

VAASAN YLIOPISTO

JOHTAMISEN YKSIKKÖ

Sanna Vuorinen

ASIAKASLÄHTÖISEN TOIMINNAN KEHITTÄMINEN ORGANISAATIOSSA

Sosiaali- ja terveys-
hallintotieteen
pro gradu -tutkielma

VAASA 2018

SISÄLLYS

	sivu
KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO	4
TIIVISTELMÄ	7
1. JOHDANTO	9
2. ASIAKASLÄHTÖISEN ORGANISAATIOKULTTUURIN KEHITTÄMINEN	13
2.1. Organisaatiokulttuuri käsitteenä	13
2.2. Asiakaslähtöinen organisaatiokulttuuri	18
2.3. Asiakaslähtöinen kehittämistoiminta organisaatiossa	21
3. PERHEKESKEISYYS ASIAKASLÄHTÖISEN TOIMINNAN KEHITTÄMISEN KOHTEENA	27
3.1. Perhekeskeisyys asiakaslähtöisen toiminnan ulottuvuutena	27
3.2. Perheen tukeminen osana asiakaslähtöistä toimintaa	31
4. TUTKIMUSMENETELMÄT	37
4.1. Aineiston keruu	37
4.2. Perheiden tuki- mittari	40
4.3. Aineiston analyysi	42
5. TUTKIMUSTULOKSET	45
5.1. Taustatiedot	45
5.2. Potilaan ja perheenjäsenen kokemuksia kohtaamisesta	46
5.3. Potilaan ja perheenjäsenen kokemuksia tiedon saannista	50
5.4. Potilaan ja perheenjäsenen kokemuksia hoitoon osallistumisesta	55
5.5. Perheen odotuksia ja toiveita perheen tukemisesta	58
5.6. Tulosten yhteenveto	60
6. POHDINTA	65
6.1. Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu	65
6.2. Johtopäätökset	69
6.3. Jatkotutkimushaasteet	72
LÄHDELUETTELO	74

LIITTEET

89

LIITE 1. Potilaan kokemus terveydenhuoltohenkilöstön kohtaamisesta, tiedon saannista ja hoitoon osallistumisen mahdollisuudesta

LIITE 2. Läheisen kokemus terveydenhuoltohenkilöstön kohtaamisesta, tiedon saannista ja hoitoon osallistumisen mahdollisuudesta

LIITE 3. Kaikkien vastaajien terveydenhuoltohenkilöstön kohtaamisesta, tiedon saannista ja hoitoon osallistumisen mahdollisuudesta

LIITE 4. Tiedote tutkimuksesta

LIITE 5. Perheiden tuki -mittari

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. Päiväkirurgian yksikön organisaatiokaavio	13
Kuvio 2. Organisaation ympäristö	14
Kuvio 3. Organisaatiokulttuurin rakenne	16
Kuvio 4. Asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalveluiden kehittämisen kokonaisuus	22
Kuvio 5. Organisaation toimintaa ohjaavat periaatteet	24
Kuvio 6. Asiakaslähtöinen kehittäminen	26
Kuvio 7. Perhekeskeisen hoitotyön keskeiset ulottuvuudet	28
Kuvio 8. Hoitotapahtuman kolmitasoinen rakenne	35
Kuvio 9. Tapaamisen myönteisyys ja ilmapiirin turvallisuus	48
Kuvio 10. Luotettavuus ja suhtautuminen kunnioittavasti perheeseen	49
Kuvio 11. Perheen kuulluksi tuleminen ja kannustaminen	50
Kuvio 12. Perheen tiedon saanti potilaan terveydentilaan ja arkielämän kysymyksiin liittyen	52
Kuvio 13. Perheen tiedon saanti potilaan hoitamisesta ja pyytämättä	53
Kuvio 14. Perheen tiedon saanti kirjallisesti sekä yhteydenottoon ja omaan jaksamiseen liittyen	54
Kuvio 15. Perheen osallistumisen mahdollisuus hoitamisen suunnitteluun ja perheenjäsenen hoitamista koskevaan päätöksentekoon	56
Kuvio 16. Perheen mahdollisuus osallistua hoitamiseen ja saada apua arkiasioiden järjestämiseen sekä perheen mahdollisuus osallistua ohjaukseen ja neuvontaan	58
Taulukko 1. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit	39
Taulukko 2. Perheiden tuki - mittarin muuttujat	42
Taulukko 3. Summamuuttujat kohtaaminen, tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen	43
Taulukko 4. Tutkimukseen osallistuneiden taustamuuttujat	46
Taulukko 5. Potilaiden ja läheisten kokemus kohtaamisesta	47
Taulukko 6. Potilaiden ja läheisten kokemus tiedon saannista	51
Taulukko 7. Potilaiden ja läheisten kokemus osallistumisesta hoitoon	55

Taulukko 8. Perheen tukemista edistävät ja haittaavat tekijät potilaiden ja läheisten mukaan

59

VAASAN YLIOPISTO**Johtamisen yksikkö****Tekijä:**

Sanna Vuorinen

Pro gradu -tutkielma:

Asiakaslähtöisen toiminnan kehittäminen organisaatiossa

Tutkinto:

Hallintotieteiden maisteri

Oppiaine:

Sosiaali- ja terveystieteiden maisteri

Työn ohjaaja:

Pirkko Vartiainen

Valmistumisvuosi: 2018**Sivumäärä:** 97

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata asiakaslähtöisen toiminnan kehittämistä terveydenhuollon organisaatiossa aikuispotilaan perheen tukemisen näkökulmasta. Tutkimuskohteena ovat päiväkirurgisen aikuispotilaan perhe ja päiväkirurgian organisaation toiminta. Tutkimuksessa kuvataan, millä tavalla aikuispotilasta ja aikuispotilaan läheisiä on tuettu päiväkirurgisessa yksikössä kohtaamisen, tiedon saannin ja hoitoon osallistumisen näkökulmista.

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena survey-tutkimuksena Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin päiväkirurgian yksikössä. Tutkimuksessa käytettiin "Perheiden tuki" -mittarin lyhyttä versiota, joka on kehitetty Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksen Perhehoitotyön tutkimus- ja kehittämishankkeessa. Tutkimukseen osallistui yhteensä 87 potilasta ja läheistä vastaamalla kyselylomakkeissa esitettyihin kysymyksiin noin viikon kuluttua päiväkirurgisesta toimenpiteestä. Vastaajista 49 oli potilaita ja 38 heidän läheisiään. Vastausprosentti oli 29%.

Tutkimustulosten mukaan perheenjäsen oli harvoin mukana potilaan ohjauksessa eikä saanut potilaan hoitoon liittyvää tietoa hoitohenkilökunnalta. Valtaosa vastaajista koki hoitohenkilökunnan kohtaamisen turvalliseksi, kunnioittavaksi, luottamusta herättäväksi ja myönteiseksi ja suurin osa vastaajista oli kokenut tulleen kuulluksi. Läheiset kaipaavat lisää tietoa potilaan terveydentilaan ja omaan jaksamiseen liittyvän tiedon saannista. Valtaosa läheisistä ja potilaista koki hoitoon osallistumisen mahdollisena. Valtaosa läheisistä koki, ettei hoitamisen suunnitteluun ja päätöksentekoon osallistuminen ollut toteutunut.

Päiväkirurgian yksikön perheen tukemisen osa-alueista kohtaaminen ja tiedon saanti saivat hyvät arviot. Tutkimuksessa tuotettua tietoa voidaan hyödyntää päiväkirurgisen toiminnan kehittämiseen asiakaslähtöisemmäksi perheen tukemisen näkökulmasta, erityisesti perheenjäsenien osallistamisena hoitotapahtumaan. Tietoa voidaan käyttää koulutuksessa ja käytännön hoitotyössä asiakaslähtöistä organisaation toimintaa kehitettäessä.

AVAINSANAT: asiakaslähtöisyys, toiminnan kehittäminen, perheen tukeminen

1. JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysalan toiminnan kehittämistä ja johtamista ohjaa selkeä tarve asiakasta laaja-alaisesti ymmärtävästä tiedosta. Asiakaslähtöisyys asettaa monitulkintaisia vaatimuksia palveluiden kehittämiseksi ja palveluille. Palveluiden kehittämisessä on keskeistä nähdä palveluiden käyttäjät aktiivisina toimijoina toimenpiteiden kohteiden sijaan. Asiakaslähtöisyyttä kehittämällä voidaan lisätä ennen kaikkea asiakkaiden ja työntekijöiden tyytyväisyyttä, lisäksi hoidon vaikuttavuutta ja palveluiden kustannustehokkuutta. Sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakaslähtöinen kehittäminen on seurausta 2000-luvun terveydenhuollon sektorin muutospainesta ja edelleen 2010-luvulla kehittäminen jatkuu. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011: 11.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon lakeja on uudistettu turvaamalla asiakaslähtöisyyden perustan. Yhtenä keskeisenä asiakaslähtöisyyttä kehittävänä muutoksina ovat asiakkaan valinnan vapauden lisääminen ja hoitoon pääsy (Palvelusetelilaki, Laki hoitoon pääsystä). Julkisella sektorilla on kehitetty asiakaslähtöisempiä toimintamalleja kuten KASTE-ohjelma, joilla pyritään merkittäviin sisällöllisiin uudistuksiin. Sekä yksityinen että kolmas sektori näkevät sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottajina asiakaslähtöisyyden kehittämisen ja sen merkityksen palvelun tuottamisessa merkittäväksi. Asiakaslähtöisyyden kehittäminen koko sosiaali- ja terveysalalla vaatii kaikkien eri sektorien rajojen ylittäviä palvelukokonaisuuksia ja syvempää asiakasymmärrystä asiakkaiden tarpeista ja ominaisuuksista. (Sosiaali- ja terveysministeriö & valtiovarainministeriö 2018; Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2017; Virtanen ym. 2011: 11.)

Tämän tutkimuksen teoreettinen lähtökohta on organisaation asiakaslähtöisen toiminnan kehittäminen. Käsite perheen tukeminen on tutkimuksessa näkökulmana kehitettäessä asiakaslähtöistä toimintaa erikoissairaanhoidossa. Tutkimuksessa käytettävän ”Perheiden tuki” -mittari pohjautuu perheen tukemisen käsitteeseen. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää toimintaa palvelun tuottajan tavoitteleman asiakaslähtöisyyden ja asiakkaan sekä hänen perheen kokeman osallisuuden pohjalta.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata asiakaslähtöisen toiminnan kehittämistä terveydenhuollon organisaatiossa aikuispotilaan perheen tukemisen näkökulmasta. Tutkimuskohteena ovat päiväkirurgisen aikuispotilaan perhe ja päiväkirurgian organisaation asiakaslähtöinen toiminta. Asiakaslähtöistä toimintaa organisaatiossa tarkastellaan terveydenhuoltohenkilöstön aikuispotilaan perheelle antaman tuen osalta. Perheiden saamaa tukea tarkastellaan perheen kokemuksina kohtaamisesta, tiedon saannista ja hoitoon osallistumisesta. Nämä tuen osa-alueet valikoituivat tutkimuksessa käytettävän “Perheiden tuki” -mittarin mukaisesti.

Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa päiväkirurgisen aikuispotilaan perheen saamista tuesta. Tutkimustiedon pohjalta pohdittiin, onko mahdollista kehittää päiväkirurgisen organisaation toimintaa asiakaslähtöisemmäksi aikuispotilaan perhettä tukemalla. Tarve tutkimukseen tuli Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin päiväkirurgiselta toimintayksiköltä. Päiväkirurgian toimintaa seurataan säännöllisesti asiakastyytyväisyys kyselyillä. Asiakastyytyväisyys kyselyiden tuloksissa on aiemmin korostunut potilaiden toive omaisten tukemisesta ja osallistumisesta päiväkirurgiseen hoitoprosessiin. Päiväkirurgisessa toimintayksikössä koettiin tarve vastata asiakaspalautteeseen. Tällä tutkimuksella haluttiin kartoittaa yksityiskohtaisemmin potilaiden ja potilaiden perheiden kokemusta tuen tarpeesta päiväkirurgisessa hoitoprosessissa, jotta organisaation toimintaa voidaan kehittää asiakaslähtöisemmäksi.

Tutkimuksessa halutaan selvittää asiakaslähtöisyyden ja organisaatiokulttuurin suhdetta sekä asiakaslähtöisen toiminnan kehittämistä perhekeskeisyyden näkökulmasta. Asiakas on sosiaali- ja terveydenhuoltoalan toiminnan keskiössä sekä yksi toiminnan kehittämisen lähtökohdista. Hoitoprosessi ei kietoudu kuitenkaan vain asiakkaan ympärille. Hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa tulee huomioida myös asiakkaan läheiset. Läheisten huomioiminen osana hoitoprosessia edistää hoidon tulosta ja vaikuttavuutta. Merkitys hoitotieteelle ja tiedonmuodostukselle on siis keskeinen. Tutkimuksen aineisto avaa aikuispotilaiden ja heidän läheistensä näkemyksen asiakaslähtöisestä toiminnasta perheiden tukemisen näkökulmasta päiväkirurgisessa toimintayksikössä.

Tässä tutkimuksessa asiakaslähtöistä organisaatiokulttuuria tutkitaan erikoissairaanhoidon päiväkirurgisessa toimintayksikössä. Päiväkirurginen hoito on kiireetöntä leikkaushoitoa, jossa potilaan toimenpiteen tulo- ja lähtöpäivä ovat samoja. Päiväkirurgia on ensisijainen vaihtoehto kiireettömälle leikkaushoidolle, sillä se on vuodeosastohoitoa kustannustehokkaampaa. Myös potilaat ja henkilökunta ovat myönteisempiä päiväkirurgiaa kohtaan. Päiväkirurgia omaa lisäksi tehokkaat toimintamallit. Noin puolet kiireettömistä leikkauksista tehdään päiväkirurgisesti Suomessa ja päiväkirurginen potilas on tyypillisesti hoidossa alle 12 tuntia. Päiväkirurgisen potilaan nopean kotiutumisen vuoksi on tärkeää, että potilas ja potilaan läheiset osaavat toimia toimenpiteen jälkeen kotona potilaan paranemista edistären. Siksi terveydenhuoltohenkilöstön asiakaslähtöinen toiminta potilas ja potilaan perhe huomioiden on keskeinen osa hoitoprosessia. Nopea kotiutuminen päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen haastaa terveydenhuoltohenkilöstön asiakaslähtöisyyden monialaisuuden ja tutkimusoletuksena on, ettei perheitä huomioida ja tueta riittävästi päiväkirurgisessa hoitoprosessissa.

Tutkimus on Vaasan yliopiston sosiaali- ja terveyshallintotieteen Pro gradu- tutkielma. Pro gradu- tutkielmaa ohjaa Vaasan yliopiston professori Pirkko Vartiainen. Hoitotieteen professori Eija Paavilainen on tukenut “Perheiden tuki” -mittarin soveltamista, koska hän on ollut lyhyen klinisen “Perheiden tuki” -mittarin suunnittelussa mukana. Tutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä toiminnan kehittämistä tarkastellaan asiakaslähtöisen organisaatiokulttuurin näkökulmasta sekä aikuispotilaan perheen tukemista kohtaamisen, tiedonsaannin ja hoitoon osallistumisen näkökulmista. Tutkimuksen keskeiset käsitteet ovat asiakaslähtöisyys (customer orientation), organisaatiokulttuuri (organization culture), toiminnan kehittäminen (organization development), läheinen (others) ja tukeminen (support). Tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen avulla tutkimusta suunnataan kuvaamaan, millainen yhteys on terveydenhuoltohenkilöstön asiakaslähtöllä toiminnalla ja päiväkirurgisen aikuispotilaan perheen tuen tarpeella.

Tutkimuksen kirjallisuushakuja tehtiin kansallisista ja kansainvälisistä tietokannoista. Kirjallisuushakuja tehtiin käyttämällä yksittäin ja erilaisina yhdistelminä seuraavia hakusanoja: organization (organisaatio), organization development (organisaation kehittäminen), organization culture (organisaatiokulttuuri), health care (terveydenhuolto),

public health (julkinen terveydenhuolto), day surgery (päiväkirurgia), customer orientation (asiakaslähtöisyys), family (perhe), family member (perheenjäsen), significant other(s) (läheinen), family centered care (perhekeskeinen hoito), professional-family relations (ammattilaisen ja perheen suhde), family nursing (perhehoitotyö), support (tuki), support need(s) (tuen tarve), development (kehittäminen). Hakujen tulokset käytiin huolellisesti läpi otsikon, abstraktin ja koko tekstin perusteella. Tutkimusaiheen kannalta keskeisimmät lähteet valikoituvat näiden tekijöiden pohjalta.

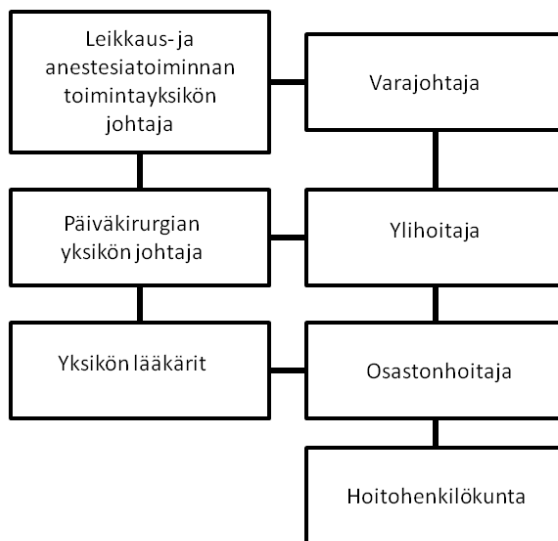
Tutkimusongelman määrittely on koko tutkimusprosessin kulmakivi. Tutkimusongelmat määriteltiin tutkijan oman kiinnostuksen, päiväkirurgian toimintayksikön toiveiden, tutkimuksessa käytettävän mittarin ja aikaisemman tutkimustiedon pohjalta. Tutkimusongelmat ovat:

1. Millainen on asiakaslähtöisyyden ja organisaatiokulttuurin suhde erikoissairaanhoidon kontekstissa?
2. Miten aikuispotilaan perheiden tukemisen osa-alueet ilmenevät organisaation toiminnassa?
3. Miten perhekeskeisyydellä voidaan kehittää organisaation toimintaa asiakaslähteisemmäksi?

2. ASIAKASLÄHTÖISEN ORGANISAATIOKULTTUURIN KEHITTÄMINEN

2.1. Organisaatiokulttuuri käsitteenä

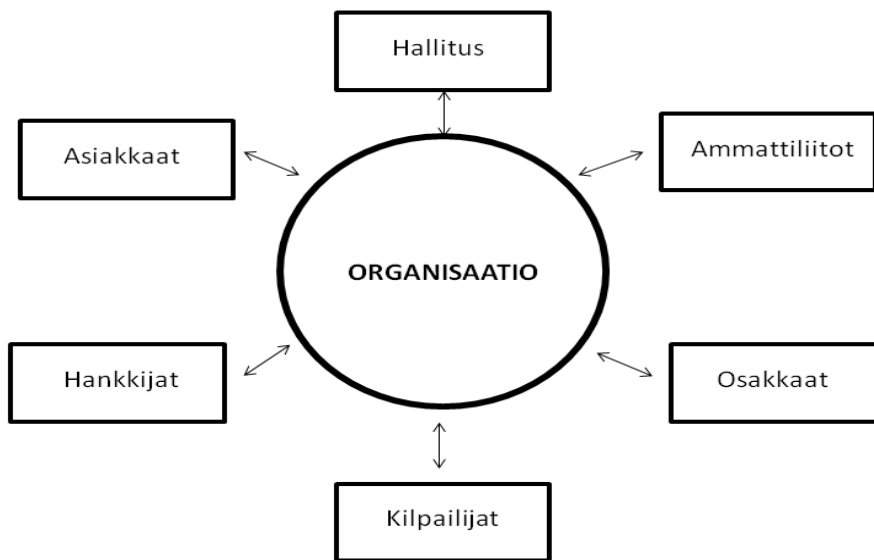
Organisaatio on sosiaalinen yksikkö, joka muodostetaan erilaisiin päämääriin pyrkimiseksi. Organisaatio rakentuu ihmisistä ja ihmisten muodostamista ryhmistä. Organisaatiossa järjestetään ja rakennetaan yhteistyötä ihmisten ja ryhmien kanssa. Keskeistä organisaation olemassa ololle on, että se on olemassa tavoitteidensa saavuttamista varten. Organisaatiota voidaan kuvata organisaatorakenteella tai organisaatiokaaviolla (kuvio 3). (Juuti 2006: 204–208; Telaranta 1997: 13.) Kuviossa 1 on kuvattu Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin päiväkirurgian yksikön organisaatiokaavio. Organisaatiokaaviossa kuvataan ylimmällä tasolla organisaation ylin johto, jonka alapuolella ovat keskijohto ja työntekijät.



Kuvio 1. Päiväkirurgian yksikön organisaatiokaavio.

Organisaatio ei ole koskaan täysin muuttumaton. Organisaatio on jatkuvassa vuorovai-
kutuksessa organisaation ulkopuolisten vaikuttajien kanssa (kuvio 2). Organisaation
vaatimukset ovat kasvaneet vuosien kuluessa. Monilla organisaatioilla voi tänä päivänä

olla kansainvälisiä kilpailijoita, mikä asettaa vaatimuksia organisaation toiminnalle. Myös asiakkaiden elämäntavan muutokset ja tekniikan kehittyminen ovat pakottaneet organisaatiot vastaamaan vaatimuksiin. Organisaation tulee kiinnittää huomiota moneen eri suunnilta tuleviin vaatimuksiin ja pyrkiä vastaamaan niihin, jotta organisaation toiminta voi jatkua kannattavasti. (Brown & Harvey 2006: 2–3.)



Kuvio 2. Organisaation ympäristö (mukaillen Brown & Harvey 2006: 2).

Organisaatiokulttuurin tutkimuksen alku on 1980-luvun Japanissa, jolloin Japani oli ylivoimainen yritystoiminnassaan maailmassa. Tällöin huomattiin, ettei vain korkeasti koulutettu henkilökunta, teknologia ja raha olleet tae organisaation menestymiseen, vaan organisaatioilla esiintyi muitakin ilmiöitä, jotka vaikuttivat menestymiseen. Organisaatiokulttuuri, organisaation oma todellisuus, on nähty yhtenä syynä yritysten menestymiseen. (Harisalo 2008: 264; Morgan 2006: 115.) Organisaatiokulttuuri nähdään syntyneen selittämään miten aineellisesti heikommat yritykset voivat menestyä paremmin kuin voimakkaammat kilpailijat (Seeck 2012).

Organisaatiokulttuurin voi määritellä eri tavoilla. Yleisesti organisaatiokulttuuri määritellään organisaation järjestelmäksi, jossa yksilöt tavoittelevat yhteistä päämäärää tai tavoitetilaa. Kulttuuri voidaan ymmärtää organisaation henkisenä syvärakenteena sen ajattelussa, valinnoissa ja toiminnassa. Joustavuus, kannustavuus, konservatiivisuus tai innovatiivisuus voivat olla organisaation piirteitä, jotka työntekijät ovat omaksuneet. Työntekijöiden tavoite tuottaa hyvää palvelua ja tehdä uhrauksia sen eteen, ovat organisaatiokulttuurin ilmentymiä. (Harisalo 2008: 42–66; Lunenburg 2011; Schein 1985: 15–16.)

