. 2009. Päiväkirurgisen potilaan tyytyväisyys intraoperatiiviseen hoitoon Kuusankosken aluesairaalan leikkausosastolla. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Amk-opinnäytetyö.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Käypähoito-suositus. 2014. Luettu 2.9.2014.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50066>
- Lecklin, O. 2006. Laatu yrityksen menestystekijänä. Helsinki: Talentum.
- Leinonen, T. & Aho, L. 2007. Perioperatiivisen hoitoyön laatu – Miten määritellään ja kuinka mitataan? *Pinsetti* 19 (3) 5-7.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Löytänä, J. & Korteso, K. 2011. Asiakaskokemus. Palvelubisneksestä kokemusbisnekseen. Helsinki: Talentum Media Oy.

- *Mattila, L-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.
- Mattila, K. & Hynynen, M. 2012. Päiväkirurgiaa voidaan lisätä. *Duodecim* 128 (4) 1423-1424.
- Mehiläinen Oy. 2014. Intanet-sivusto. Luettu 3.9.2014.
- Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.
- Niemi-Murola, L., Pöyhiä, R., Onkinen, K., Rhen, B., Mäkelä, A., Yildirim, Y. & Niemi, T. 2005. Leikkauksen jälkeisen kivunhoidon laatu – hoitajien asenteet ja potilastytyväisyys. *Finnanest* 38 (5) 473.
- *Niskanen, M. & Purhonen, S. 2008. Onko leikkauspotilaan tyytyväisyydellä väliä? *Finnanest* 41 (2) 150-153.
- Oksanen, T., Mattila, K. & Hynynen, M. 2008. Iäkkään potilaan leikkauskelpoisuuden arviointi. *Duodecim* 124 (7) 796-802.
- Pauniahho, S-L. & Ikonen T. 2010. Kaikki kunnossa – valmiina viiltoon. *Duodecim* 126, 333-335.
- Pesonen, H. 2007. Laatu! Asiantuntijaorganisaation laatuopas. Juva: WS Bookwell Oy.
- Pudas-Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007, 46-55.
- Reinboth, C. 2008. Johda ja kehitä asiakaspalvelua. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Rissanen, T. 2006. Hyvän palvelun kehittäminen. Vaasa: Kustannusosakeyhtiö Pohjantähti PoleStar Ltd.
- Salminen, M. 2014. Aikuispotilaiden kokemuksia heräämöhoidosta. Tampereen ammattikorkeakoulu. Yamk-opinnäytetyö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Luettu 2.9.2014.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/vastuutahot/yksityinen_sektori
- Stolt, M. & Routasalo, P. 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007, 58-67.
- *Säily, P. 2012. Hoitajan osaaminen päiväkirurgisen potilaan hoitoprosessissa. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Yamk-opinnäytetyö.

Taloustutkimus Oy. 2014. Luettu 2.9.2014.

http://www.taloustutkimus.fi/tuotteet_ja_palvelut/asiakassuhde/valmiita_asiakassuhdetutkimuksia/kansallinen_asiakaspalvelupalaut/

*Teerijoki, J. 2008. Perioperatiivisen hoidon laatu potilaiden arvioimana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Tekes. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalouden kehittämiseen. Luettu 4.9.2014. <http://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>

Tengvall, E. 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys: kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anestesiologeille ja kirurgeille. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.

Terveystalouden laatuopas. 2011. Kuntaliitto. Luettu 28.5.2014. file:///C:/Users/jenni1978/Downloads/terveydenhuollon_laatuopas.pdf

Terveystalouslaki. 2010. Luettu 17.5.2014.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007, 10-44.

Töyräs, M., Niskanen, M. & Delezuch, V. 2014. Toimenpidepäivänä perutut leikkaukset Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Fimnet 47 (2), 138-141.

Valvio, T. 2010. Palvelutapahtuma ja asiakkaan kohtaaminen. Helsinki: Helsingin Kamari Oy ja Timo Valvio.

Vironen, J. & Kunnamo, I. 2014. Yhden pysähdysten kirurgia nivustyräleikkauksessa. Lääkärilehti 36 (69), 2209-2213.