Organisaatiokulttuuri voi muodostua useasta eri osakulttuurista, jotka tyypillisimmin ovat ammatillisia. Organisaatiossa voi olla vallitsevana koko organisaation kulttuuri, johtamiskulttuuri ja ammattiryhmien kulttuuri. Terveystieteiden alalla ammatilliset osakulttuurit ovat muotoutuneet vuosisatojen kuluessa mm. lääkäreiden ja hoitajien ammattikulttuureihin, jotka saattavat olla ristiriidassa koko organisaation kulttuurin kanssa. Ammatillisia osakulttuureja ohjaa kunkin ammattiryhmän omat normit ja arvot. (Miettinen 2000: 85.)

Työtehtävät ovat organisaatiossa eriytyneet ja järjestelmässä vallitsee jonkin tasoinen hierarkia. Auktoriteetti ja vastuu muodostavat keskeiset järjestelmää ohjailevat suhteet. (Schein 1985: 15–16.) Muodollisen organisaation lisäksi organisaatio voi olla niin sanottu sosiaalinen tai epämuodollinen organisaatio. Sosiaalinen organisaatio on epävirallinen arvostusten ja arvojen järjestelmä, joka yhdistää yksilöitä. (Peltonen 2010: 75–76.) Sosiaalinen organisaation nähdään viittaavaan organisaatiokulttuuriin, sillä sosiaalinen organisaatio ja hierarkia esiintyvät rinnakkain virallisen organisaatiojärjestyksen kanssa. (Schein 1985: 15–17, Soda & Zaheer 2012.)

Organisaatiokulttuuria on vaikea muuttaa. Organisaatiokulttuuri on monesti melko pysyvä, kollektiivinen ja yhteinen ilmiö, joka sisältää perusoletuksia toiminnasta ja arvoista. Kulttuuri on monesti opittua ja organisaation historia määrittää sitä. Organisaatiokulttuuria ei voida nimetä täsmällisesti, koska se on aina tapauskohtainen. Se vaikuttaa organisaation sisällä työntekijöiden toimintaan kuten vuorovaikutukseen ja suhtautumiseen työhön. Kulttuuri kertoo organisaation tavasta toimia ja näyttäytyy työntekijäl-

le käytännön kautta. Organisaation työntekijät kokevat perusoletukset normatiivisina ja hyväksyvät ne. (Järvinen 2014: 84–86. Matikainen 2009: 4, 12, 19. Virtanen & Stenvall 2014.)

Organisaatiokulttuuri koostuu kolmesta eri tasosta: pohjimmaisista perusoletuksista, ääneen ilmaistuista arvoista, strategioista ja päämääristä sekä artefakteista eli organisaation näkyvistä rakenteista (kuvi3). Scheinin (1985) mukaan keskeistä tässä organisaatiokulttuurin määritelmässä on ymmärtää kulttuurin monitasoisuus ja tasojen välinen vuorovaikutus. Pohjimmaiset perusoletukset ovat sellaisia arvoja ja arvostuksia, jotka ovat kehittyneet organisaation kasvun myötä. Perusolettamukset ovat aina olleet olemassa organisaatiossa. Artefakti heijastaa organisaation visiota. Arvomaailma taasen rakentuu organisaation historian ja kehityskulun perustalle. Scheinin (2009) mukaan organisaatiokulttuurissa ei ole kyse siitä onko se oikean- tai vääräntyyppinen vaan keskeistä on se, sopiiko organisaatio toimintaympäristöönsä. Uudenlaista organisaatiokulttuuria ei ole tarvetta omaksua, ellei toimintaympäristö sitä vaadi. Uusien strategioiden taustalla olevien perusolettamusten tulee aina sopeutua organisaation toimintaympäristöön.



Kuvio 3. Organisaatiokulttuurin rakenne (mukaillen Schein 1985).

Scheinin (1990) mukaan organisaatiokulttuuria voidaan tietoisesti muuttaa. Organisaatiokulttuuri muuttuu rakenteita hitaammin. Scheinin teoriassa on organisaatiossa mahdollisuus niin sanottuun pakotettuun muutokseen, jossa organisaation tulee synnyttää tarve kiireelliseen muutokseen. Muutoksessa tarvitaan johtajat, ns. muutosagentit, jotka vastaavat muutosprosessista organisaatiossa. Muutosagenttien oma sitoutuminen on erittäin keskeistä kulttuurimuutoksessa (Jorritsima & Wilderom 2012). Organisaatiokulttuurin muutos on syvälle ulottuva ja kokonaisvaltainen ja siksi erottuu organisaation kehittämisestä (Matikainen 2009: 24).

Organisaatiokulttuurin tutkimus on yksi tutkituimmista alueista johtuen organisaatioiden epäonnistuneista muutosyrityksistä. Tutkimus on ollut laajaa ja näkökulmia useita. Scheinin näkemys organisaatiokulttuurista edustaa modernia organisaatiotutkimusta. Tämän modernin tutkimuksen mukaan organisaatiokulttuuria voidaan muuttaa riittävän pitkällä aikajänteellä. Scheinin lisäksi muissa aikaisemmissä tutkimuksissa on näyttöä organisaatiokulttuurin kyvystä muuttua. Belloun (2007) mukaan organisaatiokulttuurin muutokseen vaikuttaa voimakkaasti organisaation johdon kiinnostus johtaa ja muokata organisaatiokulttuuria. Shunzhongin (2009) mukaan organisaation muutokseen vaikuttaa sen jäsenten kiinnostus muutokseen. Iverothin (2012) mukaan organisaation muutoksessa sellainen kulttuuri, joka perustuu yhteisiin tapoihin ja jaettuihin käytäntöihin, selviytyy muutoksesta helpommin.

Organisaatiokulttuurin muutoksesta voidaan Levyn & Merryin (1986: 9) mukaan erotella ensimmäisen ja toisen asteen muutoksen, joilla pinnallinen ja syvälinen muutos eroaa toisistaan. Ensimmäisen asteen muutoksessa organisaation normit, arvot ja merkitykset eivät muutu, vaan pysyvät samoina. Ensimmäisen asteen muutos onkin usein riittämätön. Toisen asteen muutoksessa organisaation toiminta- ja ajattelutavat muuttuvat ja organisaatiokulttuurin viitekehys muokkautuu ja uudistuu. Muutos tapahtuu kokonaisuudessaan niin organisaation ulkoisessa kuin sisäisessä toimintaympäristössä.

2.2. Asiakaslähtöinen organisaatiokulttuuri

Sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakaslähtöisyyttä määrittelevät hyvinvointiyhteiskunnan ja markkinaohjautuneen yhteiskunnan arvot. Markkinaohjautuneessa keskeinen rooli on markkinoilla ja hyvinvointiyhteiskunnassa valtiolla, jolloin ne eroavat ideologioiltaan sekä lähtökohdiltaan. Hyvinvointiyhteiskunnan keskeisiä ohjaavia arvoja ovat demokratia ja kollektivismi, kun markkinaohjautunutta yhteiskuntaa ohjaa liberalismi ja individualismi. Asiakaslähtöisen organisaation lähtökohtia tarkastellaan tässä tutkimuksessa hyvinvointiyhteiskunnan arvojen pohjalta. Hyvinvointiyhteiskunnalla tarkoitetaan kansalaisten yhteiskuntaa, joiden etua tukee demokraattisen valtion legitimeetti. (Ferge 1997: 13; Niiranen 2003: 71–72.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on tärkeää ymmärtää mitä tarkoitetaan asiakkaalla, asiakkuudella ja asiakaslähtöisyydellä. Asiakas mielletään terveydenhuollossa palveluiden tai tuotteiden vastaanottajaksi. Erona liiketalouden määrittelemään palvelun ostajaan ja maksajaan, julkisen sektorin asiakas on se taho, jonka kanssa toiminta tapahtuu tavaroiden myynnin sijaan (Selin & Selin 2005: 17–19). Asiakas-käsitettä käytetään potilaskäsitteen rinnalla lähinnä avoterveydenhuollon palveluiden käyttäjistä. Vaikka potilasta kuvataan laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) henkilöksi, joka on terveyden- ja sairaanhoitopalveluiden käyttäjä tai kohde, käytetään potilas-sanana tilalla yhä enenevässä määrin asiakas-sanaa. Asiakas-käsite kuvaakin paremmin palvelun käyttäjää itsenäiseksi, aktiiviseksi ja omista oikeuksistaan tietoiseksi. Asiakas-käsite on monesti kuitenkin terveydenhuollossa ongelmallinen, sillä asiakkuus on moniulotteista. Pääsääntöisesti potilasta tai terveyspalveluja käyttävää henkilöä pidetään asiakkaana. (Nikkilä & Mikkola 1998: 6; Tuorila 2006: 11–15; Virtanen ym. 2011: 15.)

Asiakaslähtöinen näkökulma on saanut alkunsa Yhdysvalloissa 1930-luvulla, jolloin ajatuksena oli edetä asiakassuhteessa asiakkaan itsensä esiin nostamalla ajatuksilla (Dryden & Mytton 1999: 57–67). Asiakaslähtöisyydellä on terveydenhuollossa pitkä perinne 1950-luvulta lähtien (Sosiaali- ja terveysministeriö 1993). Asiakaslähtöisyyttä käytettiin ensimmäisen kerran pääministeri Paavo Lipposen toisen hallituksen ohjelmassa vuonna 1999. Tällöin sosiaali- ja terveyspalvelujen laatu ja asiakaslähtöisyys liitettiin

läheisesti yhteen. (Hyvärinen 2011: 1–2.) Asiakslähtöisyys on usein arvoperusta sosi-aali- ja terveysterveyspalveluissa, sillä asiakas kohdataan yksilönä, jolla on ongelmia ja haasteita (Virtanen ym. 2011: 18).

Asiakslähtöisyys on käsitteenä laaja ja monialainen. Sitä voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. Ensisijaisesti määritellään, kuka asiakas on. (Duggan, Geller, Cooper & Beach 2006: 271.) Asiakslähtöisyydellä tarkoitetaan ammattilaisen ja asiakkaan tassa-arvoista vuoropuhelua ja vaikuttamista palveluprosessissa. Asiakslähtöisyydessä on keskeistä palveluun liittyvien päätösten tekeminen ja palvelun toteuttaminen asiakkaan tarpeiden, toiveiden ja mielipiteiden pohjalta sekä jokaisen asiakkaan kohtaaminen yksilönä. (STM 2007: 36–37; STM 2006: 18; Kiikkala 2000: 116–119; Stakes 1999: 11.) Asiakslähtöisessä toiminnassa otetaan huomioon yksittäisen asiakkaan tarpeet, mutta myös organisaation eri asiakkuudet (Valkama 2009: 35). Organisaatioiden asiakslähtöisyys tarkoittaa joustavuutta toimintatavoissa, jolloin ammattilaisia ohjataan valmiuteen muuttaa omia toimintatapojaan kohti asiakslähtöisyyttä. Asiakslähtöisyyden toteutumiseen liittyy asiakkaan ja ammattilaisen hyvä vuorovaikutus palveluprosessissa. (Laitila 2010: 143; Pyörälä 2011: 469; Stakes 1999: 11.)

Terveydenhuollossa asiakaskeskeisyys on ollut toiminnan keskiössä pitkään (Kujala 2003: 33–35). Hyvinvointiyhteiskunnassa palveluja käyttävä asiakas ymmärretään osana demokraattista järjestelmää (Niiranen 2003: 72). Asiakslähtöisyyttä joudutaan soveltamaan jokaisen eri terveydenhuollon alan päämäärien, eettisen normiston ja toiminnan tavoitteiden mukaan (Valkama 2009: 29). Terveydenhuollon asiakslähtöisyyden tavoitteena on organisoida palvelut ja toiminnot lähtien asiakkaiden tarpeista. Keskeistä on, että asiakas on selvillä palveluketjun kokonaisuudesta ja asiakkaalla on mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa siihen. (Valokivi 2008: 20.) Laadukas palvelu nähdään asiakslähtöisenä. Kuitenkaan sitä, millaisista tekijöistä asiakslähtöisyys syntyy, ei ole tarkemmin normiohjauksessa määritelty. (Sulkunen 2006: 27.)

Asiakslähtöisyyden tulisi ohjata organisaation toiminnan suunnittelua. Se on siis strateginen valinta. (Grönroos 2009: 526–528.) Asiakslähtöisyyteen vaaditaan tällöin organisaatiolta johdon sitoutumista, eri toimintojen välistä yhteistyötä sekä päätöksenteon

joustavuutta (Heinonen 1997: 90–94, 117–118). Sosiaali- ja terveysala poikkeaa muusta julkisesta palvelun tuotannosta asiakkaan ja tuottajan suhteen kuin palvelusektorin muut asiakkaat yleensä. Sosiaali- ja terveysalalla palvelun käyttäjä on riippuvaisempi palveluiden antajasta, koska palveluiden käyttäjällä on usein jokin ongelma. (Outinen, Holma & Lempinen 1994: 59.) Näin palveluiden lähtökohtana on ja tulee olla asiakkaan tarpeet (Valkama 2009: 29).

Vuorovaikutus asiakkaan kanssa nousee merkittävänä esiin puhuttaessa asiakaslähtöisyydestä. Hyvä vuorovaikutus asiakkaan ja terveydenhuoltohenkilöstön välillä mahdollistaa yhteisen päätöksenteon, kommunikaation, kumppanuuden ja täten terveyden edistämisen. (Groene, Lombarts, Klazinga, Alonso, Thompson & Suñol 2009: 44–50.) Asiakkaan tarpeiden kartoittaminen ja asiantuntijan ammattitaito mahdollistavat yhteisen päätöksenteon, joka johtaa hyvään lopputulokseen. Asiakkaan oppimista pyritään edistämään kommunikaation osana olevalla ohjauksella, joka on tavoitteellista toimintaa. (Duggan ym. 2006: 272; Kääriäinen 2005: 27–28; Kiikkala 2000: 119–120.)

Asiakaslähtöisyys edellyttää asiakkailta aktiivisuutta ja vastuuta hyvinvoinnistaan. Tämä eriarvoistaa asiakkaita, sillä kyvystä ajaa omaa asiaa ja oman asianhallinnasta tulee palveluiden saamisen edellytys. Tällöin asiakaslähtöisyys riippuu siitä, miten asiakas kykenee omaa etuaan ajamaan. Asiakaslähtöisen palvelutarjonnan piiristä putoavat tällöin asiakkaat, jotka eivät kykene omaa asiaansa ajamaan. (Julkunen 2006: 28; Valokivi 2008: 78–80.)

Asiakasorientaatio synnyttää asiakastytyväisyyttä (Strong & Harris 2004; Guenzi 2011). Asiakasorientaatiolla voidaan vaikuttaa positiivisesti työntekijöiden työttytyväisyyteen ja haluun sitoutua organisaatioon (Donovan, Brown & Mowen 2004; Franke & Park 2006). Asiakastytyväisyys on asiakkaan kokonaisvaltainen asenne palveluntarjoajaa kohtaan (Levesque & McDougal 1996: 14). Grönroos (2009) määrittelee asiakastytyväisyyden laadun kautta; sen miten suuret erot ovat asiakkaan odotuksissa ja kokemuksessa. Kyse on asiakkaan kokemasta laadusta, ei organisaation asettamista standardeista. Näin asiakastytyväisyyden ja laadun voidaan nähdä olevan sama asia. Tie-

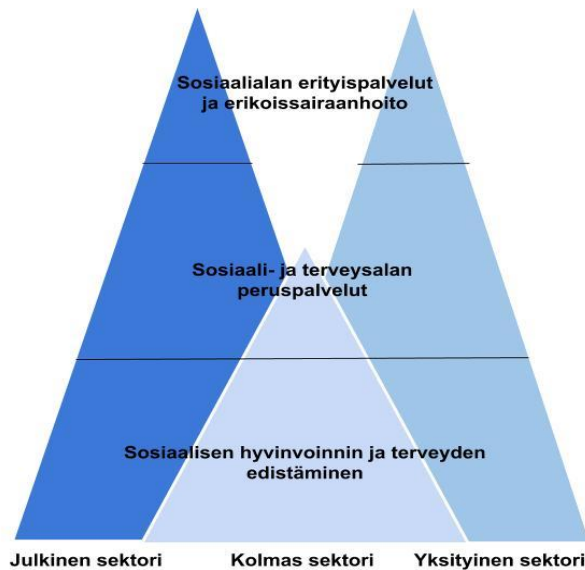
don johtaminen (knowledge management) on keskeinen linkki organisaatiokulttuurin ja asiakasorientaation välillä (Ghorbani, Demneh & Khorsandnejad 2012).

Asiakaslähtöisessä hoitotyössä jokainen asiakas kohdataan hänen hyvinvointivajeesta riippumatta ihmisarvoisena yksilönä. Asiakaslähtöinen hoitotyö muovaa hoitopäätöksiä asiakkaan odotuksien ja toiveiden mukaan. Asiakaslähtöisyys voi toteutua vain, jos asiakkaan odotukset ja toiveet tiedetään. (Telaranta 1999: 78; Virtanen ym. 2011: 18.) Hoitotyön asiakas- ja perhekeskeisyyden paras lähtökohta on asiakkaan oma käsitys perheen merkityksestä ja jokaisen perheen oma määritelmä on hoitotyön kannalta tärkeä (Etzell ym. 1998: 81, 85). Asiakaslähtöisyys on hoitotyön laadun kehittämisen painopiste (Kotisaari & Kukkola 2012: 68).

2.3. Asiakaslähtöinen kehittämistoiminta organisaatiossa

Sosiaali- ja terveysalan palvelukenttä on moninainen sen monien alalohkojen, osaamisen ja tehtävien erikoisosaamisen vuoksi. Suurin osa palveluista on peruspalveluita, joita kansasta valtaosa käyttää. Peruspalveluiden lisäksi palvelutuotannossa on erikoistunutta osaamista vaativat palvelusisällöt. Sosiaali- ja terveysalojen kehittämisesä onkin kyse monen eri sektorin toimijoiden muodostamasta monitahoisesta erityisaloihin jakautuneesta kokonaisuudesta (kuvio 4). (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011: 11.)

Terveysalan nykyjohtamiseen liittyy kiinteästi kehittämistoiminta. Kehittäminen (development) on muutosta, jossa pyritään alkukantaisemmasta kohti tarkoituksenmukaisempaa tilaa. Kehittämistä pidetään lähestymistapana, jossa toimitaan niin, että asiat kehittyvät myönteiseen suuntaan. (Karlöf 1999: 119–120.) Kehittämisen kohteena voi olla organisaation tuotteet, palvelut, toiminta, voimavarat ja sidosryhmäyhteydet (Roukala 1998: 11). Niiden palveluiden ja toimintojen kehittäminen, jotka vastaavat asiakkaiden tarpeita, on kehittämisen keskeisin merkitys. (Karlöf 1999: 119.)



Kuvio 4. Asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalveluiden kehittämisen kokonaisuus (Mukaillen Virtanen ym. 2011: 11).

Toiminnan kehittämislle on tyypillistä, että organisaation tehtäviä suoritetaan paremmin kuin aiemmin. Toiminnan kehittämisen edellytyksenä on, että organisaation nykyiset sekä tavoitteelliset tehtävät tiedetään. Myös organisaation palveluiden käyttäjien nykyvaatimukset on tiedettävä ja pyrittävä ennustamaan tulevat tarpeet. Näitä vaatimuksia ja tarpeita voidaan kartoittaa mittaamalla. (Roukala 1998: 11.) Kehittämislle on tyypillistä, että kehittäminen on käynnistettävä tietoisesti. Kehittäminen alkaa usein oman toiminnan tarkastelulla, jossa pyritään selvittämään, mitä kehittämistä omassa toiminnassa on. Vasta näiden kehittämistarpeiden selvittämisen jälkeen voidaan keskittyä siihen, mitä tarvitsee kehittää, jotta toiminnan laatu paranisi. (Karlöf 1999: 120.) Toiminnan kehittämisstrategian ja -suunnitelman laadinnassa pohditaan organisaation toiminnan kehittämisen keinoja ja -tavoitteita. Laadinnan pohjalta tulee saada tulokseksi konkreettinen toiminnan kehittämissuunnitelma. (Roukala 1998: 25, 28.)

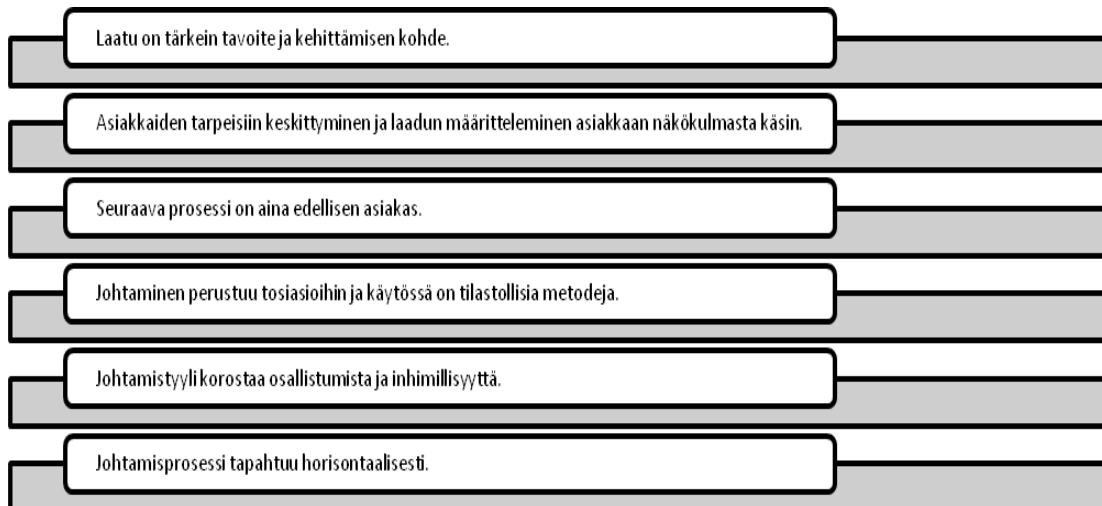
Toiminnan kehittämisen rakentuu kuudesta päävaiheesta (Roukala 1998: 25):

- Toiminnan kehittämisstrategian ja -suunnitelman laadinta

- Pääprosessin kehittämisen suunnittelu
- Osaproessin ja tietojärjestelmän kehittäminen
- Atk-suunnittelu
- Toiminnan muutoksen toteutus
- Jatkuva kehittäminen

Kokonaisvaltainen laatujohtamisen malli (TQM) on johtamistapa, jossa asiakas on keskeisessä roolissa. Laadun varmistaminen, joka tyydyttää asiakasta, on koko organisaation toiminnan tehtävä. Laatua pidetään organisaation tärkeimpänä menestystekijänä. Asiakkaan huomioiminen kokonaisvaltaisesti ja vastaten hänen tarpeisiinsa, voi hänen selviytymisensä itsenäisesti nopeutua. Kokonaisvaltaisessa laatujohtamisessa koko organisaatio luodaan palvelemaan laatua. Mittaaminen ja tilastollisten parametrien käyttö korostuu kokonaisvaltaisessa laatujohtamisessa. TQM soveltuu terveydenhuoltoon hyvin, sillä se pystyy parantamaan ja kehittämään itseään. (Telaranta 1997: 230–231.)
Terveydenhuollon organisaation toimintaa ohjaavat kuviossa 5 esitetyt periaatteet.

Potilas, hänen perheensä ja sosiaalinen verkostonsa sekä potilaan terveydentilan kokemukset ovat hoitotyön toiminnan keskipisteenä. Hoitotyön toiminnan johtaminen keskittyy luomaan parhaat kehykset hoitotyön toiminnalle. (Telaranta 1997: 187.) Virtanen ym. (2011: 22–23) ovat nimenneet kuusi asiakaslähtöisen kehittämisen osa-alueita terveyspalveluiden järjestämisessä (kuvio 6). Asiakaslähtöisen toiminnan kehittäminen tapahtuu kolmessa tasossa: asiakastaso, asiakas- ja organisaatiotason kohtaaminen ja organisaatiotaso.



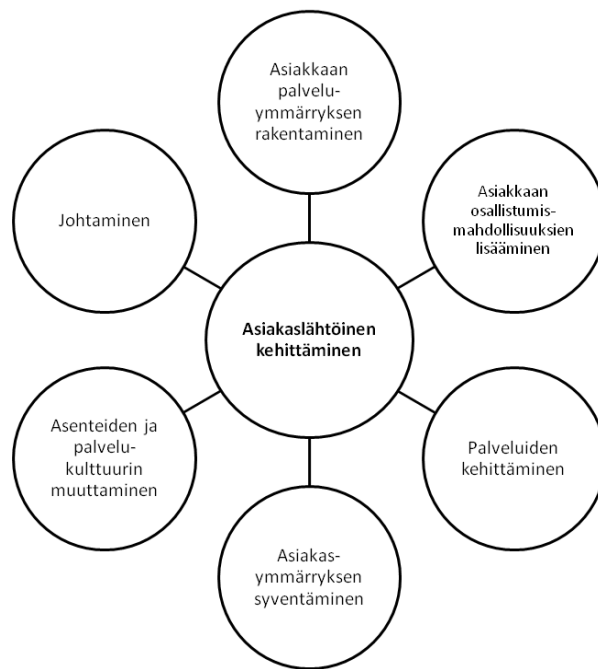
Kuvio 5. Organisaation toimintaa ohjaavat periaatteet (Mukaillen Telaranta 1997: 231).

Asiakastasolla keskeisiä elementtejä ovat asiakkaan palveluymmärryksen rakentaminen ja asiakkaan osallistumismahdollisuuksien lisääminen. Asiakkaan palveluymmärryksen rakentaminen tarkoittaa sitä, että asiakkaan tulee ymmärtää olevansa asiakas, jotta palvelu voi syntyä. Asiakkaan tulee saada riittävästi tietoa palveluun liittyvistä asioista. Tämä aktivoi asiakasta osallistumaan ja muokkaa asiakkaan asenteita. Asiakkaan osallistumismahdollisuuksien lisääminen on tärkeä kehittämisen osa-alue, sillä asiakas tuo aina palvelutapahtumaan omat voimavaransa. Asiakas ei ole palvelun kohde, vaan toimija. Palveluita kehittäessä asiakaskokemus on tärkeää informaatiota organisaation toiminnan kehittämiseksi. (Virtanen ym. 2011: 22.)

Asiakas- ja organisaatiotasolla huomioidaan palveluiden kehittäminen ja asiakasymmärryksen syventäminen. Palveluiden kehittämiseen kuuluu muodon, sisällön ja jakelukanavien kehittäminen, joilla palvelut tuodaan asiakkaan saataville ja ne toteutetaan. Palvelun kehittämisessä on tärkeää kuulla myös asiakkaan mielipidettä. Asiakasymmärryksen syventäminen on keskeinen, kun organisaatiota kehitetään organisaation omien tarpeiden lisäksi asiakkaan tarpeista käsin. Jotta palveluita voidaan kehittää asiakaslähtöisempään suuntaan, on asiakastiedon kerääminen ja hyödyntäminen päätöksenteon pohjana välttämätöntä. (Virtanen ym. 2011: 22.)

Organisaatiotasolla kehittämisen osa-alueita ovat johtaminen sekä asenteiden ja palvelukulttuurin kehittäminen. Johtamisella on suuri merkitys toimintatapojen ja asenteiden muuttamiseen. Johtaminen on keskeisessä asemassa, kun tuodaan asiakkuusajattelua organisaation eri tasoille ja tuetaan sen kehittämistä. Asenteiden ja palvelukulttuurin kehittäminen lisää asiakkaan kokonaisvaltaista huomioimista. Asiakkaita palvelevien organisaatioiden ja niiden henkilökunnan tulee toteuttaa asiakaslähtöisyyttä asiakkaiden kohtaamisessa ja omissa asenteissaan. Asenteiden muuttaminen sektori- ja tuotantolähtöisestä toimintatavasta asiakaslähtöisemmäksi vaatii panostusta. (Virtanen ym. 2011: 22.)

Sosiaali- ja terveyspalveluiden perustehtävänä on asiakkaiden odotuksiin ja tarpeisiin vastaaminen, joka Suomessa perustuu pääasiassa julkisiin hyvinvointipalveluihin (Ollila, Ilva & Koivusalo 2003). Julkisissa palveluissa asiakkaan asema määräytyy monesti organisaatiolähtöisesti (Scrivens 1995: 125). Organisaatiolähtöisessä palveluiden tuottamisessa palveluiden laatua ja saatavuutta kontrolloidaan palvelun tuottajan tarpeista käsin. Tällä julkinen sektori pyrkii jakamaan hyvinvointia tasaisesti ja oikeudenmukaisesti sekä yhteiskunnan ja asiakkaiden tarpeet huomioon ottaen. Julkista sektoria on kritisoitu sen byrokraattisuudesta ja organisaatiolähtöisestä palveluiden tuottamisesta. Hyvinvointipalveluiden järjestämisen kehittämisessä on suunnattu enemmän markkina-keskeiseen sekä kansalaisyhteiskunnalliseen suuntaan. (Niiranen 2000: 13; Pajukoski 2004: 188–195; Tuorila 2000: 32; Vuokko 1997: 123.)



Kuvio 6. Asiakaslähtöinen kehittäminen (mukaillen Virtanen ym.2011: 22–23).

Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen kehityksen suuntana ovat asiakkaan aseman ja palvelun laadun parantaminen. Organisaatioiden toiminnan kehittäminen ei siten voi perustua vain organisaation itsensä kehittämiseen vaan myös palveluiden käyttäjien tarpeet ja odotukset tulee ottaa huomioon. Siirtyminen organisaatiolähtöisestä asiakaslähtöiseen parantaa toiminnan laatua ja asiakkaan asemaa. (Heinonen 1999: 13–14; Vuokko 1997: 123.) Asiakaslähtöisyyden toteutumista julkisella sektorilla haastaa palveluiden saatavuuden rajoittaminen ja asiakkaiden valikoiminen. Julkinen ja yksityinen sektori eroavat palvelun tuottajina asiakaslähtöisyyden osalta. Julkisella sektorilla asiakaslähtöisyys ei ole ainoastaan asiakkaiden tarpeiden huomioimista vaan palveluiden käyttöä kontrolloi lisäksi yhteiskunnan tarpeet sekä vahva byrokratia- ja professiokeksisuus ja virkamiesmäinen johtaminen. Tämän nähdään estävän julkisen sektorin palveluajattelua. (Heinonen 1999: 13–14; Lehto 2003: 56; Sinkkonen ym. 1992: 14.)

3. PERHEKESKEISYYS ASIAKASLÄHTÖISEN TOIMINNAN KEHITTÄMISEN KOHTEENA

Asiakaslähtöisyyttä ja sen kehittämistä on tutkittu terveydenhuollon kontekstissa paljon. Esimerkiksi Kujala (2003) osoitti väitöskirjassaan asiakaslähtöisyyden keskeiseksi laadun kehittämisen lähtökohdaksi terveydenhuollossa. Tässä tutkimuksessa asiakaslähtöisyyttä tarkastellaan perhekeskeisyyden näkökulmasta. Paavilainen, Seppänen & Åstedt-Kurki (2000) totesivat tutkimuksessaan hoitotyön kehittämisen kohti perheiden tarpeisiin vastaamista olevan tärkeää. Asiakaslähtöisyyden näkökulma muodostui aikaisemman tutkimuksen, teoreettisen kirjallisuuskatsauksen ja tutkimuksessa käytettävän mittarin perusteella. Teoreettisessa tarkastelussa asiakaslähtöisyys ilmeni pääasiassa asiakkaan osallistamisena ja valinnanvapautena sekä asiantuntijan ja asiakkaan vuorovaikutuksena. Perheiden tuki – mittarilla halutaan tarkastella asiakaslähtöisyyttä perheiden tukemisen näkökulmasta, jolloin asiakaslähtöisyyteen voidaan lisätä perhekeskeisyys. Perhekeskeisyyttä tarkastellaan perheiden tukemisen osa-alueina; kohtaaminen, tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen.

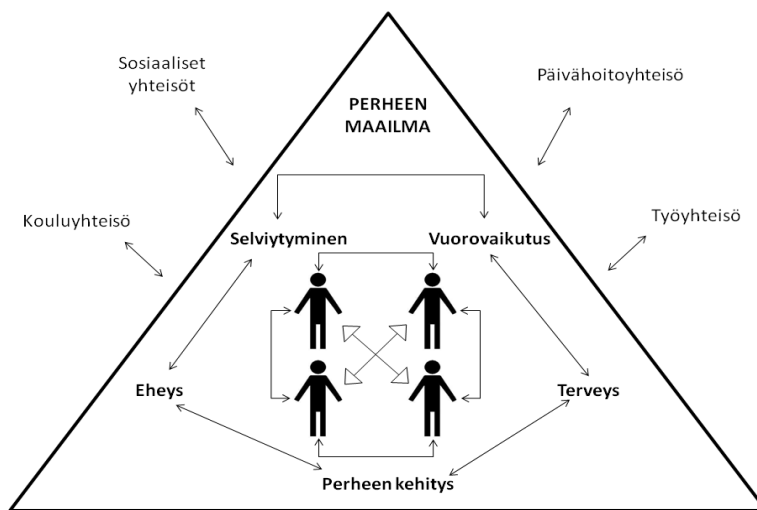
3.1. Perhekeskeisyys asiakaslähtöisen toiminnan ulottuvuutena

Perhettä pidetään yhteiskuntamme ydinyksikkönä. Perheen määrittelyyn voi vaikuttaa yhteisö, vallitseva kulttuuri ja määrittelijän oma näkökulma. Yleisesti perhe voidaan määrittellä ryhmäksi, jossa asuu yhdessä yleensä kahden peräkkäisen sukupolven edustajia. (Etzell ym. 1998: 80; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999: 15.) Englanninkielisessä kirjallisuudessa käytetään termiä *extended family*, mikä tarkoittaa laajempaa perhekäsitystä, verrattuna suomalaiseen perhekäsitykseen samassa taloudessa asuvista. Laajempi perhekäsitys on keskeinen käytännön hoitotyössä pohdittaessa perheen tukiverkostoja ja voimavaroja. (Larivaara, Lindroos & Heikkilä 2009: 22.)

Perheen muodostavat yksilöt, joista jokainen elää omaa elämäntilannettaan. Yksilön lisäksi perheessä on yhteinen perhetilanne, johon vaikuttavat mm. perheen yhteiset säännöt. Perhemuodot voivat vaihdella yhteiskunnittain. Tyypillisin muoto on ydinperhe, joka muodostuu äidistä, isästä ja lapsista. (Etzell ym. 1998: 81; Paunonen & Vehvi-

läinen-Julkunen 1999: 15; Åstedt-Kurki ym. 2008: 11.) Perhe ei ole vain jäsentensä summa eikä perhettä ei voi määrittellä vain perheen ulkopuolelta. Perhe on kompleksinen verkostosuhteita, vuorovaikutusta, normeja, sääntöjä, kommunikointitaitoja ja –tyylejä. (Schmitt 2008: 10.) Kuviossa 7 on kuvattu perheen verkostoja ja vuorovaikutussuhteita. Yksilöt voivat määrittellä perheensä eri tavoin. Esimerkiksi samassa taloudessa kahden asuva keski-ikäinen pariskunta saattaa lukea perheeseensä kuuluvaksi myös kotoa pois muuttaneet aikuiset lapset. (Larivaara, Lindroos & Heikkilä 2009: 22.)

Perheen yhteiskunnallinen tehtävä on olla yhteiskunnallinen perusyksikkö, joka toimii yksilön ja yhteiskunnan välisenä linkkinä (Etzell ym. 1998: 83). Tämän yhteiskunnallisen perusyksikön tavoitteena on vastata yhteiskunnan, johon perhe yksikkönä kuuluu, tarpeisiin sekä vastata yksilöiden, jotka kuuluvat perheyksikköön, tarpeisiin. Perhettä pidetään keskeisenä sosiaalisena yksikkönä, jolla on merkittävä vaikutus jäseniinsä. Perhe vaikuttaa perheenjäsenen käyttäytymiseen, ajatuksiin ja tunteisiin. (Friedman, Bowden & Jones 2003: 4.) Perhe on siis keskeinen kehityksen ja kasvun jatkuva vaikuttaja, sillä se vaikuttaa yhteiskunnan kannalta merkittäviin asioihin. Perheen sisällä keskeisinä tehtävinä pidetään suvun jatkamista, taloudellista toimintaa, lasten sosialisointia ja erilaisten tunne-elämän tilanteiden säätelyä. (Etzell ym. 1998: 83; Friedman, Bowden & Jones 2003: 5; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999: 15.)



Kuvio 7. Perhekeskeisen hoitotyön keskeiset ulottuvuudet (Mukaiillen Bomar 2009: 6).

Kuviossa 7 kuvataan koko perhettä asiakkaana, perheen verkostoja ja vuorovaikutussuh- teita sekä perhekeskeisen hoitotyön keskeisiä elementtejä perheen terveyden edistämi- sessä. Tarkastelun kohteena voi olla joko yksittäinen perheenjäsen tai koko perhe. Yksi- lön ollessa ensisijaisesti asiakkaana, perhe on yksilön konteksti tai ympäristö. Koko perheen ollessa hoitotyön asiakkaana perhe on ympäristön kanssa vuorovaikutuksessa toimiva kokonaisuus. Perhe toimii vuorovaikutuksessa koulu-, päivähoito-, työ- ja sosi- aalisten yhteisöjen kanssa. Sosiaaliin yhteisöihin kuuluu mm. harrastus- ja vapaa-ajan yhteisöt. Perhekeskeisen hoitotyön toteutumiseksi on tärkeää perehtyä perheen maail- maan merkitykseen perheen terveyden edistämässä. (Bomar 2009: 4–10.)

Hoitotyössä on huomattu sairastumisen vaikutus perheeseen (Wright & Leahey 1994: 1). Jo yksittäisen perheenjäsenen ongelma voi vaikuttaa koko perheeseen. Tämä on yksi peruste pyrkiä perhekeskeisyyteen hoitotyössä. (Etzell ym. 1998: 81, 85.) Friedman ym. (2003: 5) ovat avanneet muita perusteluita perhekeskeisyyden toteuttamiseen hoito- työssä. Perhe on tärkeä voimavara terveyden tuottamiseen niin yksilöille kuin koko per- heelle. Perheellä ja terveydellä on vahva keskinäinen suhde, joka kertoo perheen merki- tyksestä terveyden edistämiseen ja kuntoutumiseen.

Yksilö kertoo usein ensin perheelleen tai ystävilleen huolenaiheistaan, jolloin yhdessä pohditaan apua ongelmaan. Perhekeskeisyys auttaa hoitajaa näkemään kokonaisuuden, kun pelkän yksilön sijaan huomioidaan koko perhe hoitoprosessissa. (Friedman ym. 2003: 5–6; Kotisaari & Kukkola 2012: 51.) Käytännön hoitotyössä perhekeskeisyys merkitsee perheen mukaan ottoa hoitoon taustatueksi, jolloin yksilö on hoidossa keskei- nen tai perhe on keskeinen hoitotyön mielenkiinnon kohde ja yksilö toissijainen (Pau- nonen & Vehviläinen-Julkunen 1999: 17; Bomar 2009: 4–5).

Perhettä on tutkittu usealla eri tieteenalalla. Perhetutkimusta on tehty noin 19:sta tie- teenalalla, esimerkiksi kasvatustieteissä, hoito- ja oikeustieteissä. Perhettä voidaan tarkastella systeemi- tai kehitysteoreettisesti sekä eri tutkimuskohteiden avulla. Perheen näkökul- mia korostetaan eri tavoin eri tieteenaloissa. (Etzell ym. 1998: 83–84.) Hoitotieteellinen perhehoitotyön tutkimus on nuori tieteenala Suomessa. Perhehoitotyön tutkimus on al-

kanut 1980-luvulla ja on lisääntynyt vasta 1990-luvulla. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999: 109.)

Perhehoitotyön tavoitteena on perheen omien voimavarojen tukeminen itsehoitoperiaatetta unohtamatta (Hakulinen, Koponen & Paunonen 1999: 27). Perheen ja yksittäisen perheenjäsenen merkitys hoitotyölle on keskeinen (Wright & Leahey 2000: 13). Perheiden ominaispiirteiden tunnistaminen ja ymmärtäminen sekä perheen omien näkemysten kuunteleminen on tärkeää (Etzell ym. 1998: 81, 85). Hoitotieteellisessä perhetutkimuksessa tarkastellaan mm. perheiden terveyttä ja voimavaroja, mutta myös perhettä terveydenhuollon asiakkaana terveydenhuollon eri alueilla. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999: 109.) Hyvään hoitotyöhön kuuluu perhekeskeisyys, mikä tulisi huomioida hoitotyön kehittämisessä (Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999: 320).

Paunonen ja Vehviläinen-Julkunen (1999: 112–113) tarkastelivat perhehoitotyön tutkimuksia viiden yliopiston hoitotieteen laitoksen opinnäytetöitä vuosilta 1990–1996. Opinnäytteiden 98 tutkimuksesta oli kahdeksan opinnäytettä tehty liittyen perheisiin ja yksitoista liittyen tukemiseen. Tässä tarkastelussa todettiin, että tarvitaan enemmän tutkimuksia siitä, miten terveydenhuollossa käytetään perhehoitotyöstä tuotettua tietoa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999: 115–116.)

Perhettä on haastava tutkia sen monimuotoisuuden vuoksi (Etzell ym. 1998: 85). Perhe monesti muuttuu luonnollisen kehityksen myötä esimerkiksi lapsen syntymän tai avioeron myötä. Nämä perheen muutokset ja siitä seuraavat yksilöiden ja perheen tuntemukset tulee huomioida hoitotyössä. (Larivaara, Lindroos & Heikkilä 2009: 22.) Perhettä pidetään useimmiten voimavarana potilaalle, mutta perhe voi olla myös voimavaroja kuluttava tekijä. Siksi hoitotyöntekijöiden tulisi huomioida potilaan omat toivomukset perheen mukaan ottamisesta hoitotyöhön. (Aura 2008: 18.)

Perheen huomioiminen hoitotyössä on luonnollista ja välttämätöntä erityisesti asiakkaan luona hoitotyötä toteutettaessa. Perhekeskeinen hoitotyö ja perhehoitotyö ovat käsitteinä lähellä perhekeskeisyyttä. Perhekeskeisellä hoitotyöllä ja perhehoitotyöllä kuvataan perheen ottamista mukaan asiakkaan hoitoprosessiin. (Hakulinen 1994; Ladd ym. 2000:

115.) Perhekeskeisyyden toteutuminen hoitotyössä on haastavaa, sillä asiakkailla voi olla perinteisestä perhekäsityksestä poikkeava käsitys siitä, ketkä kuuluvat hänen perheeseensä (Marin 1999: 53–54).

3.2. Perheen tukeminen osana asiakaslähtöistä toimintaa

Tuki on monimuotoinen käsite. Tutkijat ovat eri mieltä sen määrittelystä ja sisällöstä. Joidenkin määritelmien mukaan tuki voi olla tiedollista, emotionaalista, sosiaalista tai instrumentaalista. (Aura 2008: 9; Mattila 2011: 16.) Nykysuomen keskeinen sanasto (2004) määrittelee tukemisen tuen antamiseksi, tukena olemiseksi, kannattamiseksi ja vahvistamiseksi. Tukea pidetään kuitenkin erityisesti terveydelle tärkeänä. (Mattila 2011: 16, 20; Mikkola 2006: 24–25.) Mattilan (2011: 107) mukaan annettu tuki määrittelee, millaiseksi hoitosuhde muodostuu ja kuinka merkitykselliseksi tuki koetaan.

Psyykinen tuki (counselling) tarkoittaa tilannetta, jossa ihmiset ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa auttaakseen toisiaan. Auttamisessa keskeistä on kuunteleminen ja keskusteleminen. (Davis 2003: 11.) Sosiaalinen tuki (social support) on moniulotteinen käsite. Sosiaalista tukea pidetään sosiaalisten instituutioiden kuten perheiden, naapuriston ja uskonnollisten organisaatioiden keskeisenä toimintatapana. Sosiaalinen tuki on ihmisten välisiä suhteita ja kanssakäymistä. (Bullock 2009: 142.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ja ammattieettiset ohjeet ohjeistavat hoitohenkilökunnan toimimista perheen kanssa. Näiden mukaan hoitohenkilökunnan tulee toimia potilaan perheen kanssa yhteistyössä ja vahvistaa perheen osallistumista hoitoon. (Åstedt-Kurki 2008: 124.) Perheen ja terveydenhuoltohenkilöstön välistä vuorovaikutusta, tiedon kulkua ja hoitoon osallistumista on tutkittu paljon kansallisesti ja kansainvälisesti.

Useissa tutkimuksissa on todettu, että perhe on merkittävä tekijä niin positiivisesti kuin negatiivisesti potilaan hoidossa ja että perheen huomioiminen hoitotyössä on tärkeää (mm. Aura 2008; Hopia ym. 2004; Mattila 2011; Åstedt-Kurki ym. 2000). Hyvä hoito voidaan määritellä erilaisista näkökulmista, mutta keskeisimpiä ovat potilaan, hänen

perheensä ja ammattilaisen näkökulma (Kotisaari & Kukkola 2012: 65). Tuen tarjoamisessa on tärkeää, että tuen antaja haluaa aidosti antaa tukea (Bernard 1992: 41).

Perheen terveyden ja hyvinvoinnin tukemisen lähtökohtana on läheisten ja hoitohenkilökunnan keskinäinen yhteistyö (Aura, Asikainen, Heikkilä, Lipponen, Paavilainen & Åstedt-Kurki 2010: 14). Läheiset kokevat tarvitsevansa tukea perheenjäsenen sairastuessa (mm. Koivula 2004; Tarkka ym. 2003; Soukka ym. 2004). Läheisten tuen tarpeet liittyvät lohdutuksen, myötätunnon, ymmärryksen, rohkaisun ja henkilökohtaisen jaksamisen tuen saamiseen (Mattila 2011: 25–26). Sekä terveydenhuoltohenkilöstön että oman perheen tukea pidetään tärkeänä. Åstedt-Kurjen ym. (2000) mukaan perheenjäseneet nähdään pääasiassa informaation vastaanottajina ja tiedon välittäjinä. Tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan kyky tunnistaa perheenjäsenten tärkeys potilaan hoidolle oli riittämätön. Myös perheenjäsenen huomioiminen sekä tuen antaminen oli riittämätöntä.

Mattilan (2011) tutkimuksen mukaan potilaat ja perheenjäseneet saivat tukea hyvin, mutta potilaat saivat sitä enemmän. Emotionaalista tukea annettiin enemmän kuin tiedollista. Esimerkiksi ohjaus- ja neuvontatilanteisiin ei ollut kaikilla perheenjäsenillä mahdollisuutta osallistua. Hoitajien käsitys perheen tukemisesta on laaja. Mikkola (2006) eritteli tutkimuksessaan hoitajien tuelle antamia merkityksiä. Hoitajien mukaan tuella on tiedon rakentamiseen, jaksamiseen, selviytymiseen ja suhteeseen liittyviä merkityksiä. Hoitajat kokivat fyysisen avun ja konkreettisen tuen ensisijaisena hoitajan antamana tukena. Tähän ei suoranaisesti kuulu nonverbaalista tai verbaalista vuorovaikutusta. Hoito on kokonaisvaltaisempaa, jos hoitaja kiinnittää huomiota perheen tukemiseen hoitotyössä (Hakulinen ym.1999: 32–33.)