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen sisäanotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Tutkimus käsittelee hoidon laatua tai potilastyytyväisyyttä potilaan tai hoitajan kokemana	Tutkimus käsittelee lapsipotilaita
Julkaistu vuosina 2000-2014	Julkaistu aiemmin kuin vuonna 2000
Full text saatavilla tai Tampereen seudun kirjastossa	Full text ei saatavilla
Julkaisu on vähintään YAMK tasoinen	Julkaisu on alemman kuin YAMK:n opinnäytetyö tai julkaisu ei ole tutkimusartikkeli
Eri tutkimusmetodein tehdyt tutkimukset	
Julkaisukieli suomi tai englanti	Julkaisukieli muu kuin suomi tai englanti

Liite 2. Kirjallisuuskatsaukseen valitut alkuperäistutkimukset

Tutkimuk- sen tekijät, vuosi, tut- kimuksen nimi ja maa	Tie- tee- nala	Tutki- muksen tarkoitus	Metodi	Kohde- ryhmä	Aineiston keruu- ja analysoin- timene- telmä	Keskeiset tulokset
Eloranta, S. Katajisto, J. Leino-Kilpi, H. 2008. Potilas ki- rurgisen hoidon laa- dun arvioit- sijana. Suomi.	Hoi- to- tiede	Arvioida kirurgisen osaston hoidon laatua potilaiden näkökul- masta ja selvittää hoidon laadun toteutumi- seen yh- teydessä olevia tekijöitä.	Kvantita- tiivinen tutki- musme- netelmä	Yliopis- tollisen sairaalan kirurgian, ortopedi- an ja traumato- logian klinikan potilaat (n=740)	Strukturoi- tu kysely- lomake, joka perus- tui hyvä hoito - mittariin ja kivunhoi- tomittariin. SPSS 14.0 for Win- dows - tilasto- ohjelmalla.	Potilaat ar- vioivat hoi- don laadun keskimäärin hyväksi. Par- haiten toteu- tuivat hoito- ympäristöön ja heikoiden omaisten kanssa tehtä- vään yhteis- työhön liitty- vät laatuteki- jät.
Haukkapaa- si, M. 2001. Luottamus sairaanhoi- tajan ja poti- laan välises- sä hoitosuh- teessa kirur-	Hoi- to- tiede	Kuvata luotta- muksen syntymis- tä sai- raanhoita- jan ja poti- laan vä- lisessä	Kvalita- tiivinen ja kvantita- tiivinen tutki- musme- netelmä	Yliopis- tollisen sairaalan kirurgisen vuode- osaston aikuispo- tilaat (n=150)	Puolistruk- turoitu kyselylo- make ja avoimet kysymyk- set. Neljästä osasta	Luottamuk- sellisen hoi- tosuhteen keskeiset te- kijät liittyvät sh:n ominai- suuksiin, toi- mintatapoihin ja hoitoympä-

gisten potilaiden arvioimana. Suomi.		hoitosuhteessa kirurgisten potilaiden arvioimana.			koostuva mittari SPSS 9.0 Sisällön analyysi	ristöön.
Kaukavuori, S. 2012. Perioperatiivisen hoidon laatu. Suomi.	Hoitotiede	Kuvata perioperatiivisen hoidon laatua gastroenterologisten kirurgisten potilaiden arvioimana.	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä	Yliopistollisen keskussairaalan kahden osaston gastroenterologiseen erikoisalaan kuuluvat kirurgiset potilaat (n=85)	Strukturoitu kyselylomake	Kirurgiset potilaat arvioivat perioperatiivisen hoidon laadun kokonaisuudessaan hyväksi. Parhaiten toteutui fyysinen hoito ja huonoiten omatoimisuuden tukemisen hoidon laatu.
Keränen, U., Tohmo, H. & Laine, P. 2004. Leikkaukseen kotoa (Leiko): potilastyy-	Lääketiede	Selvittää LEIKO-potilaiden hoitoon liittyviä toimintoja ja hoitoprosessin sujuvuutta	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä	Hyvin käänsairaalan Leikopotilaat (N=161)	Kyselylomake	Potilaat ovat tyytyväisiä Leikotoimintaan. Leikotoiminnassa tulisi kehittää potilaiden parempaa

tyväisyys Hyvinkään sairaalassa. Suomi.		potilaan näkökul- masta.				informaation saamista.
Mattila, L.- R. 2001. Vahvistu- mista ja tunneko- muksen jakamista. Suomi.	Hoi- to- tiede	Luoda empiirisen aineiston avulla potilaan ja hoitajan vuorovai- kutusta kuvaava käsitejär- jestelmä.	Grounded theory- menetel- mä	Kolmen sisätauti- osaston ja kolmen kirurgisen osaston potilaat (N=50) ja hoitajat (N=50).	Havain- nointi ja haastattelu Aineiston analysointi kolmivai- heisesti avoimen, yhteyksiä etsivän ja valikoivan koodaami- sen avulla.	Vuorovaiku- tuskategori- oiksi muodos- tuivat: Koh- taamisen myönteisyys ja turvalli- suus, Aloit- teellisuus ja luottamus yhteistyössä, Potilaan ja hoitajan lä- heisyys, Vä- littämisen kokeminen, Vahvistumi- nen, Tunne- kokemuksen jakaminen ja Vuorovaiku- tuksen ympä- ristö