Tuen vaikutuksiin sisältyy myös negatiivinen ulottuvuus. Negatiivisia vaikutuksia saattaa aiheuttaa hoitajien antama puutteellinen tuki, mutta myös oman perheen vaikutus. Tukeen tulisikin yhdistää terveydenhuoltohenkilöstön erilaisia tuen antamista edistäviä taitoja ja keinoja, kuten perheenjäsenen neuvontaa. Tuen positiiviset vaikutukset auttavat mm. kotona selviytymistä. (Mattila 2011: 108–109; Soukka ym. 2004.) Koivula (2004) tutki perheen ja läheisten merkitystä ohitusleikkauspotilaiden ja hoitohenkilö-

kunnan kokemana. Hän totesi tutkimuksessaan, että potilaiden suhde perheisiinsä on ristiriitainen. Potilaat kokivat tarvitsevansa tukea ja toivovat sitä myös perheelleen. Osa potilaista suhtautui torjuvasti perheeseensä. Hoitajien kokemuksen mukaan potilaiden omaiset sekä antavat tukea että aiheuttavat ongelmia hoitotyössä.

Kohtaaminen

Kohtaaminen on hoitotieteen keskeinen käsite. Se on sosiaali- ja terveystieteiden ammattien tärkeimpiä osaamisvaatimuksia. (Mäkisalo-Ropponen 2011: 7.) Hoitotyön käytännössä kohtaaminen on hoitamisen ydintapahtuma. Kohtaamisessa on kyse yksilön suhteesta toiseen tai toisiin. (Heikkinen & Laine 1997: 7–9.) Asiakkaan hoitoprosessi pohjautuu vuorovaikutukselle (Sundeen ym. 1987: 127). Kommunikointi onkin keskeisin työskentelymuoto terveydenhuollon kentällä (Burnard 1992: 1). Hoitotyön kohtaamisessa edellytetään yhteistä vuorovaikutussuhdetta toisen kanssa, jolloin muodostuu myös toisen ymmärtämisen tarve. (Heikkinen & Laine 1997: 7–9.) Hoitotyön yhtenä tavoitteena on potilaan kanssa tapahtuvan myönteisen vuorovaikutuksen mahdollistaminen ja maksimointi (Sundeen ym. 1987: 29).

Asiakaslähtöisyys mahdollistaa asiakkaan kohtaamisen. Avoin välittäminen potilaasta ja hänen perheestään voi edistää hoidossa onnistumista (Kotisaari & Kukkola 2012: 57). Vuorovaikutus voi olla joko verbaalista tai nonverbaalista (Burnard 1992: 2). Toisen ihmisen kuunteleminen on yleisin ihmisen kommunikointitapa. Hoitotyössä kuuntelu on keskeinen taito ja hoitotyön ydin. On tärkeää osata kuunnella mitä toinen todella sanoo. Hoitotyössä asiakkaan lisäksi omainen saattaa tuoda sellaisia asioita esiin, jotka voivat edistää hoitoa. (Burnard & Gill 2008: 51.)

Mäkisen (2002: 109–111) mukaan omaisten kohtaaminen on vähäistä. Jotta omaiset tuntevat olevansa aidosti mukana potilaan hoidossa, on tärkeää, etteivät omaiset tunne itseään ulkopuolisiksi (Mäkisalo-Ropponen 2008). Hopia ym. (2004) tutkivat potilaiden omaisten ja hoitajien välistä vuorovaikutusta edistäviä ja estäviä tekijöitä. Sekä omaiset että potilaat kokivat vuorovaikutuksen tärkeänä. Hoitajien ja omaisten vuorovaikutuksessa potilaan vointi oli pääasiassa keskustelun aiheena. Hopian ym. mukaan omaisten

tukemiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Potinkaran (2004) mukaan läheisen ja hoitajan yhteistyö rakentuu läheisen kohtaamisesta, auttamisesta ja läheisen oman paikan määrittymisestä omaisen hoidossa.

Tiedonsaanti

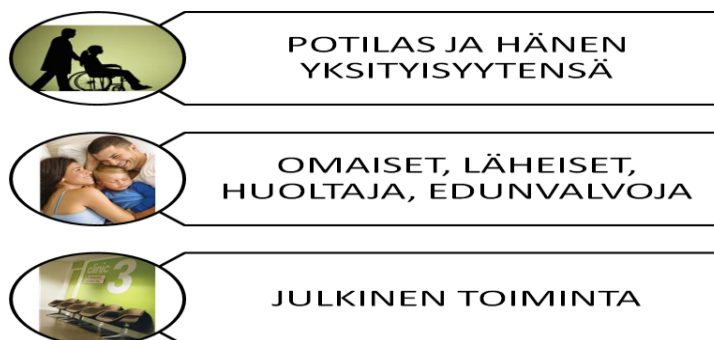
Riittävä tiedonsaanti on tärkeää hoitotyössä, sillä sen on todettu lisäävän asiakastytyväisyyttä (Fröjd, Swenne, Rubertsson, Gunningberg & Wadensten 2011; Kvist 2004; Doering, McGuire & Rourke 2002). Potilaan tiedonsaantioikeus on säädetty potilaslaissa 5 §:ssä. Tiedonsaantioikeus on keskeinen osa potilaan ja hoitohenkilökunnan luottamuksellista hoitosuhdetta. Terveystieteiden ammattihenkilön on annettava lain mukaan potilaalle selvitys potilaan terveydentilasta ja hoitoon liittyvistä asioista. (Kotisaari & Kukkola 2012: 108.) Potilaan tiedonsaantioikeus toteutuu potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön välisessä vuorovaikutuksessa (Pahlman 2010: 59).

Omaiset luonnollisesti haluavat tietoa potilaan terveydentilasta ja ennusteesta. Omaisia tulee informoida aina kun siihen on aihetta. Oma-aloitteinen ja aktiivinen tiedottaminen on osa laadukasta hoitotyötä. Omaiset ja läheiset voivat saada potilasta koskevia terveystietoja vain potilaan suostumuksella. (Kotisaari & Kukkola 2012: 55–56.) Omaisella ja hoitajalla saattaa olla näkemuseroja hoitoon liittyvissä asioissa. Omaisen voi ihmetellä potilaan kuntouttamisen vähyyttä tai perushoitoon liittyviä asioita. Tällöin on hyvä keskustella omaisen kanssa ja antaa oikeaa tietoa, esimerkiksi yksikön hoitokäytännöistä. (Kotisaari & Kukkola 2012: 57.)

Hoitotyön esimiehelle kuuluu tiedottamisvelvollisuus. Tiedottamisvelvollisuuteen kuuluu yleinen tiedottamisvelvollisuus ja yksilöä koskeva tiedottaminen. Yleinen tiedottamisvelvollisuus sisältää velvoitteen kertoa terveydenhuollon palveluista kuntalaisille ja väestölle. Esimiehen vastuulla on myös, että potilaiden omaisiin ja läheisiin suhtaudutaan kunnioittavasti ja ymmärtävästi. (Kotisaari & Kukkola 2012: 55–57.) Tiedon antamisessa on harkittava mitä tietoa voidaan antaa ja mitä ei. Tiedon antamisessa on huomioitava, että tieto on tarkkaa ja oikeellista. Oma mielipidettä ei saa myydä tietona. (Burnard 1992: 40–41.)

Tutkimusten mukaan leikkauspotilaiden hoidon ohjaus- ja opetusosaamista olisi parannettava (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2008; Istomina 2011). Åstedt-Kurjen, Paunosen ja Lehden (1997) tutkimuksen mukaan kolmannes omaisista koki, ettei saanut riittävästi tietoa hoitohenkilökunnalta. Duhamelin ja Talbotin (2004) tutkimuksessa hoitohenkilökunnalle oli avautunut omaisten ohjaamisen ja kysymyksiin vastaamisen tärkeys. Mäkisen (2002) tutkimus erikoissairaanhoidon iäkkään potilaan omaisen kokemuksista osoitti, etteivät omaiset kokeneet saaneensa riittävästi tietoa ja tieto piti hankkia omatoimisesti.

Kotisaari & Kukkola (2012: 54) ovat eritelleet hoitotapahtumasta kolmitasoisien rakenteen (kuvio 8), jotka on hyvä pitää toisistaan erillään hoitotapahtuman aikana. Tämä edistää sairaudesta aiheutuvien asiavyyhtien selvittelyä. Hoitotapahtuman kolmitasoinen rakenne kuvastaa hyvin, miten hoitotapahtumaan kuuluu merkittävänä osana hoitoorganisaation ja potilaan lisäksi myös potilaan läheinen. Paavilainen ym. (2000) totesivat tutkimuksessaan, että perioperatiivisessa hoitoprosessissa keskeistä on yksilöidä perhe ja potilas hoidon aikana. Organisaation, potilaan ja läheisen yksilöiminen voi olla haastavaa hoitotapahtuman aikana kaikkien osa-alueiden yhteen nivoutumisen vuoksi.



Kuvio 8. Hoitotapahtuman kolmitasoinen rakenne (Mukaillen Kotisaari & Kukkola 2012: 54).

Hoitoon osallistuminen

Laadukkaaseen terveydenhuoltoon kuuluu potilaiden ja heidän läheisensä mahdollisuus osallistua hoitoon sekä tiedon antaminen heille. Perheen tai perheenjäsenen tai läheisen ensisijainen tehtävä on olla potilaan tukena. Perheenjäsenen läsnäolo ja tukeminen voi parhaimmillaan tuoda helpotusta potilaan kärsimyksiin ja edistää sairaudesta toipumista. (Kotisaari & Kukkola 2012: 51–54.) Hautaviidan (2011) mukaan läheisten osallistuminen hoitoon on monimuotoista, mutta merkityksellistä. Hän tutki ikääntyvien, polikliinisesti sytostaattihoitoa saavien syöpäpotilaiden läheisten kokemuksia. Läheisten hoitoon osallistumista kartoittamalla hoitajat voivat edistää potilaan hoidon jatkuvuutta.

Perheen osallistuminen asiakkaan hoidon suunnitteluun sisältyy yhä enemmän hoitoprosessiin. Lainsäädännössä on otettu asiakkaiden läheiset ja omaiset paremmin huomioon kuin aikaisemmin. Omaisia ja läheisiä halutaan ottaa mukaan mm. sairauksien hoitoon, kuntoutukseen ja terveyden edistämistyöhön. Potilaslain 4a §:ssä säädetään, että potilaan hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta tai tutkimusta koskeva suunnitelma on tehtävä yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen läheistensä tai omaistensa kanssa. Omaisilla saattaa olla sellaista tietoa, joka on hyödyllistä potilaan hoitoa ja kuntoutusta suunniteltaessa. (Kotisaari & Kukkola 2012: 54–55.)

Nuutinen & Raatikainen (2005) tutkivat omaisen hoitoon osallistumista. He selvittivät miten omaiset ovat osallistuneet vanhusten hoitoon ja millaista tukea omaiset ovat saaneet hoitoon osallistumisessa. Heidän mukaansa yli puolet omaisista sai vähän tukea hoitoon osallistumiseen. Mitä enemmän läheinen oli saanut tukea hoitohenkilökunnalta ja mitä enemmän läheisellä oli omia voimavaroja, sitä useammin hän osallistui potilaan hoitoon. Salminen-Tuomaalan ym. (2008) mukaan valtaosa läheisistä piti tärkeänä päiväkirurgisen potilaan hoidon ohjauksessa mukana oloa erittäin tärkeänä, koska halusivat sitoutua potilaan hoitoon kotona. Vom Egenin ym. (2000) tutkimuksessa läheisiä ei otettu riittävästi mukaan keskusteluun hoitoon osallistumisesta.

4. TUTKIMUSMENETELMÄT

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena survey-tutkimuksena. Kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimuksella selvitetään lukumääriin ja prosentiosuuksiin liittyviä kysymyksiä sekä tutkittavassa ilmiössä tapahtuneita muutoksia ja riippuvuuksia. Kvantitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä sen numeerisesti suuri, edustava otos, joka antaa kuvan ilmiöstä numeerisen tiedon pohjalta. Määrällisen tutkimuksen tiedonhankinta voidaan tehdä keräämällä aineisto itse tai hankkia tarvittavat tiedot jo olemassa olevista tilastoista, rekistereistä tai tietokannoista. Yksi tapa kerätä aineisto itse on survey-tutkimus, jossa aineisto kerätään suunnitelmallisesti tutkimuslomaketta käyttäen. Tutkimus voidaan toteuttaa joko haastatteluna tai kyselynä. (Heikkilä 2001: 16–19; Holopainen, Tenhunen & Vuorinen 2004: 7–8.) Tämä tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena “Perheiden tuki” -mittarin lyhyttä versiota käyttäen. “Perheiden tuki” -mittarin kliiniseen käyttöön tarkoitettu lyhyt versio toimii tutkimuksessa aineiston keruu välineenä.

4.1. Aineiston keruu

Tutkimuskohteena tässä tutkimuksessa ovat erikoissairaanhoidon päiväkirurginen yksikkö, päiväkirurginen aikuispotilas ja hänen läheisensä. Tutkimuksen aineiston keruu toteutettiin 15.4.2013–30.6.2013 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Seinäjoen keskussairaalan päiväkirurgian yksikössä aikuispotilailta ja heidän läheisiltään. Tutkimusaineisto kerättiin kaikilta 18–vuotta täyttäneiltä päiväkirurgisilta potilailta ja yhtä monelta potilaan läheiseltä. Tutkimus rajattiin päiväkirurgian yksikköön, sillä tutkimuksessa haluttiin saada tietoa päiväkirurgian yksikön aikuispotilaiden läheisten kokemuksista terveydenhuoltohenkilöstöltä saadusta tuesta. Päiväkirurgian yksikkö valikoitui tutkimuskohteeksi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin omasta tarpeesta ja toivomuksesta. Tässä tutkimuksessa kohdejoukkoon kuuluvat tietyinä ajanjaksona päiväkirurgian yksikössä hoidettavana olleet potilaat ja heidän läheisensä.

Tutkimuksen kohdejoukko muodostui perusjoukosta valittavasta otoksesta. Otos valittiin perusjoukosta harkinnan varaisena otoksena eli näytteenä. Tutkimuksen kohdejoukkona oli päiväkirurgian yksikön yli 18-vuotiaat päiväkirurgiseen toimenpiteeseen tule-

vat henkilöt ja heidän läheisensä. Kyselylomakkeita jaettiin 150 kappaletta potilaille ja yhtä monta läheisille (150 kappaletta kyselylomakkeen saaneiden potilaiden läheisille). Aineiston keruu toteutettiin harkinnanvaraisella otannalla päiväkirurgisessa yksikössä. Seinäjoen keskussairaalan päiväkirurgian yksikön terveydenhuoltohenkilöstö jakoi kyselylomakkeet ja muun materiaalin potilaille heidän sairaalassa olo aikana. Potilaat valitsivat itse läheisen, joka osallistui tutkimukseen ja potilas antoi kyselylomakkeen läheiselle vastattavaksi.

Terveydenhuoltohenkilöstö valitsi tutkimukseen henkilöitä, jotka täyttivät tutkimukseen osallistumisen vaatimukset. Tutkimukseen osallistuminen edellytti 18-vuoden ikää, kykyä täyttää lomake itsenäisesti ja kykyä suostumuksen merkityksen ymmärtämiseen. Lisäksi potilaan kohdalla edellytyksenä oli, että hänen tuli olla asioinut päiväkirurgisessa yksikössä aineiston keruun aikana ja hänelle oli tehty tuona aikana päiväkirurginen toimenpide. Kyselyyn vastaavan läheisen tuli olla potilaan, jolle oli tehty päiväkirurginen toimenpide, läheinen ja vastata kyselyyn tämän potilaan aineiston keruun aikana tapahtunutta päiväkirurgista hoitoprosessia ajatellen. (Taulukko 1.)

Aikuispotilaalla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa yli 18-vuotiasta päiväkirurgian palvelua käyttävää henkilöä. Suomen laissa (785/1992) potilasta kuvataan henkilöksi, joka käyttää terveyden- ja sairaanhoidon palveluita tai on muuten niiden kohteena. Terveydenhuoltohenkilöstöllä tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilöitä, jotka ovat terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 2§:ssä tarkoitettuja henkilöitä.

Taulukko 1. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

	Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Potilas	<ul style="list-style-type: none"> • 18- vuoden ikä • Suostumuksen ymmärtäminen • Kyky täyttää lomake itsenäisesti • Tuore päiväkirurginen toimenpide • On potilaana Seinäjoen keskussairaalan päiväkirurgisessa yksikössä 	<ul style="list-style-type: none"> • Alle 18-vuoden ikä • Ei kykene ymmärtämään suostumusta • Ei kykene vastaamaan suostumukseen itsenäisesti • Potilaalle ei ole tehty päiväkirurgista toimenpidettä • Ei ole ollut hoidettavana päiväkirurgisessa yksikössä
Läheinen	<ul style="list-style-type: none"> • 18-vuoden ikä • Suostumuksen ymmärtäminen • Kyky täyttää lomake itsenäisesti • Tutkimukseen osallistuvan potilaan läheinen 	<ul style="list-style-type: none"> • Alle 18-vuotias • Ei kykene ymmärtämään suostumuksen merkitystä • Ei kykene täyttämään kyselylomaketta itsenäisesti • Ei ole potilaan läheinen

Tutkimuksen itsemääräämisoikeus todentui tutkimukseen soveltuvilta potilailta ja läheisiltä pyydettävässä suostumuksessa, joka perustuu vapaaehtoisuuteen. Suostumuksen antamisessa tutkimukseen tulee huomioida, että tutkittava on yli 18- vuotias, hänellä on kyky täyttää lomake itsenäisesti ja hän ymmärtää suostumuksen merkityksen. Potilaat ja läheiset antavat suostumuksen tutkimukseen tietoisesti ja nimettömästi. Potilas määrittelee läheisen, jonka kokee soveltuvan osallistumaan tutkimukseen tutkimuksen kriteerien mukaan. Kyselylomakkeiden jakamisesta ei pidetä rekisteriä, eikä potilaiden lomakkeen vastaanottamisesta tai siitä kieltäytymisestä ei tehdä merkintöjä.

Potilaat ja läheiset palauttivat täytetyt kysely- ja suostumuslomakkeet tutkijalle sulje-
tuissa kirjekuorissa nimettömänä. Tutkimukseen osallistuvalla oli oikeus esittää tutki-
musta koskevia kysymyksiä tutkimusprosessin aikana, sekä vetäytyä tutkimuksesta pois
halutessaan suostumuksen antamisen jälkeenkin. Tutkimukseen osallistuville annettiin
mahdollisuus ottaa tutkijaan yhteyttä puhelimitse tai sähköpostitse tutkimusprosessin
aikana. Nämä tiedot itsemääräämisoikeudesta ja tutkijan yhteystiedoista tulivat osallis-
tujen tietoon saatekirjeessä, josta ilmeni lisäksi osallistujien anonymiteetin säilyttämi-
nen, tutkimuksen tarkoitus, tavoite, menetelmä ja aikataulu.

4.2. Perheiden tuki- mittari

Tässä tutkimuksessa käytettiin “Perheiden tuki” -mittarin lyhyttä kliiniseen käyttöön
tarkoitettua versiota. Mittari on kehitetty Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksen
Perhehoitotyön tutkimus- ja kehittämishankkeessa. Mittari on Etelä-Pohjanmaan sai-
raanhoitopiirin hoitotyön toimintaohjelmassa 2012–2018 yhtenä hoidon tulostittarina
ja mittaria toivottiin laajempaan käyttöön EPSHP:ssä. “Perheiden tuki” -mittarilla voi-
daan arvioida perheiden terveydenhuoltohenkilöstöltä saamaa tukea perheiden ja poti-
laiden omasta näkökulmasta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon eri alueilla.
Tutkijalla on Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin leikkausanestesia toimintayksikön
lupa tutkimuksen toteuttamiseen päiväkirurgian yksikössä sekä “Perheiden tuki” -
mittarin käyttämiseen tässä tutkimuksessa.

“Perheiden tuki” -mittari on kehitetty Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksen Per-
hehoitotyön tutkimus- ja kehittämishankkeessa. Mittarista on sekä pitkä että lyhyt ver-
sio. Pitkää versiota on käytetty aiemmin tutkimuksissa. Mittarin lyhyttä versiota ei ole
käytetty ennen tätä tutkimusta. Mittarin summamuuttujat ovat kohtaaminen, tiedon
saanti ja osallistuminen hoitoon (taulukko 2). Mittarissa on 18 väittämää ja yksi avoin
kysymys. Mittari on strukturoitu ja väittämiin liittyvät vastausvaihtoehdot ovat Likert-
asteikollisia. Mittarissa perheen tukemisella tarkoitetaan perheen ja terveydenhuolto-
henkilöstön keskinäistä kohtaamista, tiedon saantia ja osallistumista hoitoon. Perheiden
kohtaamista mitataan kuudella, tiedonsaantia seitsemällä ja hoitoon osallistumista vii-
dellä muuttujalla. Muuttujat ovat Likert-asteikollisia ja kuusiluokkaisia. Vaihtoehto 1

vastaa asteikossa negatiivista ”täysin eri mieltä”, 2 ”eri mieltä”, 3 ”jonkin verran eri mieltä”, 4 ”jonkin verran samaa mieltä”, 5 ”samaa mieltä” ja 6 positiivista ”täysin samaa mieltä” sekä vaihtoehto 0 ”asia ei koske minua”. Mittarin yhdellä avoimella kysymyksellä kartoitetaan vastaajan odotuksia terveydenhuoltohenkilöstöltä saatavalle tuelle sekä mahdollisia tarkennuksia numerollisiin vastauksiin.

”Perheiden tuki” -mittarilla voidaan kartoittaa sekä potilaan että läheisen arvio perheen saamasta tuesta. Potilaalle ja läheiselle on molemmille oma kyselylomake, jotka sisältävät samat 18 väittämää ja yhden avoimen kysymyksen. Kyselylomakkeet eroavat toisistaan taustatietojen osalta. Perheenjäsenen lomakkeessa läheisen taustatietoja mitataan kahdella kysymyksellä (ikä ja sukupuoli) ja terveydenhuollon asiakkaana olevan perheenjäsenen taustatietoja kolmella kysymyksellä (ikä, sukupuoli, asuminen). Kysymykset ovat pääasiassa strukturoituja monivalintakysymyksiä.

Tässä tutkimuksessa testattiin ”Perheiden tuki” -mittarin lyhyen kliiniseen käyttöön tarkoitetun version toimivuutta ja pyrittiin kehittämään mittarin luotettavuutta ja vastavuutta. Mittarin validiteettia varmistettiin lisäksi testaamalla mittarin loogisuutta ja sitä, tulkitsevatko vastaajat sen oikein. Tutkimuksen otoksena oli 150 omaista ja 150 läheistä, joista vastauksia tavoiteltiin 100+100 henkilöltä. Tutkimuksen luotettavuutta lisää kaikkien potilaiden ja läheisten osallistuminen, mutta otannan kato tulee ottaa huomioon. Koska kyseessä on tutkimus, jolla testataan mittarin toimivuutta, on otos riittävä mittariin nähden.

Taulukko 2. Perheiden tuki- mittarin muuttujat.

Määritelmä	Kysymyslomakkeen kysymykset	Muuttuja
Kohtaaminen	1-6	Tapaaminen (1) Ilmapiiri (2) Luottamus (3) Kunnioitus (4) Kuunneltu (5) Kannustettu (6)
Tiedonsaanti	7-13	Tieto terveydentilasta (7) Tieto arkielämästä (8) Tieto hoitamisesta (9) Tietoa pyytämättä (10) Tieto kirjallisesti (11) Keneen yhteyttä (12) Tieto omaan jaksamiseen (13)
Osallistuminen hoitoon	14-18	Hoidon suunnittelu (14) Päätöksenteko (15) Osallistua hoitamiseen (16) Apu konkreettisiin asioihin (17) Mahdollisuus osallistua neuvontaan (18)

4.3. Aineiston analyysi

Kyselylomakkeen tuottama aineisto analysoitiin SPSS Windows tilasto-ohjelmalla. Tutkimuksen summamuuttujat kuvaavat perheiden kohtaamista, tiedonsaantia ja hoitoon osallistumista. Summamuuttujat ovat ”Perheiden tuki” -mittarin summamuuttujat. Mittarin summamuuttujia haluttiin käyttää, koska mittarin lyhyttä versiota ei ollut vielä käytetty. Summamuuttujien avulla aineistoa on helpompi käsitellä. Summamuuttujia tarkasteltiin keskiarvojen ja keskihajonnan avulla. Aineiston kuvailuun käytetään prosentti- ja frekvenssilukuja.

Summamuuttujien reliabiliteettia tarkasteltiin testaamalla jokaisen muuttujan Cronbachin alpha kerroin. Kertoimen tarkoituksena on mitata summamuuttujien yhteneväisyyttä ja johdonmukaisuutta. Kertoimen arvo on lukujen 0-1 välillä. Luvun ollessa lähellä arvoa yksi, on reliabiliteetti korkeimmillaan. Kun kertoimen arvo on lähellä yhtä,

voidaan katsoa, että mittarin eri osiot mittaavat samaa asiaa. (Heikkilä 2014.) Tämän tutkimuksen summamuuttujien Cronbach alpha kertoimen arvot olivat 0,8 (taulukko 3).

Taulukko 3. Summamuuttujat kohtaaminen, tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen.

Summa- muuttuja	Osioiden lukumäärä	Cron- bachin alpha	Osioiden korre- laatiot	Keskiarvo	Keski- hajonta
Kohtaaminen	6	0.891	0.24–0.94	5.14	1.40
Tiedonsaanti	7	0.860	0.30–0.76	4.68	1.65
Hoitoon osal- listuminen	5	0.832	0.19–0.81	3.20	2.17

Aineiston analysoimisen aluksi luokiteltiin taustamuuttujat, koska haluttiin selvittää mitkä taustamuuttujat korreloivat voimakkaimmin minkäkin summamuuttujan kanssa. Potilaiden ikä luokiteltiin neljään luokkaan; alle 40 vuotiaat, 40-59-vuotiaat, 60-79-vuotiaat ja yli 80 vuotiaat. Sukupuoli jaettiin kahteen luokkaan, naiset ja miehet. Lisäksi taustamuuttujat luokiteltiin samassa taloudessa asuviin sekä eri taloudessa asuviin. Potilailla ja läheisillä oli aineiston keruu vaiheessa omat kysymyslomakkeet ja tutkimuksen aineiston analyysissä haluttiin selvittää, onko perheiden tukemisen kokemuksissa eroa potilaan ja läheisen osalta. Otos jäi kokonaisuudessaan pieneksi, jonka vuoksi taustamuuttujista potilaiden ja läheisten korreloimista summamuuttujiin pidettiin merkityksellisimpänä ja tutkimuksen tuloksia tarkastellaan näiden muuttujien osalta.

Avoimen kysymyksen “Kuvailkaa, millaista tukea olisitte halunneet ja odotitte perheenne saavan terveydenhuoltohenkilöstöltä” vastaukset analysoitiin sisällön analyysillä. Sisällön analyysi on menetelmä, jossa dokumentteja analysoidaan luokitellen ja systemaattisesti. Sisällön analyysi voidaan tehdä joko induktiivisesti aineistosta lähtien tai deduktiivisesti, jolloin käytetään valmista viitekehystä. (Kyngäs & Vanhanen 1999: 7–9.) Tämän tutkimuksen avoimet vastaukset analysoitiin deduktiivisesti jaotellen vastaukset mittarin summamuuttujien mukaisesti. Vastaukset kirjoitettiin ensin auki teks-

tinkäsittelyohjelmalla, jonka jälkeen vastaukset luokiteltiin. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin summamuuttujien alle.

Tutkimustulokset raportoidaan tässä pro gradu- tutkielmassa. Tutkimustuloksia hyödynnetään Seinäjoen keskussairaalan päiväkirurgian yksikön toiminnan kehittämisessä asiakaslähtöisemmäksi. Toimintaa kehitetään perheiden tukemisen ja organisaation näkökulmasta. Kehittämisessä tarkastellaan perheiden kohtaamista, tiedonsaantia ja hoitoon osallistumista. Toiminnan kehittämistä ei varsinaisesti tarkastella tässä tutkimuksessa vaan tehdään olettamuksia organisaation toiminnan kehittämiseksi. Tutkimustulokset esitetään päiväkirurgian toimintayksikölle, jonka jälkeen yksikkö itse päättää mahdollisesta kehittämistoiminnasta. “Perheiden tuki” -mittarin toimivuutta asiakaslähtöisen toiminnan kehittämisessä arvioidaan tutkimuksessa.

5. TUTKIMUSTULOKSET

5.1. Taustatiedot

Tutkimusaineisto kerättiin 13.5.2013–14.6.2013 välisenä aikana Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin päiväkirurgian toimintayksikössä. Tutkimuksen taustamuuttujat koostuvat tutkimuksen vastaajista eli päiväkirurgian yli 18 vuotiaista aikuispotilaista ja läheisistä. Tutkimus jaettiin ammattilaisten toimesta 150 potilaalle ja 150 läheiselle. Tutkimukseen vastasi yhteensä 87 päiväkirurgian potilasta ja heidän läheistään. Vastausprosentti oli 29%.

Vastaajista 56% (49) oli potilaita ja 43% (38) läheisiä. Jakauma potilaiden ja läheisten välillä oli melko tasainen. Kaikista vastaajista 53% (46) oli naisia ja 47% (41) miehiä. Potilaista naisia oli 53% ja miehiä 47%. Läheisistä 53% oli naisia ja miehiä 47%. Vastaajien sukupuolijakauma oli tasainen. Kaikista vastaajista alle 40-vuotiaita vastaajia oli 21% (18), 40–59-vuotiaita 58% (50), 60–79-vuotiaita 18% (16) ja yli 80-vuotiaita 3% (3). Potilaista ja läheisistä 40–59-vuotiaat vastasivat ahkerammin, potilaita 61% (30) ja läheisiä 53% (20). Ikäjakauma viitanee päiväkirurgisen toimintayksikön potilaiden keskimääräiseen ikään, jotka ovat enimmäkseen keski-iässä olevia potilaita. Ikäihmisten ja varhaisaikuisten osuus oli pieni tässä aineistossa. (Taulukko 4.)

Tutkimukseen osallistuneista potilaista ja läheisistä 95% asuu samassa taloudessa ja 5% eri taloudessa. Potilaat saivat valita läheisen, joka vastaa kyselyyn. Asumisella on merkitystä pohdittaessa perheen tukemista aikuispotilaan näkökulmasta. Läheinen ja perhe ovat käsitteinä moniulotteisia. Eri taloudessa asuvien osuus jäi pieneksi tässä aineistossa mahdollisesti selittyen vastaajien ikäjakaumalla. Vastaajista 36% (31) vastasi avoimeen kysymykseen.

Taulukko 4. Tutkimukseen osallistuneiden taustamuuttujat (N=87).

Potilaan (N=49) taustamuuttujat	n	%
Sukupuoli		
nainen	26	53,1
mies	23	46,9
Ikä		
< 40	9	18,4
40–59	30	61,2
60–79	9	18,4
80 +	1	2,0
Läheisen (N=38) taustamuuttujat	n	%
Sukupuoli		
nainen	20	52,6
mies	18	47,4
Ikä		
< 40	9	23,7
40–59	20	52,6
60–79	7	18,4
80 +	2	5,3
Asuminen		
Samassa taloudessa potilaan kanssa	36	94,7
Eri taloudessa potilaan kanssa	2	5,3

5.2. Potilaan ja perheenjäsenen kokemuksia kohtaamisesta

“Perheiden tuki” -mittarin kyselylomakkeen ensimmäinen osio kartoittaa perheen ja terveydenhuoltohenkilöstön kohtaamista, kun perheenjäsen on ollut terveydenhuollon potilaana. Kohtaaminen – summamuuttuja jakautuu kuuteen eri osioon, joilla halutaan selvittää kohtaamista tapaamisen myönteisyyden, ilmapiirin turvallisuuden, luottamuksen, kunnioituksen, kuuntelemisen ja kannustamisen näkökulmista. Summamuuttuja – kohtaamisen kokonaisvastausprosentti oli 96,6% (n=84). Potilaista osioon vastasi 95,9% (n=47) tutkimukseen osallistuneista ja perheenjäsenistä 97,4% (n=37) tutkimukseen osallistuneista.

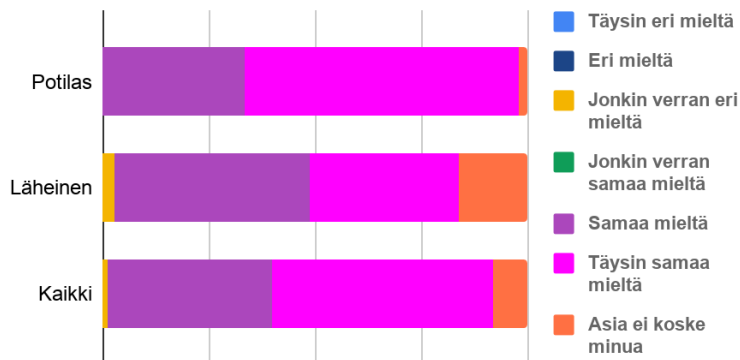
Taulukko 5. Potilaiden ja läheisten kokemus kohtaamisesta.

Vastaaja	Tapaa- minen	Ilmapiiri	Luotta- mus	Kunnioi- tus	Kuunnel- tu	Kannus- tettu
Potilas						
Keskiarvo	5,55	5,66	5,49	5,68	5,55	5,38
Määrä	47	47	47	47	47	47
Keskihajon- ta	,951	,522	,621	,471	,544	,822
Läheinen						
Keskiarvo	4,49	4,92	4,86	5,03	4,41	4,00
Määrä	37	37	37	37	37	37
Keskihajon- ta	2,090	1,639	1,653	1,607	2,061	2,108
Kaikki						
Keskiarvo	5,08	5,33	5,21	5,39	5,05	4,77
Määrä	84	84	84	84	84	84
Keskihajon- ta	1,637	1,206	1,223	1,162	1,528	1,667

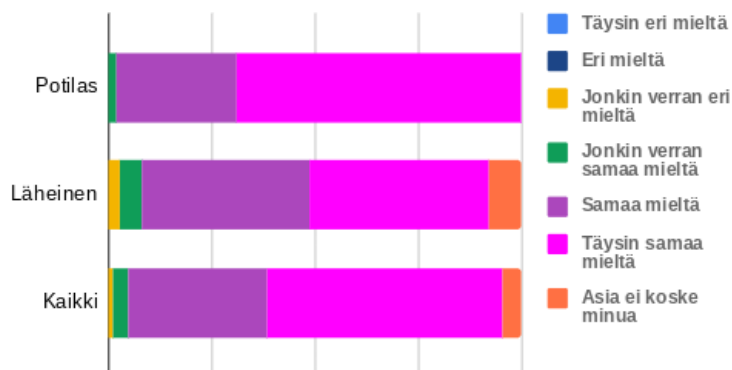
Potilaista enemmistö koki terveydenhuoltohenkilöstön kohtaamisen kokonaisuudessaan päiväkirurgian toimintayksikössä turvalliseksi, kunnioittavaksi, luottamusta herättäväksi ja myönteiseksi sekä koki tulleen kuulluksi. Potilaista useimmat koki kohtaamisen kannustavana. Perheenjäsenistä enemmistö koki kohtaamisen terveydenhuoltohenkilöstön kanssa myönteisenä, turvallisenä, luottamusta herättävänä ja kunnioittavana. Suurin osa perheenjäsenistä koki tulleen kuulluksi ja useimmat koki kohtaamisen kannustavana. (Taulukko 5.)

Väittämän “Perheemme on kokenut tapaamisen terveydenhuoltohenkilöstön kanssa myönteisenä” kaikista vastaajista enemmistö (88,5%) koki tapaamisen terveydenhuoltohenkilöstön kanssa myönteisenä. Potilaiden ja läheisten kokemus tapaamisesta ei poikennut merkittävästi toisistaan. Potilaista valtaosa (96%) oli joko täysin samaa mieltä tai samaa mieltä väittämästä, perheenjäsenistä enemmistö (78,9%) koki samoin. Kohtaamista tarkasteltiin ilmapiirin turvallisuuden kokemuksina väittämällä “Perheemme on kokenut ilmapiirin turvalliseksi”. Enemmistö vastaajista koki ilmapiirin turvalliseksi (89,6%). Potilaista valtaosa (95,9%) oli täysin samaa mieltä tai samaa mieltä väittämästä. Läheisistä useimmat (81,6%) koki ilmapiirin turvallisenä. (Kuvio 9.)

Tapaaminen



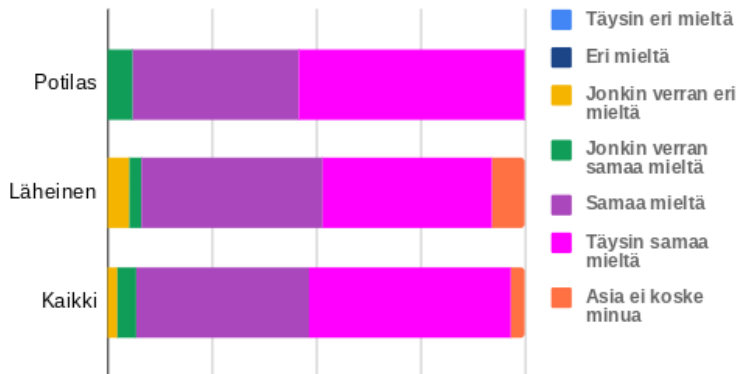
Ilmapiiri



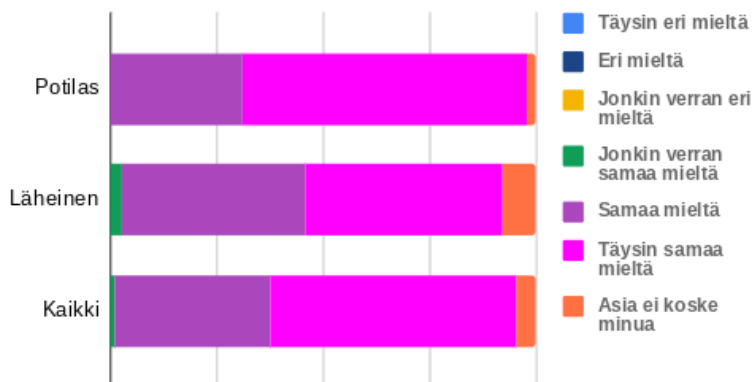
Kuvio 9. Tapaamisen myönteisyys ja ilmapiirin turvallisuus.

Vastaajat olivat väittämistä “Perheemme on kokenut terveydenhuoltohenkilöstön luot-
tamusta herättävänä” pääasiassa samaa mieltä tai täysin samaa mieltä (87,3%). Potilaista
valtaosa (91,9%) ja läheisistä enemmistö (81,6%) olivat samaa mieltä tai täysin samaa
mieltä. Perheen terveydenhuoltohenkilöstöltä saatua tukea kunnioittamisen osalta selvi-
tettiin “Terveydenhuoltohenkilöstö on suhtautunut perheeseemme kunnioittavasti” –
väittämällä. Potilaista valtaosa (95,3%) ja läheisistä enemmistö (86,8%) olivat samaa
mieltä tai täysin samaa mieltä. Kaikista vastaajista 92% koki suhtautumisen kunnioitta-
vana. (Kuvio 10.)

Luottamus

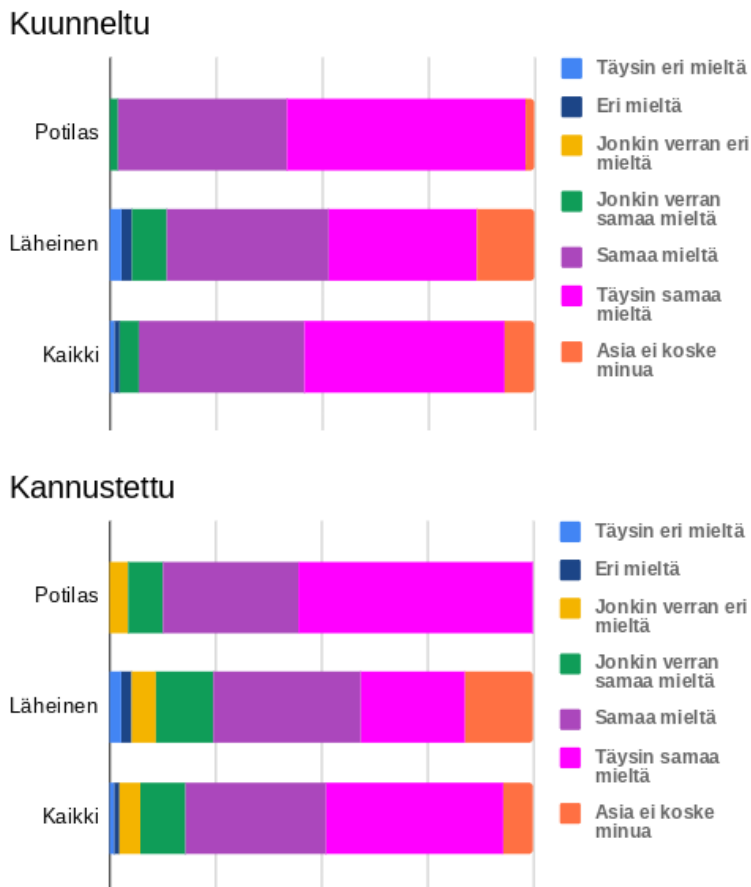


Kunnioitus



Kuvio 10. Luotettavuus ja suhtautuminen kunnioittavasti perheeseen.

Kohtaaminen – summamuuttujan väittämään ”Terveydenhuoltohenkilöstö on kuunnellut perhettämme” enemmistö (83,9%) vastasi olevansa joko samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Potilaista valtaosa (93,9%) koki tullessa kuulluksi olemalla joko samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Läheisillä oli hieman enemmän hajontaa, heistä useimmat (71%) olivat samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Väittämään ”Perhettämme on kannustettu ilmaisemaan mieltä askarruttavia asioita” vastasi useimmat vastaajista (72,4%) olevan samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Potilaista (83,7%) ja läheisistä (77,9%) enemmistö olivat samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Läheisistä kuudennes (15,8%) koki ettei terveydenhuoltohenkilöstön kannustaminen koske heitä perheen tukemisen näkökulmasta. (Kuvio 11.)



Kuvio 11. Perheen kuulluksi tuleminen ja kannustaminen.

5.3. Potilaan ja perheenjäsenen kokemuksia tiedon saannista

Summamuuttuja – tiedon saannin kokonaisvastausprosentti oli 98,9% (n=86). Potilaista 98% (n=48) ja läheisistä 100% (n=38) vastasi tiedon saanti – kyselyosioon. Tiedon saannin kyselyosiossa oli eniten vaihtelevuutta vastauksissa. Potilaista enemmistö koki saaneensa terveydenhuoltohenkilöstöltä tietoa siitä, keneen voi tarvittaessa ottaa yhteyttä. Myös perheen tiedon saanti kirjallisesti tarvittaessa sekä tarvittaessa potilaan terveydentilasta koettiin hyväksi. Enemmistö potilaista koki, että perhe sai tietoa potilaan hoidamisen kannalta tärkeistä asioista pyytämättä sekä tarvittua tietoa potilasta koskevista arkielämän kysymyksistä. Vähiten samaa mieltä oltiin tiedon saannista terveydenhuoltohenkilöstöltä perheen omaan jaksamiseen liittyen. Läheisistä enemmistö koki tiedon saannin kirjallisesti hyvänä. Valtaosa vastaajista koki saaneensa tarvittavasti tietoa siitä,

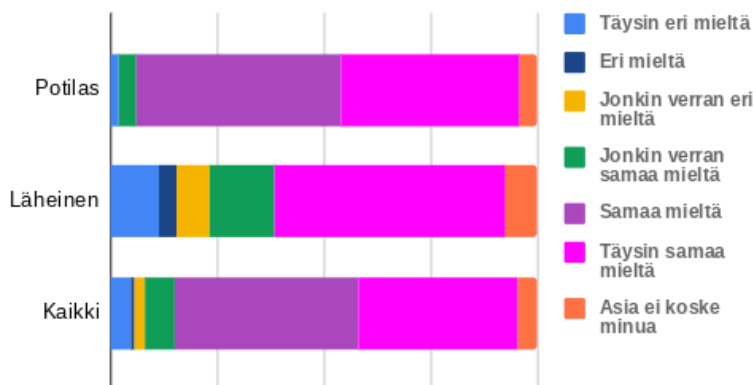
keneen tarvittaessa voi ottaa yhteyttä potilaan terveydentilaan liittyen. Enemmistö läheisistä oli saanut tarvitsemaansa tietoa potilaan hoitamisesta ja arkielämään liittyvistä kysymyksistä sekä tietoa pyytämättä. Vähiten samaa mieltä läheiset olivat potilaan terveydentilaan sekä omaan jaksamiseen liittyvän tiedon saannista. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Potilaiden ja läheisten kokemus tiedon saannista.

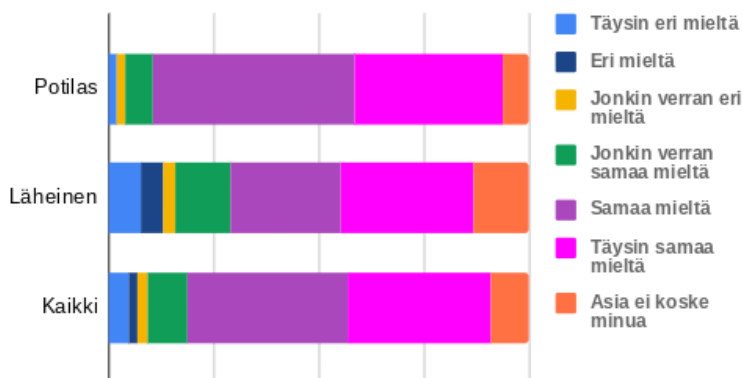
Vastaaja	Terveyden-tilasta	Arki-elämä	Hoitaminen	Pyytämättä	Kirjallisesti	Yhteyttä	Omaan jaksamiseen
Potilas							
Keskiarvo	5,08	4,85	4,94	4,98	5,60	5,48	4,17
Määrä	48	48	48	48	48	48	48
Keskiahajonta	1,366	1,557	1,603	1,391	,536	,743	2,004
Läheinen							
Keskiarvo	4,45	4,00	4,24	3,97	5,21	4,82	3,08
Määrä	38	38	38	38	38	38	38
Keskiahajonta	1,796	2,169	2,059	2,047	1,359	1,591	2,352
Kaikki							
Keskiarvo	4,80	4,48	4,63	4,53	5,43	5,19	3,69
Määrä	86	86	86	86	86	86	86
Keskiahajonta	1,593	1,889	1,841	1,774	1,000	1,232	2,219

Väittämään ”Perheemme on saanut tarvitsemaansa tietoa perheenjäsenen terveydentilasta” vastaajista enemmistö (79,3%) oli samaa mieltä. Potilaista enemmistö (87,7%) oli samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Läheisistä harvemmat (36,8%) olivat samaa mieltä. Väittämään ”Perheemme on saanut tarvitsemaansa tietoa perheenjäsentä koskevasta arkielämän kysymyksistä” enemmistö (71%) vastaajista vastasi olevansa samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Potilaista enemmistö (81,6%) oli samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Heistä jokunen (6,1%) potilaista koki, ettei väittämä koske heitä. Läheisistä noin puolet (57,9%) oli samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. (Kuvio 12.)