Niskanen, M., Purhonen, S. & KYS:n kehittämistyöryhmä 2008. Onko leikkauspotilaan tyytyväisyydellä väliä? Suomi.	Lääketiede	Selvittää potilastyytyväisyyttä KYS:n leikkaus- ja anestesiasostolla.	Kvantitatiivinen menetelmä	KYS:n leikkauspotilaat (N=365)	Kyselylomake Faktori-analyysi	Potilaat ovat tyytyväisiä kohteluun ja hoitoon, informaatiossa kehitettävää.
Säily, P. 2012. Hoitajan osaaminen päiväkirurgisen potilaan hoitoprosessissa. Suomi.	YA MK	Kuvata päiväkirurgisen potilaan hoitoprosessissa tarvittava osaaminen hoitajien näkökulmasta.	Kvalitatiivinen menetelmä, osallistava toimintatutkimus	Oulaskankaan sairaalan päiväkirurgian ja anestesia- ja leikkausosaston henkilökunta	Learning cafe Manner-Raappanan itsearviointimittari Induktiivinen sisälönanalyysi	Hoitajien kuvaamat osaamisloukat olivat Arviointiosaaminen, Informointi ja vuorovaikutusosaaminen, tiedollinen osaaminen, kokeemusosaaminen, periaate- ja arvoosaaminen ja taitosaaminen.

Teerijoki, J. 2008. Perioperatiivisen hoidon laatu potilaiden arvioimana. Suomi.	Hoitotiede	Kuvata perioperatiivisen hoidon laatua potilaiden arvioimana.	Kvantitatiivinen menetelmä	Yhden keskussairaalan leikkausosastojen potilaat (N=180)	Strukturoitu kyselylomake, joka perustui hyvä perioperatiivinen hoito -mittariin. SPSS 14.0 for Windows -tilasto-ohjelmalla.	Hoidon laatu arvioitiin erittäin hyväksi. Parhaiten toteutui henkilökunnan ominaisuuksien ja huonoiten toteutui omatoimisuuden tukemisen ja tiedonsaannin laadun osalu.
--	------------	---	----------------------------	--	--	---

Liite 3. Teemahaastattelurunko

Kerro ja kuvaile millaiseksi koet seuraavat asiat työssäsi tällä hetkellä ja mitä asioita voisi muuttaa tai millä tavoin niitä voisi kehittää? Mieti asioita suhteessa asiakaskokemukseen ja sen laatuun.

- Asiakaslähtöinen ajattelu
- Yksilöllinen kohtaaminen
- Omaisten huomioiminen
- Vuorovaikutus
- Osallisuus
- Informaatio
- Kokonaisvaltaisuus
- Turvallisuus

- Asioinnin helppous
- Palveluiden saatavuus
- Hoitoprosessi
- Toiminnan sujuvuus
- Moniammatillinen yhteistyö

- Ammattitaitoisuus
- Ilmapiiri
- Arvostus
- Kehittäminen

- Hoitoympäristö
- Resurssit
- Välineet

Liite 4. Tietoinen suostumus -lomake



2 (2)

SUOSTUMUS**Asiakaspalvelukokemus päiväkirurgisessa sairaalassa**

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kartoittaa asiakaspalvelukokemusta parantavia tekijöitä Tampereen Mehiläisen sairaalassa sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön:

Haastateltavan allekirjoitus

Nimen selvennys

Suostumuksen vastaanottaja:

Opinnäytetyön tekijän allekirj.

Nimen selvennys

Liite 5. Tiedote opinnäytetyöstä



1 (2)

TIEDOTE**02.10.2014****Hyvä sairaanhoitaja!**

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on kartoittaa asiakaspalvelukokemusta parantavia tekijöitä Tampereen Mehiläisen sairaalassa.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Tampereen Mehiläisestä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan teemahaastattelun avulla haastattelemalla 3 sairaanhoitajaa. Tiedonantajiksi valitaan henkilöt, joilla on vahva ja pitkä kokemus yksityissektorin päiväkirurgisesta potilastyöstä.

Haastatteluaineisto kerätään syyskuun 2014 aikana. Teemahaastattelut tapahtuvat Tampereen Mehiläisen tiloissa suunnitellusti vapaassa lääkärin vastaanottohuoneessa, jotta haastattelun edellyttämä rauha ja yksityisyys säilyvät. Haastattelut nauhoitetaan ja niistä tehdään muistiinpanoja. Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto säilytetään salasanalla suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitus-tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus -tietokannassa.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Opinnäytetyön tekijä,

Jenni Bremer

Sairaanhoitaja

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma, YAMK

Tampereen ammattikorkeakoulu

jenni.bremer(a)hotmail.com, p.0451355441