Tieto terveydentilasta



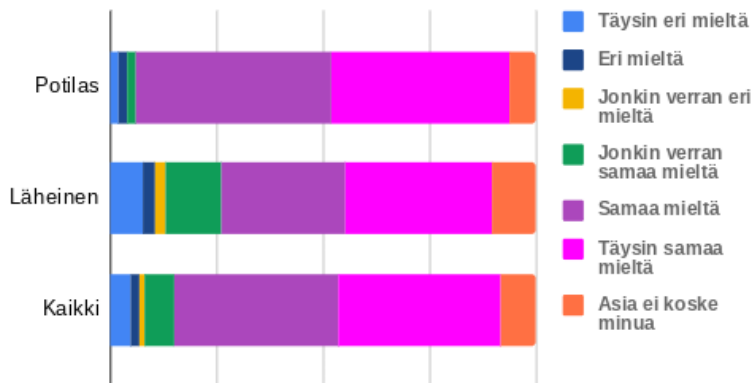
Tieto arkielämä



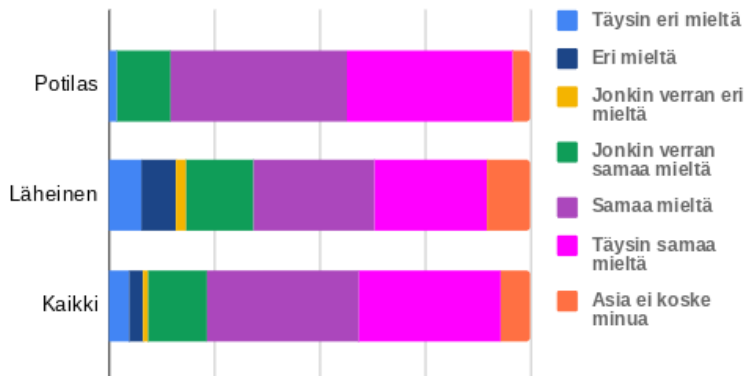
Kuvio 12. Perheen tiedon saanti potilaan terveydentilaan ja arkielämän kysymyksiin liittyen.

Väittämään “Perheemme on saanut tarvitsemaansa tietoa perheenjäsenen hoitamisesta” enemmistö (71,8%) vastaajista koki saaneensa tietoa hoitamisesta. Potilaista suurin osa (85,7%) ja läheisistä useimmat (63,1%) oli samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Väittämään “Perheemme on saanut tietoa hoitamisen kannalta tärkeistä asioista myös pyytämättä” vastaajista enemmistö (68,9%) koki saaneensa tietoa pyytämättä. Potilaista enemmistö (79,6%) ja läheisistä puolet (55,2%) oli samaa mieltä tai täysin samaa mieltä väittämän kanssa. Läheisistä 15,8 % oli eri mieltä tai täysin eri mieltä ja 10,5% läheisistä koki, ettei asia koske häntä. (Kuvio 13.)

Tieto hoitamisesta



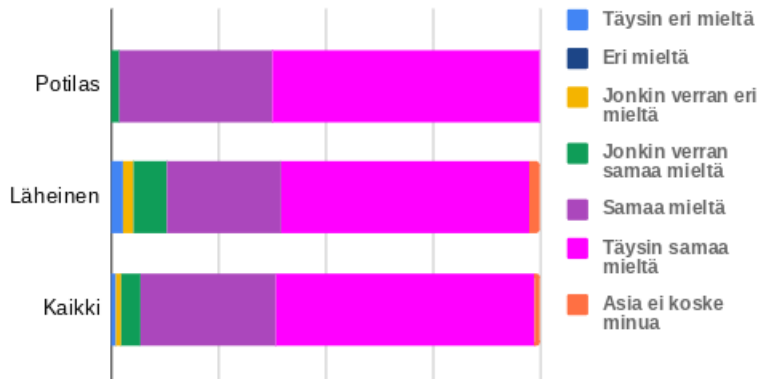
Tietoa pyytämättä



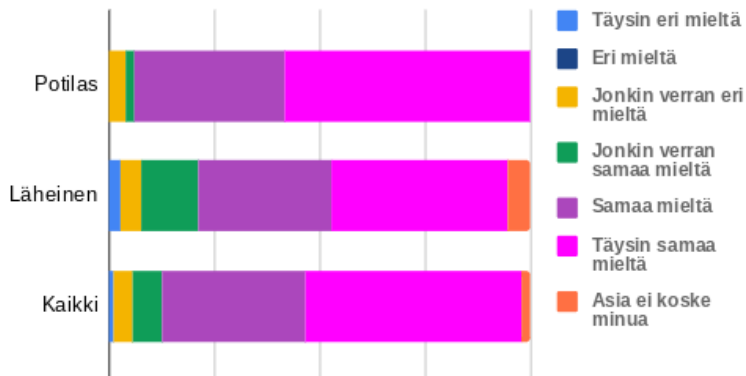
Kuvio 13. Perheen tiedon saanti potilaan hoitamisesta ja pyytämättä.

“Perheemme on saanut tarvitsemaansa tietoa kirjallisesti” – väittämään valtaosa (90,8%) vastaajista oli samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Potilaista valtaosa (95,9%) oli saanut tarvitsemansa tiedon kirjallisesti. Läheisistä enemmistö (84,2%) oli kokenut samoin. Väittämään “Perheemme on saanut tietoa siitä, keneen voi tarvittaessa ottaa yhteyttä perheenjäsenen terveyteen liittyvissä asioissa” suurin osa vastaajista (83,9%) oli samaa mieltä väittämän kanssa. Läheisistä enemmistö (73,7%) ja potilaista (91,8%) oli saanut tiedon yhteydenottoon liittyvissä asioissa. “Perheemme on saanut terveydenhuoltohenkilöstöltä tarvitsemaansa tietoa omaa jaksamistaan varten” – väittämään puolet vastaajista (49,4%) vastasi olevansa samaa mieltä. Potilaista hieman yli puolet (59,2%) ja läheisistä kolmannes (36,9%) olivat kokeneet saaneensa tietoa omaa jaksamistaan varten. Läheisistä 23,7% koki, ettei asia koske heitä. (Kuvio 14.)

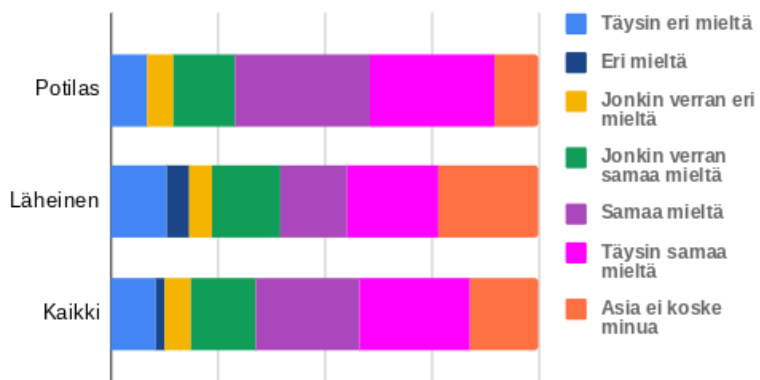
Tieto kirjallisesti



Keneen yhteyttä



Tieto omaan jaksamiseen



Kuvio 14. Perheen tiedon saanti kirjallisesti sekä yhteydenottoon ja omaan jaksamiseen liittyen.

5.4. Potilaan ja perheenjäsenen kokemuksia hoitoon osallistumisesta

Summamuuttujan hoitoon osallistumisen mahdollisuudesta kokonaisvastausprosentti oli 97,3% (n=85). Potilaista 95,1% (n=45) ja läheisistä 100% (n=38) vastasi hoitoon osallistumisen mahdollisuus – summamuuttujaan. Potilaista useimmat kokivat perheen osallistumisen hoitoon hyvänä. Noin puolet potilaista kokee perheellä olleen mahdollisuuden osallistua ohjaukseen ja neuvontaan. Hieman vajaa puolet potilaista koki, että perhe on voinut osallistua hoidon suunnitteluun ja potilaan hoitamista koskevaan päätöksentekoon. Vähiten samaa mieltä potilaat olivat avun saannista erilaisten konkreettisten asioiden järjestämiseen. (Taulukko 7.)

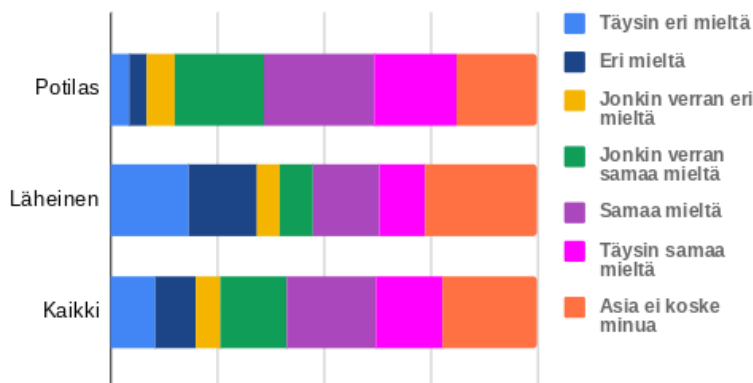
Läheisistä enemmistö koki perheen mahdollisuuden osallistua hoitoon hyvänä. Perheen mahdollisuutta osallistua ohjaukseen ja neuvontaan potilaan kanssa piti hyvänä noin hieman vajaa puolet läheisistä. Noin viidennes läheisistä koki potilaan hoitamisen suunnitteluun sekä päätöksentekoon osallistumisen toteutuneen. Läheiset olivat potilaiden tapaan vähiten samaa mieltä erilaisten konkreettisten asioiden järjestämiseen saadusta avusta.

Taulukko 7. Potilaiden ja läheisten kokemus osallistumisesta hoitoon.

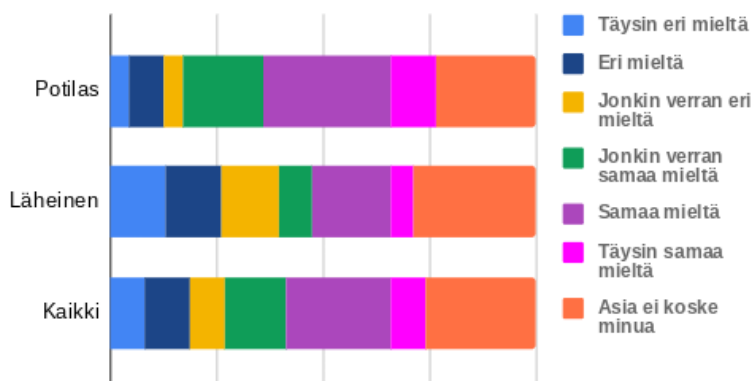
Vastaaja	Hoidon suunnittelu	Päätöksenteko	Hoitamiseen osallistum.	Apu konkr.	Osall. ohjaukseen
Potilas					
Keskiarvo	3,53	3,18	4,69	2,33	4,22
Määrä	45	45	45	45	45
Keskijointa	2,180	2,208	1,807	2,216	1,987
Läheinen					
Keskiarvo	2,39	2,34	4,00	1,89	3,08
Määrä	38	38	38	38	38
Keskijointa	2,163	2,057	2,278	2,178	2,352
Kaikki					
Keskiarvo	3,01	2,80	4,37	2,13	3,70
Määrä	85	85	85	85	85
Keskijointa	2,233	2,168	2,052	2,196	2,224

Väittämään “Perheemme on voinut osallistua hoitamisen suunnitteluun” vastasi kolmannes (35,6%) vastaajista olevan samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Potilaista hie-
man vajaa puolet (42,9%) ja läheisistä neljännos (26,3%) oli samaa mieltä tai täysin
samaa mieltä väittämästä. Jopa kolmannes läheisistä oli eri mieltä tai täysin eri mieltä ja
neljännos läheisistä koki, ettei asia koske heitä. Vastaajista kolmannos (32,9%) vastasi
“Perheemme on voinut osallistua perheenjäsenen hoitamista koskevaan päätöksente-
koon” – väittämään olevansa samaa tai täysin samaa mieltä. Neljännos vastaajista koki,
ettei päätöksentekoon osallistuminen koske heitä. Lähes puolet (42,9%) potilaista ja
läheisistä neljännos (23,7%) olivat samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Läheisistä lä-
hes kolmannos (28,9%) koki, ettei asia koske heitä. (Kuvio 15.)

Hoidon suunnittelu



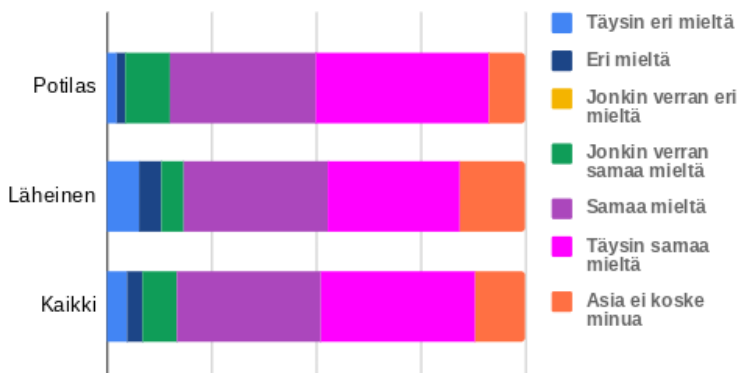
Päätöksenteko



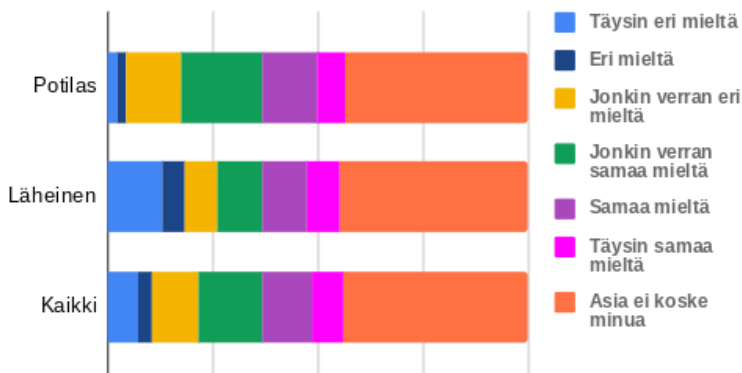
Kuvio 15. Perheen osallistumisen mahdollisuus hoitamisen suunnitteluun ja perheenjä-
senen hoitamista koskevaan päätöksentekoon.

Väittämässä “Perheemme on voinut osallistua perheenjäsenen hoitamiseen” useimmat (68,9%) olivat samaa tai täysin samaa mieltä. Potilaista kolmannes (38,8%) ja läheisistä suurin osa (65,8%) olivat samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. “Perheemme on saanut apua erilaisten konkreettisen arkiasioiden järjestämisessä” – väittämään vastanneista lähes puolet (42,5%) koki, ettei asia koske heitä. Vain hieman vajaa viidennes (18,4%) oli väittämän kanssa samaa tai täysin samaa mieltä. Potilaista (18,3%) ja läheisistä (18,4%) harvemmat olivat samaa tai täysin samaa mieltä. Läheisistä (44,7%) ja potilaisista (40,8%) lähes puolet koki, ettei asia koske heitä. Väittämään “Perheellämme on mahdollisuus osallistua ohjaukseen ja neuvontaan perheenjäsenen kanssa” lähes puolet (42,5%) vastaajista oli kokenut voivansa osallistua ohjaukseen ja neuvontaan. Potilaisista puolet (46,9%) ja läheisistä kolmannes (36,9%) oli samaa tai täysin samaa mieltä. Läheisistä (28,9%) ja potilaisista (28,9%) hieman vajaa kolmannes koki, ettei asia koske häntä. (Kuvio 16.)

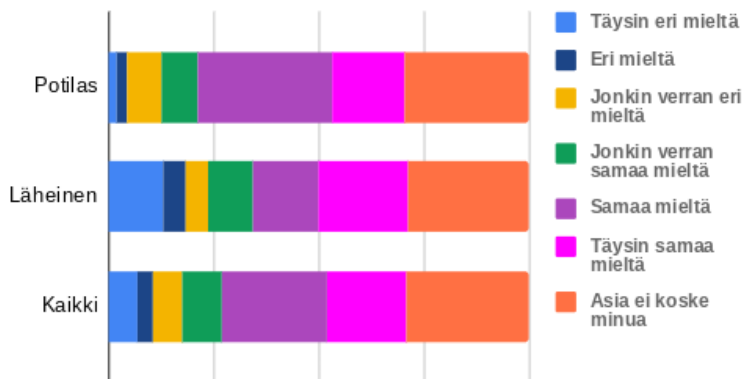
Osallistua hoitamiseen



Apua konkreettisiin asioihin



Mahdollisuus osallistua neuvontaan



Kuvio 16. Perheen mahdollisuus osallistua hoitamiseen ja saada apua arkiasioiden järjestämiseen sekä mahdollisuus osallistua ohjaukseen ja neuvontaan.

5.5. Perheen odotuksia ja toiveita perheen tukemisesta

Kyselyyn osallistuneilla oli mahdollisuus kuvailla avoimessa kohdassa, millaista tukea he olisivat halunneet tai millaista tukea he odottivat perheensä saavan terveydenhuoltohenkilöstöltä päiväkirurgisen hoitoprosessin aikana. Avoimeen kysymykseen vastasi 36% (n=31), joista 16 vastaajaa oli potilaita ja 15 vastaajaa läheisiä. Vastaukset analysoitiin sisällön analyysillä. Avoimeen kysymykseen “Kuvailkaa, millaista tukea olisitte halunneet tai odotitte perheenne saavan terveydenhuoltohenkilöstöltä?” tuli konkreettisia kehittämissuhteita vähän. Avoimeen kysymykseen vastanneiden vastauksissa oli palautetta hoitotapahtumasta ja hoitohenkilökunnasta.

Mittarin avoimen kohdan vastaukset olivat linjassa mittarin väittämien kanssa. Avoimeen kohtaan vastanneista potilaista ja läheisistä lähes puolet koki, että saatu tuki oli vastannut odotuksia tai tukea ei ollut odotettu. Kolmasosa vastaajista odotti eniten tukea tiedon saantiin. Läheiset toivoivat aktiivisempaa tiedonsaantia kysymättä. Potilaat odottivat selkeitä esitieto- ja jatkohoito-ohjeita. Toimenpidekutsua pidettiin tärkeänä leikkauksen jälkeiseen aikaan valmistautumisessa. Myös yhdenmukaista tietoa jatko-ohjeista ja siitä mitä hoidon aikana tapahtuu, odotettiin terveydenhuoltohenkilöstöltä. (Taulukko 8.)

Vastanneista osa antoi lyhyen, yksinkertaisen vastauksen mittarin avoimeen kohtaan. Näissä vastauksissa kommentoitiin lyhyellä kirjainyhdistelmällä “ok” kaiken olevan hyvin perheen tukemisen osalta tai perheen tukeminen oli koettu riittäväksi. Avoimen kohdan vastausten pieni määrä ei mahdollista vastausten laajaa yleistettävyyttä tähän yhteyteen. Avoimen kysymyksen vastauksia voidaan verrata mittarin väittämiin, mutta rajatusti vastausprosentti huomioon ottaen.

Taulukko 8. Perheen tukemista edistävät ja haittaavat tekijät potilaiden ja läheisten mukaan.

Perheen tukemiseen vaikuttava tekijä	Tukea edisti	Tukea ei edistänyt
Myönteinen tapaaminen	Hyvä hoito ja kohtelu terveydenhuoltohenkilöstön puolesta	
Turvallinen ilmapiiri	Hoitohenkilökunnan toiminta ja jatkuva tiedottaminen	
Perheen kuunteleminen	Toimenpiteen jälkeisessä ohjauksessa kysymysten esittäminen mahdollista	
Tieto perheenjäsenen terveydentilasta		Tieto ei kulje perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan välillä leikkauksen jälkeen, kun potilas on heräämässä
Tietoa hoitamisesta pyytämättä		Toimenpiteeseen liittyvien asioiden tiedottamisen vajavuus tai puuttuminen, aktiivisempaa tiedottamista kokonaisvaltaisesti hoitoprosessin aikana pyytämättä perheenjäsenelle, uloskirjaustilanteessa saattajan huomioiminen

Perheen tukemiseen vaikuttava tekijä	Tukea edisti	Tukea ei edistänyt
Kirjallinen tieto	Hyvät kotihoito-ohjeet	Toimenpidelausunnon vieraskielisyys, kotihoito-ohjeiden väjyys
Tieto keneen otetaan yhteyttä		Yhteydenotto vaikeaa, ei tietoja minne voi esittää kysymyksiä toimenpiteen jälkeen
Perheenjäsenen hoitamiseen osallistuminen		Toimintakykyä heikentävien toimenpiteiden yhteydessä perheen huomioon ottaminen tärkeää ja toivottavaa
Ohjaukseen ja neuvontaan osallistuminen	Toimenpiteen jälkeiseen ohjaukseen osallistuminen riittävää	Läheinen ei tapaa hoitohenkilökuntaa hoitoprosessin aikana eikä saa tietoa heiltä.

5.6. Tulosten yhteenveto

Tutkimuksen tuloksista saatiin johdettua, miten aikuispotilaan perheen tukemisen osa-alueet, kohtaaminen, tiedon saanti ja hoitoon osallistuminen, ilmenevät päiväkirurgian yksikön toiminnassa. Aikuispotilaan perheen tukemista on tarkasteltu kohtuullisen vähän. Aura (2008) tarkasteli tutkimuksessaan samoja summamuuttujia kohtaamisen, tiedon saannin ja hoitoon osallistumisen näkökulmista. Auran mukaan läheisillä oli pääasiassa hyviä kokemuksia tuen saamisesta. He kokivat mm. kohtaamisen hoitohenkilökunnan kanssa turvallisena myönteisenä ja kunnioittavana, mikä on linjassa tämän tutkimuksen tulosten kanssa.

Tämän tutkimuksen mukaan potilaista valtaosa koki kohtaamisen terveydenhuoltohenkilöstön kanssa hyvänä. Läheisten vastaukset poikkesivat hieman potilaista, heistä pieni osa koki terveydenhuoltohenkilöstön kuuntelemisen ja kannustamisen jääneen puuttumaan. Läheisten ja potilaiden eroavaisuus kuuntelemisen ja kannustamisen kohdalla päiväkirurgisessa organisaatiossa selittyy mahdollisesti toimenpiteen luonteella. Potilaat

tulevat lyhyeksi aikaa leikkaukseen ja läheiset ovat pääasiassa saattamassa sekä noutamassa potilasta yksiköstä. Läheisten kuunteleminen ja kannustaminen vaikuttavat hoitotapahtuman sujuvuuteen sekä potilaan toipumiseen (Potinkara 2004; Tarkka ym. 2003; Åstedt-Kurki ym. 1997; Åstedt-Kurki ym. 1998.)

Auran (2008) tutkimuksessa läheisten omaan jaksamiseen liittyvään tietoon oltiin tyytymättömiä, sama toistui tässä tutkimuksessa. Tiedon saantiin liittyvissä kysymyksissä läheisillä oli selvästi enemmän hajontaa kuin potilailla. Potilaista valtaosa oli tyytyväisiä hoitohenkilökunnan tiedon antamiseen joka osa-alueella. Läheisistä osa koki tyytymättömyyttä tiedon saantiin potilaan terveydentilaan, arkielämään, hoitamiseen ja omaan jaksamiseen liittyen sekä tiedon saantiin pyytämättä.

Rantanen ym. (2004) totesivat tutkimuksessaan, että tukea tulisi kohdistaa enemmän perheeseen pelkän potilaan sijaan. Päiväkirurgisessa hoitotapahtumassa saatekirje osoitetaan potilaalle ja potilaan saapuessa toimenpiteeseen yksin, potilas ohjeistetaan toimenpiteeseen. Kotihoito-ohjeet ja uloskirjautuminen tapahtuu monesti vain potilaan läsnä ollessa. Tämän tutkimuksen mukaan läheiset kaipaavat tietoa myös päiväkirurgisen operaation aikana potilaasta ja hoitotapahtumasta. Mittarin avoimessa kysymyksessä todettiin, ettei tieto kulje läheisen ja henkilöstön välillä, kun potilas on heräämässä. Vastaajat toivoivat toimenpiteeseen liittyvien asioiden tiedottamista kokonaisvaltaisesti hoitoprosessin aikana pyytämättä.

Heino (2005) tutki päiväkirurgisen potilaan ohjausta potilaan ja perheen näkökulmasta. Tutkimuksen mukaan läheinen oli harvoin mukana ohjaustilanteessa eikä saanut potilaan hoitoon liittyvää tietoa hoitohenkilökunnalta. Läheisten osalta tässä tutkimuksessa saatiin saman suuntaisia vastauksia. Läheisten mukaan ohjaustilanteeseen, hoidon suunnitteluun, hoitamiseen ja päätöksentekoon osallistuminen herätti eniten tyytymättömyyttä. Lisäksi kolmannes läheisistä koki, ettei ollut saanut riittävästi tukea konkreettisten arkiasioiden järjestämiseen. Potilaista valtaosa oli tyytyväisiä hoitoon osallistumiseen. Åstedt-Kurki (1997; 1998) on todennut tutkimuksissaan läheisten kaipaavan hoitoon osallistumisen mahdollisuutta sekä tukea siihen.

Päiväkirurgian luonteen vuoksi, hoitotapahtumasta saattaa jäädä epäselvä kuva potilaalle ja läheiselle. Potilas saattaa olla tokkurainen toimenpiteen jälkeen ja saadessaan kotihoito-ohjeet, ohjeistus saattaa jäädä epäselväksi. Mittarin avoimen kysymyksen vastauksissa toivottiin erityisesti toimintakykyä heikentävien operaatioiden yhteydessä perheen huomioimista aktiivisemmin. Lisäksi läheiset toivoivat parempaa yhteydenottoa ja tiedon saanti mahdollisuutta terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. Nämä avoimet vastaukset ovat linjassa mittarin numeraalisten vastusten kanssa.

“Perheiden tuki”- mittarin toimivuutta tässä tutkimuksessa voitiin arvioida Cronbachin alphalla, jonka arvo oli koko mittarissa riittävä uudelle mittarille. Mittari antoi laajasti kuvan perheiden tukemisesta kohtaamisen, tiedon saannin ja hoitoon osallistumisen näkökulmista. Otos oli verrattain pieni päiväkirurgian asiakasmääriin, joten tutkimuksen yleistettävyyttä tulee suhteuttaa otoksen koko huomioon ottaen. Tutkimuksen tuloksista nousi kehittämisen kohteita tälläkin otosmäärällä, joiden pohjalta voidaan tehdä johtopäätöksiä päiväkirurgisen organisaation toiminnan kehittämiseksi.

Pääpiirteittäin aineiston tulokset olivat positiivisia. Terveydenhuoltohenkilöstön kanssa tapahtuva kohtaaminen koettiin kaikilta osin onnistuneeksi. Läheisen tiedon saannin kokemuksissa oli enemmän hajontaa. Osa vastaajista toivoi enemmän tietoa pyytämättä läheiselle potilaan terveydentilasta, hoitamisesta sekä tietoa läheisen omaan jaksamiseen. Hoitoon osallistuminen koettiin eniten kehitettäväksi perheen tukemisen osaksi päiväkirurgian organisaatiossa. Hoitoon osallistumisessa eniten tukea kaivattiin lisää läheisen mukaan ottamiseen potilaan hoitoon liittyvään päätöksentekoon, potilaan hoitoon osallistumiseen, hoidon suunnitteluun, läheisen mahdollisuuden osallistua neuvontaan ja toivottiin apua konkreettisiin asioihin kotona.

Aikuispotilaan läheisen tiedonsaannin kehittämistä potilaan terveydentilaan liittyen mm. päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen läheiselle informointi leikkauksesta ja toimenpiteen jälkeiseen kotiuttamistilanteeseen läheisen mukaan ottaminen. Vaikka päiväkirurginen toimenpide on nopea ja siitä kotiudutaan vuorokauden kuluessa, tutkimustulosten mukaan potilaille ja läheisille jää monta kysymystä kuntoutumista ja toipumista ajatellen. Lisäksi huomattavaa on, että kolmannes vastaajista oli tyytymätön tiedon saantiin.

Tiedon saannin kehittäminen vaatii organisaation sisäistä muutosta. Läheisten tiedon saannin puuttuminen voi olla kiireestä tai vähäisistä resursseista johtuvaa. Jotta tiedon saantia voidaan kehittää paremmaksi, tulisi organisaation johdon yhdessä hoitohenkilöstön kanssa miettiä keinoja niiden asioiden minimoimiseksi, jotka haittaavat tiedon antamista läheisille ja potilaille.

Läheisten tiedon saantiin voi vaikuttaa myös syvälle juurtunut organisaatiokulttuuri, joka saattaa päiväkirurgisessa yksikössä olla hyvinkin syvälle juurtunut tehokkuuden ja nopean toiminnan ilmapiiri, jossa potilas ja toimenpide ovat keskiössä. Perheenjäsenen tiedon saannin lisääminen voitaisiin tehdä vaiheittain, ottamalla läheinen mukaan kotiuttamistilanteeseen, jossa annetaan sekä läheiselle että potilaalle mahdollisuus kysyä ja kerrotaan kattavasti toimenpiteeseen liittyvät jatkohoito-ohjeet. Päiväkirurgisessa hoitoprosessissa korostuu tiedon saannin tarpeellisuus nopean kotiutumisen vuoksi.

Aikuispotilaan läheisen hoitoon osallistumisen tehostaminen on tämän tutkimuksen mukaan keskeisin toiminnan kehittämisen kohde. Useat eri tutkimukset ovat todenneet perheen positiivisen merkityksen potilaan toipumiselle. Koska päiväkirurginen hoitotapah-tuma on nopea ja sairaalasta kotiudutaan nopeasti, korostuu perheenjäsenen rooli päiväkirurgisesta toimenpiteestä toipuessa ja kuntoutuessa. Osa toimenpiteistä on pienempiä, vähäisempää tukea tarvitsevat kuin toiset suuremman toimenpiteet. Potilaiden kokemukset ovat erilaisia, jolloin hoitohenkilökunnan tulisi huomioida kaikki potilaat ja läheiset samalla tavalla.

Tutkimuksen mukaan vastaajat olivat sitä mieltä, että eniten kehitettävää on läheisen hoitoon osallistumisessa. Päiväkirurgisessa organisaatiossa läheisen rooli on keskeisin potilaan kotiutuessa, jolloin potilas saa jatkohoito-ohjeet. Läheisen hoitoon osallistumista voidaan tehostaa tiedon saannin tapaan läheisen mukaan ottamisella kotiuttamistilanteeseen. Lisäksi hoitoon osallistumista voi lisätä toimenpidekutsukirjeessä perheenjäsenen huomioiminen. Kutsukirjeeseen voisi lisätä ohjeistuksen läheiselle mahdollisuudesta ja toiveesta läheisen osallistumisesta toimenpiteen jälkeiseen kotiuttamiseen. Päiväkirurgisten toimenpiteiden jälkeistä kuntoutumista edesauttaa potilaan läheisen ajan tasalla pysyminen.

Päiväkirurgisen organisaation toimintaa kehittäessä läheisen hoitoon osallistumisen osalta, resurssit saattavat olla kotiuttamisessa perheenjäsenen mukaan ottamisen esteenä. Lisäksi edelleen päiväkirurgisen organisaation luonne on toimenpide ja potilas keskeinen, jolloin perheenjäsenelle tarvittavan ja riittävän tiedon kertominen saattaa olla haastavaa hoitohenkilökunnalle. Perheenjäsenen huomioiminen päiväkirurgisessa hoitoprosessissa lisäkoulutuksena organisaatiossa voisi auttaa kohtaamaan läheiset ja antaa työkaluja läheisten osallistamiseen sekä tiedon antamiseen.

Päiväkirurginen organisaatio oli haastava tutkimusalue päiväkirurgian luonteen vuoksi. Perheiden tukemista haluttiin selvittää asiakaslähtöisyyden parantamiseksi yksikössä. Päiväkirurginen yksikkö oli saanut aiemmassa asiakaspalautteessa kehitysehdotuksia läheisten huomioimisen puuttumisesta. Mittaaminen ei yksistään johda toiminnan kehittämiseen, vaikka tutkimusten tulosten antamalla informaatiolla on oma merkityksensä. Palautetta analysoimalla voidaan nähdä, mikä on asiakkaan odotus ja tarve, kokemus hoidosta.

6. POHDINTA

Esittelen seuraavassa tutkimuskysymyksiin saatuja vastauksia sekä pohdin niiden hyödyntämistä toiminnan kehittämisessä käytännön työssä. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli antaa hoitotyön ammattilaisille työkaluja asiakaslähtöisyyden kehittämiseen organisaatiossa. Teoriaosuudessa esiteltiin asiakaslähtöinen organisaatio ja potilaan perheen tukeminen osana asiakaslähtöisen toiminnan kehittämistä. Tutkimuksessa vertailtiin perheen ja potilaan kokemuksia tukemisen osa-alueilla kohtaaminen, tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen. Nämä ovat asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksia, jotka kohdistuvat koko aineistoon.

Potilaan perheen tukemista on tutkittu aiemmin sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Suurin osa tutkimuksista on keskittynyt lapsipotilaisiin tai pitkäaikaisempiin hoitosuhteisiin. Päiväkirurgisen potilaan perheen tukemisesta on vähän aiempaa tutkimusta. Päiväkirurginen hoitoprosessi on haastava sen lyhyt kestoisuuden vuoksi ja perhekeskeisyyden huomioiminen hoitotyössä haastavaa. Arvioitaessa tämän tutkimuksen tuloksia pyrittiin vastaamaan tutkimusongelmiin:

- Millainen on asiakaslähtöisyyden ja organisaatiokulttuurin suhde erikoissairaanhoidon kontekstissa?
- Miten aikuispotilaan perheen tukemisen osa-alueet ilmenevät organisaation toiminnassa?
- Miten perhekeskeisyydellä voidaan kehittää organisaation toimintaa asiakaslähtöisemmäksi?

6.1. Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu

Tieteellisen tutkimuksen keskeisin vaatimus on sen luotettavuus. Määrällisen tutkimuksen luotettavuus koostuu mm. tulosten yleistettävyydestä, toistettavuudesta samankaltaisissa olosuhteissa ja siirrettävyydestä toiseen kontekstiin. Tutkimuksen ensimmäinen luotettavuuden edellytys on tieteellisen tutkimuksen kriteerien noudattaminen. (Heikkilä

2001: 185; Nieminen 1998: 215–219.) Luotettavuus, huolellisuus ja totuudellisuus ovat tieteellisen tiedon erityisvaatimuksia (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008: 19). Jos tutkimuksen avulla saadaan luotettavia vastauksia tutkimuskysymyksiin, voidaan tutkimusta pitää onnistuneena. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan kuvata reliabiliteetin ja validiteetin käsitteillä, jotka muodostavat kokonaisluotettavuuden tutkimukselle. (Heikkilä 2001: 29, 185; Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2013: 132–136.)

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tieteelliselle tutkimukselle ominaiseen tapaan mahdollisimman luotettavaa ja uskottavaa tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Tavoitteena oli säilyttää todenmukaisuus mahdollisimman tarkasti varmistamalla tutkimuksen luotettavuutta tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa. Tutkimuksen luotettavuutta edistävät tutkimuksen tarkoituksen perustelu sekä selkeät tutkimuskysymykset. Tutkimus oli kvantitatiivinen, jonka luotettavuutta arvioidaan reliabiliteetilla ja validiteetilla. Validiteetti eli pätevyys tarkoittaa, että tutkimuksen tulee mitata sitä, mitä on tarkoitus selvittää. Tutkimuksen validius voidaan varmistaa huolellisella suunnittelulla, harkitulla tiedonkeruulla, mittarin kysymysten ja tutkimusongelman yhteneväsyydellä, perusjoukon tarkalla määrittelyllä, edustavalla otoksella ja riittävällä vastausprosentilla. (Heikkilä 2001: 29, 186.) Tutkimuksen validiteettia kuvaa myös selkä analyysin ja aineiston kuvaaminen sekä tutkijan selkeät esitykset valinnoista (Ronkainen ym. 2013: 132–136).

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimuksen luotettavuus on suoraan verrannollinen mittarin luotettavuuteen (Metsämuuronen 2000: 41). Mittarilla tarkoitetaan numeroarvolla, sanallista tai tiivistä kuvausta joistakin havainnoista tai ominaisuuksista (Olve, Roy & Wetter 1999). Luotettava mittari on sekä validi että reliaabeli (Hiidenhovi 2001: 36). Tutkimuksessa käytettiin “Perheiden tuki” - mittarin lyhyttä versiota. “Perheiden tuki” - mittarilla on mahdollista arvioida perheiden hoitohenkilökunnalta saamaa tukea potilaan ja potilaan läheisten omasta näkökulmasta. Mittarin validiteettia saattoi heikentää otoksen kato, joka saattoi vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin.

Mittarin reliabiliteetilla tarkoitetaan kykyä antaa tuloksia, jotka olisivat toistettavissa (Metsämuuronen 2000, 50). Reliaabeliutta voidaan parantaa pyrkimällä minimoimaan virhetekijät, tutkimalla johdonmukaisuutta mittarissa, selkeällä ohjeistuksella ja esites-
tauksella (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997: 210). Mittarin reliabiliteettia arvioi-
tiin laskemalla koko mittarin Cronbachin alpha-kertoimella. Mittarin summamuuttujien
Cronbachin alphas olivat kaikki arvoltaan 0.8. Cronbachin alphan arvoa 0.6 voidaan
pitää riittävänä (Ernvall, Ernvall & Kaukkila 2002: 158.)

Ihmisten kokemukset ovat yksilöllisiä, joten mittarissa oli avoin kysymys, jossa antami-
aan numeroita sai perustella. Avoin kysymys analysoitiin sisällönanalyysillä. Avokysy-
mys voi lisätä mittarin tarkkuutta, jos vastaukset ovat riittävän informatiivisia täyden-
tämään kyselylomakkeen tietoainesta. Avoimia vastauksia tuli vähän ja palvelivat
enemmän kiitoksina tai kriittisinä huomautuksina organisaation laatu järjestelmää.
Kommentit eivät sisältäneet sellaista merkitystä, että laadullinen analyysi ja tulkinta
olisi ollut mahdollista. (Krause & Kiikkala 1996: 130–132.)

Tutkimuksen reliabiliteetti eli luotettavuus tarkoittaa tutkimuksen tulosten tarkkuutta.
Tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan kriittisyys ja tarkkuus koko tutkimuksen ajan.
Luotettavan tutkimuksen tulee olla toistettavissa samanlaisin tuloksin eikä tutkimuksen
tuloksia saa yleistää tutkimuksen pätevyysalueen ulkopuolelle. Otoksoon on oltava riit-
tävän suuri ja otoksen on edustettava koko tutkittavaa perusjoukkoa. (Heikkilä 2001: 30;
Holopainen ym. 2004: 15.) Aineistoa hankittaessa syntyvät virheet alentavat tutkimuk-
sen luotettavuutta. Tällaisia virheitä ovat mm. mittaus-, otanta- ja käsittelyvirheet.
(Heikkilä 2001: 185–186.) Tutkimuksen vastausprosentti oli 29% ja otoskoko N=87.
Tutkimuksen otos rajattiin päiväkirurgiseen yksikköön, mutta otoskoko ja vastauspro-
sentti olisi saanut olla suurempi. Tutkimuksen alussa tavoiteltiin 150 potilasta ja heidän
150 läheistään. Tutkimuksen otos edustaa perusjoukkoa. Tutkimukseen valittiin vain
päiväkirurgisia potilaita. Tutkimukseen osallistuneet läheiset määräytyivät sen mukaan,
kenet potilas koki läheiseksi. Tähän valintaan tutkija ei voinut vaikuttaa ja kyseinen
seikka on huomioitu teoreettisessa viitekehyksessä sekä tulosten tarkastelussa.

Tutkimuksen objektiivisuus eli puolueettomuus lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen objektiivisuutta lisää tutkijan sellainen toiminta, että tutkimuksen tulokset eivät ole riippuvaisia tutkijasta. Tutkija tekee subjektiivisia valintoja tutkimuksen eri vaiheissa esimerkiksi tutkimusmenetelmästä. Nämä valinnat eivät saa perustua tutkijan omiin henkilökohtaisiin vakaumuksiin kuten politiikkaan. (Heikkilä 2001: 30–31.) Tutkijalla ei ollut kyselytutkimuksen yhteydessä mahdollisuutta vaikuttaa siihen, miten rehellisesti ja luotettavasti tutkittavat ovat kyselyyn suhtautuneet. Vastausaika oli kohtuullisen mittainen sekä lyhyt. Tällä pyrittiin saamaan potilaiden ja läheisten vastaus kyselylomakkeeseen mahdollisimman nopeasti päiväkirurgisen operaation jälkeen. Tämä varmistaa potilaan ja läheisen kokemuksen välittymisen mahdollisimman autenttisesti.

Tutkimusaineiston analysoinnissa ja tutkimustulosten raportoinnissa huomioitiin anonymiteetin suojaaminen. Suojaaminen tapahtui suostumuslomakkeen, tutkimusaineiston muodostavien kyselylomakkeiden ja tutkimustulosten raportoinnin suorien ja epäsuorien tunnisteen käsittelyssä. Suorien tunnisteen osalta suostumuslomakkeet säilytettiin tutkijan käytössä olevassa lukitussa kaapissa. Suostumus- ja kyselylomakkeet kerättiin erikseen tutkijalle postitettuihin kirjekuoriin heti avaamisen yhteydessä. Suostumus- ja kyselylomakkeiden kerääminen erikseen turvaa tutkimukseen osallistuvan anonymiteetin suojaamisen. Tutkimusaineisto oli vain tutkijan käytössä tutkimusprosessin aikana. Tutkimusprosessin jälkeen tutkimusaineisto tuhottiin asianmukaisesti. Tutkimusaineiston keräämisestä huolehdittiin aineiston keruussa kuvatulla menetelmällä. Tutkimustulosten analysoinnissa tulokset perustuvat vain tutkimusaineistoon ja se osoittaa, ettei tutkimustuloksia ole vääristelty. Vastajien anonymiteetti säilyi koko tutkimuksen ajan, eikä vastaajaa ei voinut tunnistaa kyselylomakkeen kysymyksistä. Kyselylomakkeista ei tarvinnut hylätä ainuttakaan. Hylkäyksen perusteena pidettiin, jos enemmän kuin puolet muuttujista ei ollut saanut arvosanaa.

6.2. Johtopäätökset

Perheiden tukemista ja perhekeskeisyyttä hoitotyössä on tutkittu laajasti hoitotieteessä. Aihetta ei juuri ole tutkittu hallintotieteen näkökulmasta. Hoitotieteelliset tutkimukset keskittyvät mm. laadun kehittämiseen tai mittaamiseen sekä perhehoitotyön käytänteiden tutkimukseen. Tässä tutkimuksessa haluttiin aineiston avulla selvittää asiakaslähtöisyyden ilmenemistä organisaation toiminnassa ja pohtia voiko perhekeskeisyydellä kehittää organisaation toimintaa asiakaslähtöisemmäksi. Lisäksi tutkimuksessa haluttiin pohtia asiakaslähtöisyyden ja organisaatiokulttuurin suhdetta tässä kontekstissa, erikoissairaanhoidon organisaatiossa.

Tutkimuksen empiirinen aineisto kerättiin kyselylomakkeella Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin päiväkirurgisessa yksikössä kesällä 2013. Mittarina käytettiin ”Perheiden tuki” -mittarin lyhyttä versiota. Empiirisen aineiston pohjalta oli tavoitteena alustavasti esittää kehittämiskohteita organisaation asiakaslähtöisen toiminnan kehittämiseen. Asiakaslähtöistä toimintaa tarkasteltiin perhekeskeisyyden, perheiden tukemisen näkökulmasta, sairaanhoitopiirin omasta toiveesta. Näin toiminnan kehittämisen viitekehyydeksi muotoutui perheen tukemisen osa-alueet kohtaaminen, tiedon saanti ja hoitoon osallistuminen. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys rakentui ”Perheiden tuki” -mittarin pohjalta, mittarin käytön ja hyödyntämisen ulottuvuudesta toiminnan kehittämiseen.

Tutkimuksen empiirisen osuuden tuloksien yleistäminen oli haastavaa pienen otoskoon vuoksi. Tutkimuksen kokonaisvastausprosentti oli 29%. Tutkimukseen osallistuneet päiväkirurgiset potilaat ja heidän omaisensa muodostivat verrattain pienen otannon päiväkirurgisen yksikön asiakkaista ja heidän läheisistään. Useiden eri taustamuuttujien ristiinvertailusta luovuttiin otoksen jäädessä hyvin pieneksi ja keskityttiin vertailemaan tutkimuksen tuloksia taustamuuttujista vain potilaiden ja läheisten kesken.

Asiakaslähtöisyys on useiden tutkimusten pohjalta merkittävä tekijä hoitotyössä. Asiakkaat muodostavat olennaisimman osan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluorganisaation yhteistyö ympäristöstä (Valkama 2012: 12). Asiakkuuteen tulisi kiinnittää olennaisesti huomiota palvelujen tuottamisessa, jolloin asiakaslähtöisyys korostuu. Asiaksläh-

töisyyden keskeinen ominaisuus on, ettei palveluita järjestetä pelkästään organisaation tarpeista lähtien. Viitasaaren (2012) mukaan palveluiden kehittämiseksi on määriteltävä yhteiset kriteerit asiakaslähtöisyydelle. Niemi (2006) pitää yksilöllisyyttä, valinnanvapautta, perhekeskeisyyttä, vuorovaikutusta ja osallistumista asiakaslähtöisyyden keskeisinä osa-alueina.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden ja toiminnan kehittämisen pääpainona on ollut pitkään palveluiden kehittäminen asiakaslähtöisemmiksi. Julkisen sektorin asiakaslähtöisten palvelujen tuottamisessa on huomioitava julkisen sektorin erityispiirteet. (Turtiainen 2000: 66–68.) Julkiset palvelut on rakennettu palvelemaan kollektiivisesti yhteiskuntaa, jolloin asiakaslähtöisyyden toteuttaminen on haastavaa (Vuokko 1997: 134). Tutkimusoletuksena tässä tutkimuksessa oli, ettei päiväkirurginen yksikkö ole huomionnut riittävästi perhekeskeisyyttä asiakaslähtöisyyden osana organisaation toiminnassa. Tämä oletus vaikuttaa pitävän tämän ja aiemman tutkimustiedon mukaan paikkansa erityisesti terveydenhuoltohenkilöstön perheen tukemisen osa-alueilla; läheisen tiedon saanti ja hoitoon osallistuminen.

Julkisten sosiaali- ja terveystalveluiden asiakaslähtöisyyteen vaikuttaa myös julkisten palveluiden tuottamisesta ohjaava legitimizeetti. Palvelun laadun sisältöä ohjaava legitimaatio jättää usein asiakastyytyväisyyden toissijaiseksi palvelun laadun kriteeriksi. (Heinonen 1999.) Asiakas on julkisissa terveystalveluissa vain tiettyjen palvelutarpeiden kohteena, joihin hänellä on kansalaisena oikeus (Turtiainen 2000: 80). Asiakkaan aseman vahvistaminen on korostunut julkisen ja yksityisen sektorin kilpailun kasvaessa sekä julkisten palvelumaksujen noustessa. Asiakaslähtöisyys on noussut palvelun laadun kriteerinä niissä julkisissa palveluissa, joihin asiakkaalla on oikeus. (Almond 2001.)

Asiakaslähtöisyyden ja organisaatiokulttuurin suhdetta voidaan arvioida tässä tutkimuksessa perheiden tukemisen osalta. Erikoissairaanhoidon palveluita ohjaa vahvasti kollektiivisuus ja legitimizeetti, mutta asiakaskeskeisyys on ollut toiminnan keskiössä pitkään. Tämän tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että päiväkirurgian yksikössä organisaatiokulttuuri on kohtaamisen osalta asiakaslähtöinen. Perheen tiedon saanti ja hoitoon osallistuminen olivat tulosten mukaan enemmän kehittämisen tarpeessa. Tyytymät-

tömyys potilaan perheenjäsenen tiedon saantiin ja hoitoon osallistumiseen ovat mahdollisesti päiväkirurgian yksikön organisaatiokulttuurin demokraattisuuden, legitimeettiuuden ja kollektiivisuuden häivähdyksiä.

Päiväkirurginen hoitoprosessi on ollut voimakkaasti potilaskeskeistä jättäen potilaan perheen hoidon ulkopuolelle. Päiväkirurgian organisaatiokulttuuriin liittyy myös ammatilliset osakulttuurit, jotka vaikuttavat asiakaslähtöisyyden ilmenemiseen osana organisaatiokulttuuria. Aikaisempaan tietoon verraten terveydenhuollon organisaation asiakaslähtöisyyden ulottuminen kokonaisvaltaisesti potilaaseen sekä potilaan perheeseen on haastavaa. Päiväkirurgisen organisaation luonteen mukaan, asiakaslähtöisyyttä joudutaan soveltamaan toiminnan tavoitteiden ja normiston mukaan. Päiväkirurgian toiminta-ajatuksena on tehdä nopeita kirurgisia toimenpiteitä ilman seurantaa sairaalassa, mikä tuo säästöjä organisaatiolle. Toiminnan organisoiminen lähtee enemmän organisaation kuin asiakkaan tarpeesta, vaikka päiväkirurginen toiminta toteutuu potilaiden tarpeesta.

Tutkimuksen kohdeorganisaation asiakaslähtöisyys ja organisaatiokulttuuri eivät kulje täysin käsi kädessä. Julkisen terveydenhuolto-organisaation kulttuurin byrokraattisuus, legitiimius ja hierarkia vaikuttavat asiakaslähtöisyyden toteutumiseen. Asiakaslähtöisyys toteutuu organisaatiossa osittain ja potilasta huomioidaan enemmän kuin läheistä. Terveydenhuoltohenkilöstön asiakaslähtöisen toiminnan kehittäminen päiväkirurgisessa organisaatiossa vaatii ponnisteluita sekä esimies- että hoitohenkilökunta tasolla, mutta johdonmukaisella kehittämistyöllä perheiden tukemisen lisääminen on mahdollista.

Organisaatiokulttuuria on vaikea muuttaa sen pysyvyyden ja kollektiivisuuden vuoksi, mutta Scheinin (1990) mukaan organisaatiokulttuuria voidaan tietoisesti muuttaa riittävän pitkällä aikajänteellä. Tutkimusten mukaan muutosta ohjaa erityisesti johdon ja organisaation työntekijöiden kiinnostus muutokseen (Bellou 2007; Iveroth 2012; Shunzhong 2009.) Tämän tutkimuksen tutkimustulosten perusteella voidaan esittää seuraavat organisaation asiakaslähtöisen toiminnan kehittämishaasteet päiväkirurgiselle yksikölle: Organisaation asiakaslähtöisyyden lisääminen aikuispotilaan läheisen tiedon saantia kehittämällä ja aikuispotilaan läheisen hoitoon osallistumista tehostamalla.

Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa päiväkirurgisen aikuispotilaan perheen saamista tuesta. Tutkimustiedon pohjalta pohdittiin, onko mahdollista kehittää päiväkirurgisen organisaation toimintaa asiakaslähtöisemmäksi aikuispotilaan perhettä tukemalla. Tutkimustulosten pohjalta voidaan esittää aikuispotilaan perheen tukemisen parantavan asiakastyytyvyyttä ja täten asiakaslähtöisyyttä. Päiväkirurgian lyhyiden hoitoaikojen ja tehokkuuden vuoksi perheiden tukeminen voi olla haastavaa, mutta tulosten mukaan voidaan päätellä, että läheisen tukeminen on pieniä tekoja hoitotapahtuman yhteydessä.

Asiakaslähtöisyys ilmenee päiväkirurgisessa organisaatiossa terveydenhuoltohenkilöstön kohtaamistaidoissa. Aikuispotilaan perhe sai kohtaamiseen hyvin tukea. Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että läheiset sekä potilaat toivoisivat lisää tukea tiedon saantiin sekä hoitoon osallistumiseen. Perheiden tukemisen kehittäminen erikoissairaanhoidossa lisää asiakaslähtöisyyttä organisaatiossa. Asiakaslähtöisyys voi toteutua vain, jos asiakkaan odotukset ja toiveet tiedetään. Tämän tutkimuksen tulosten pohjalta voidaan kehittää päiväkirurgisen hoitotapahtuman perhekeskeisyyttä perheen tukemisen osaluilla kohtaaminen, tiedon saanti ja osallistuminen hoitoon. ”Perheiden tuki” -mittarin avulla saatiin yksityiskohtaista tietoa aikuispotilaan perheen tuen tarpeesta päiväkirurgisessa toiminnassa. Tämän tutkimuksen tuloksilla ja aikaisemmalla tutkimustiedolla voidaan kehittää organisaation toimintaa asiakaslähtöisemmäksi.

6.3. Jatkotutkimushaasteet

Päiväkirurgisen potilaan perheen tukeminen ja sen sisällyttäminen asiakaslähtöisen toiminnan kehittämiseen ovat edelleen tärkeitä hoito- ja hallintotieteellisen tutkimuksen kohteita. Tämä tutkimus oli pieni osa asiakaslähtöisen toiminnan tutkimusta, jota varmasti tulevaisuudessa tehdään laajasti sosiaali- ja terveysalalla sen korostuneen arvioinnin vuoksi. Asiakaslähtöisyyden juurruttaminen sosiaali- ja terveysalan organisaatioihin automaattiseksi ja sisäsyntyiseksi toimintatavaksi vie aikaa sekä vaihtelee tulevaisuudessa hoitoyksiköiden kesken. Perheiden huomioiminen ja tukeminen hoitoprosessin aikana tuo lisäarvoa palvelun laadulle ja syventää asiakasymmärrystä.

Otos ja vastausprosentti jäivät tässä tutkimuksessa pieneksi, joten tutkimuksen laajemman yleistettävyyden vuoksi jatkotutkimus on suotavaa. Kyselylomakkeen palautti vain 38 läheistä. Mahdollisesti läheisistä tuntui siltä, että päiväkirurgisen hoitotapahtuman yhteydessä hoitajien antamalla tuella ei ole suurta merkitystä perheelle ja läheisten vastausprosentti jäi siten selvästi matalammaksi kuin potilaiden. Aineiston keruussa olisi voinut käyttää erilaista tapaa, jatkotutkimuksessa kyselylomakkeen jakaminen läheisille henkilökohtaisesti voisi tuoda erilaista näkemystä tutkittavaan ilmiöön.

Perheiden tukemista päiväkirurgisen hoitotapahtuman aikana voisi tutkia lisää mm. sukupuolen ja ikäjakauman välillä. Lisäksi Auran (2008) aiemmassa tutkimuksessa todettiin asumismuodon ja asumisetäisyyden vaikuttaneen läheisten kokemukseen tuen tarpeesta, sitä voisi tutkia laajemmin lisää. “Perheiden tuki” -mittarin lyhyttä versiota pilotoitiin tässä tutkimuksessa ja sen toimivuus osoitettiin vaikkakin otos jäi pieneksi. “Perheiden tuki” -mittarin lyhyttä versiota voisi soveltaa muihinkin erikoissairaanhoidon toiminta-alueisiin, erityisesti lasten ja ikäihmisten parissa, joita ei tässä tutkimuksessa huomioitu.

Organisaation asiakaslähtöisen toiminnan osalta tässä tutkimuksessa päästiin alustaviin olettamuksiin. Tutkimuksen jatkaminen perhekeskeisyyden lisäämisestä päiväkirurgiseen hoitotapahtumaan olisi mielenkiintoinen jatkumo tähän tutkimukseen. Lisäksi olisi hyvä selvittää, miten organisaation esimiehet ja työntekijät asennoituvat asiakaslähtöisyyteen ja sen alla olevaan perhekeskeisyyteen. Myös konkreettisesti toiminnan kehittäminen perhekeskeisemmäksi erikoissairaanhoidon päiväkirurgisessa organisaatiossa olisi mielenkiintoinen tutkimuksen kohde. Myös perhekeskeisyyden tutkiminen hallinnon tutkimuksessa laajemmin olisi mielenkiintoista.

LÄHDELUETTELO

- Almond, Palo (2001). What is Consumerism and has it had an impact on health visiting provision? A literature review. *Journal of Advanced Nursing* 35(6): 893–901.
- Aura, Minna (2008). Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Saatavissa 11.3.2013: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu03374.pdf>.
- Aura, Minna, Paula Asikainen, Asta Heikkilä, Varpu Lipponen, Eija Paavilainen & Päivi Åstedt-Kurki (2010). Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. *Tutkiva hoitotyö* vol 8 (2): 14–21.
- Bellou, Victoria (2007). Achieving long-term customer satisfaction through organizational culture. Evidence from the health care sector. *Managing Service Quality* 17(5): 510–522.
- Bomar, Perri J. (editor) (2009). *Promoting Health in Families: applying family research and theory to nursing practise*. 3rd ed. Saunders: Philadelphia, Pennsylvania.
- Brown, Donald R. & Don Harvey (2006). *An Experiential approach to organization development*. 7th ed. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Bullock, Karen (2009). Family Social Support. Teoksessa Perri J. Bomar (editor) *Promoting Health in Families: applying family research and theory to nursing practise*. 3rd ed. Saunders: Philadelphia, Pennsylvania.
- Burnard, Philip (1992). *Communicate! A Communication Skills Guide for Health Care Workers*. Great Britain: British Library Cataloguing in Publication Data.
- Burnard, Philip & Paul Gill (2008). *Culture, Communication and Nursing*. England: Pearson Education Limited.

- Davis, Hilton (2003). Miten tukea sairaan tai vammaisen lapsen vanhempia? Sipoo: Silverprint.
- Doering, LV, AW McGuire & D Rourke (2002). Recovering from cardiac surgery: what patients want you to know. *American Journal of Critical Care* 11(4): 333–343.
- Dryden, Windy & Jill Mytton (1999). *Four approaches to Counseling and Psychotherapy*. London, Routledge.
- Duggan, Patrick S., Gail Geller, Lisa A. Cooper & Mary Catherine Beach (2006). The moral nature of patient-centeredness: Is it “just the right thing to do”? *Patient Education and Counselling* 62: 271–276.
- Duhamel, Fabie & Lise R. Talbot (2004). A Constructivist evaluation of family systems nursing interventions with families experiencing cardiovascular illness. *Journal of Family Nursing* 10 (1).
- Eloranta, Sini, Jouko Katajisto & Helena Leino-Kilpi (2008). Potilas kirurgisen hoidon laadun arvioitsijana. *Hoitotiede* 20 (3): 115–125.
- Ernvall, Reijo, Sirpa Ernvall & Hanna-Sisko Kaukkila (2002). *Tilastollisia menetelmiä sosiaali- ja terveystieteille*. Helsinki: Wsoy.
- Etzell, Sirpa, Liisa Korpivaara, Tuula Lukkarinen, Anne Nikula, Inkeri Pekkarinen, Riitta Peni & Hanna-Maija Värmälä (1998). *Perheen ja yhteisön terveyttä edistävä hoitotyö*. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Ferge, Zsuzsa, Katri Hellsten, Esko Kalimo & Tapani Purola (1997). Sosiaalipolitiikan kilpailevien ideologioiden vertailua. *Kansaneläkelaitos*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 19.

- Franke, George & Jeong-Eun Park (2006). Salesperson Adaptive Selling Behavior and Customer Orientation: A Meta-Analysis. *Journal of Marketing Research* 43(4): 693–702.
- Friedman, Marilyn M., Vicky R. Bowden & Elaine G. Jones (2003). *Family nursing: Research, theory and practice*. 5th ed. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Fröjd, Camilla, Christine Swenne, Christine Rubertsson, Lena Gunningberg & Barbro Wadensten (2011). Patient information and participation still in need of improvement: evaluation of patients' perceptions of quality of care. *Journal of Nursing Management* 19: 226–236.
- Ghorbani, Hassan, Seyedeh Demneh & Arezoo Khorsandejad (2012). An Empirical Investigation of the Relationship between Organizational Culture and Customer Orientation.: The Mediating Effect of Knowledge Management. *International Journal of Marketing Studies* 4(3): 53–67.
- Groene, O., M. Lombarts, N. Klazinga, J. Alonso, A. Thompson & R. Suñol (2009). Is patient centeredness in European hospital related to existing quality improvement strategies? Analysis of a cross-sectional survey. *Qual Saf Health Care* 18: 44–50.
- Grönroos, Christian (2009). *Palvelujen johtaminen ja markkinointi*. 3. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro.
- Guenzi, Paolo, Luigi M. De Luca & Gabriele Troilo (2011). Organizational Drivers of Salespeople's Customer Orientation and Selling Orientation. *Journal of Personal Selling & Sales Management* 31(3): 269–285.
- Hakulinen, Tuovi, Päivikki Koponen & Marita Paunonen (1999). *Perheen hoitotyöhön liittyvät käsitteet*. Teoksessa *Perhe hoitotyössä: teoria, tutkimus ja käytäntö*. Porvoo: Wsoy.

- Hakulinen, Tuovi & Marita Paunonen (1994). Analyysi käsitteestä perhehoitotyö. *Hoitotiede* 6 (2): 58–64.
- Harisalo, Risto (2004). *Organisaatioteoriat*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Hautaviita, Terhi (2012). Ikääntyvien syöpäpotilaiden läheisten kokemuksia hoitoon osallistumisesta ja siihen saadusta ohjauksesta. Pro gradu-tutkielma. Saatavissa 1.5.2018: <http://tampub.uta.fi/handle/10024/83106>
- Heikkilä, Asta, Pirkko Jokinen & Tiina Nurmela (2008). *Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla*. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Heikkilä, Tarja (2014). *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Heikkilä, Tarja (2001). *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Heikkinen, Riitta-Liisa & Timo Laine (1997). *Kohtaamisen näkökulmia*. Teoksessa *Hoitava kohtaaminen*. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Heino, Tarja (2005). Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenten näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Saatavissa 13.5.2018: <http://tampub.uta.fi/handle/10024/67478>.
- Heinonen, Jarna (1999). *Kohti asiakaslähtöisyyttä ja kilpailukykyä. Sisäinen yrittäjyys kunnallisen yksikön muutoksessa*. Turku: Kirjapaino Grafia Oy.
- Heinonen, Jarna (1997). *Asiakaslähtöisyys ja kunnallisen yksikön kilpailukyky - Käsitteellisen ajattelun ja empiirisen havainnoinnin dialogi*. Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja. Sarja D-2. Turku: Turun kauppakorkeakoulu.

- Hiidenhovi, Hannele (2001). Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla. Saatavissa 1.5.2018: <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5165-1.pdf>.
- Holopainen, Martti, Lauri Tenhunen & Pertti Vuorinen (2004). Tutkimusaineiston analyysi ja SPSS. Hamina: Oy Kotkan Kirjapaino Ab.
- Hopia, Hanna, Anja Rantanen, Elina Mattila, Eija Paavilainen & Päivi Åstedt-Kurki (2004). Kirurgisen potilaan omaisen ja henkilökunnan vuorovaikutus sairaalassa. Tutkiva Hoitotyö 2(4): 24–29.
- Hyvärinen, Hannu (2011). Asiakaslähtöisyyden moniulotteisuus ja toteutumisen haasteet asiantuntijoiden näkemänä. Pro gradu- työ. Itä-Suomen yliopisto: Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta.
- Istomina Natalja (2011). Quality of abdominal surgical nursing care. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Saatavissa 19.4.2016: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-4769-0>.
- Iveroth, Einar (2012). Leading global IT-enabled change across cultures. *European Management Journal* 30: 340–351.
- Jorritsima, Petra & Celeste Wilderom (2012). Failed culture change aimed at more service provision: a test of three agentic factors. *Journal of Organizational Change Management* 25(3): 364–391.
- Julkunen, Raija (2006). Universalismista köyhyyspolitiikkaan? Teoksessa *Vääryyskirja*. Toim. Tuula Heine & Markku Laatu. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Juuti, Pauli (2006). Organisaatiokäyttäytyminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Järvinen, Kati (2014). Työn mielekkyyden johtaminen. Helsinki: Alma Talent.

- Karlöf, Bengt (1999). Johtamisen käsitteet ja mallit. Porvoo: WSOY.
- Kiikkala, Irma (2000). Hyvinvointivaltion palveluketju. Asiakaslähtöisyys periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Koivula, Meeri (2004). Perheen ja läheisten ihmisten merkitys ohitusleikkauspotilaiden ja hoitohenkilökunnan kokemana. Tutkiva hoitotyö 2(1): 4–9.
- Kotisaari, Marja-Liisa & Sirkka Kukkola (2012). Potilaan oikeudet hoitotyössä: Havainnollinen ja selkeä käsikirja on tarpeellinen kaikille hoitotyöstä vastuussa oleville johtajille ja esimiehille. Porvoo: Bookwell Oy.
- Krause, Kaisa & Irma Kiikkala (1996). Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Hygieia.
- Kujala, Eila (2003). Asiakaslähtöisen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Acta Universitatis Tamperensis 914. Väitöskirja. Tampere: Tampere University Press.
- Kvist, Tarja (2004). Hoidon laatu - potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Saatavissa 19.4.2016: <http://urn.fi/URN:ISBN:951-27-0062-X>.
- Kyngäs, Helvi & Liisa Vanhanen (1999). Sisällönanalyysi. Hoitotiede 11(1): 3–12.
- Kääriäinen, Maria, Tiina Lahdenperä, Helvi Kyngäs (2005). Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö 3 (3): 27–30.
- Ladd, Rosalind Ekman, Sheri Smith & Lynn Pasquerella (2000). What to do when the end is near: Ethical issues in home health care nursing. Public Health Nursing 17(2): 103–110.

- Laitila, Minna (2010). Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 31. Kuopio: Kopiojyvä Oy.
- Larivaara, Pekka, Sirpa Lindroos & Taina Heikkilä (2009). Perhekeskeisen työn teoreettiset perusteet. Teoksessa Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Lehto, Eero (2003). Hyvinvointipalveluiden kilpailuttaminen keinona – oletukset, tavoitteet ja käytäntö. Teoksessa Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveystieteiden näkökulmasta. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Levesque, Terrence & Gordon McDougall (1996). Determinants of Customer Satisfaction in Retail Banking. *International Journal of Bank Marketing* 14(7): 12–20.
- Levy, Amir & Uri Merry (1986). Organizational transformation: approaches, strategies, theories. Saatavissa 23.3.2018: https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=gq7eoGJ26h4C&oi=fnd&pg=PA3&dq=amir+merry+organizational+transformation&ots=tTH3sfd9mu&sig=qbWe cuS1RV08f0J3_8zKBhYzF4Q&redir_esc=y#v=onepage&q=amir%20merry%20organizational%20transformation&f=false
- Lunenburg, Fred C. (2011). Understanding Organizational Culture: A Key Leadership Asset. *National forum of educational administration and supervision journal* 29: 4.
- Marin, Marjatta (1999). Perhe ja sen muutos suomalaisessa kulttuurissa. Teoksessa Perhe hoitotyössä. Porvoo: Wsoy.
- Matikainen, Janne (2009). Organisaatiokulttuuri muutoksessa.

- Mattila, Elina, Marja Kaunonen, Pirjo Aalto & Päivi Åstedt-Kurki (2014). The method of nursing support in hospital and patients' and family members' experiences of the effectiveness of the support. *Scand J Caring Sci* 28: 305–314. Saatavissa 20.4.2016: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.uef.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=af4f0d9b-ea16-4d01-9ecf-3272fec9e0a8%40sessionmgr4005&hid=4214>
- Mattila, Elina (2011). Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.
- Metsämuuronen, Jari (2000). Metodologian perusteet ihmistieteissä. Helsinki: International Methelp Oy.
- Miettinen, Seija, Merja Miettinen, Inkeri Nousiainen & Liisa Kuokkanen (2000). Itsensä johtaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Wsoy.
- Mikkola, Leena (2006). Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.
- Morgan, Gareth (2006). *Images of Organization*. SAGE Publications, UK.
- Mäkinen, Birgitta (2002). Iäkkään potilaan omaisena erikoissairaanhoidossa. Akateeminen väitöskirja. Turku: Turun yliopisto.
- Mäkisalo-Ropponen, Merja (2011) Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.
- Mäkisalo-Ropponen, Merja (2008). Omaisetspitkääkaishoidossa. *Sairaanhoitaja* 81(11): 16–18.

- Niemi, Annukka (2006). Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa. Yksityisen ja julkisen kotihoidon työntekijöiden käsityksiä asiakaslähtöisyydestä. Pro gradu-tutkielma. Saatavissa 1.5.2018: <https://www2.uef.fi/documents/1084483/1438176/graduANiemi.pdf/9fb8c72e-8ac4-4e54-916c-268f38a0111d>.
- Nieminen, Heli (1998). Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen Marita & Vehviläinen-Julkunen Katri: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: Wsoy.
- Niiranen, Vuokko (2003). Kunnallisten sosiaalipalvelujen kilpailuttamisen näkökulma. Teoksessa Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveyspolitiikan näkökulmasta. Stakesin raportteja 276. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Niiranen, Vuokko (2000). Vastaako terveydenhuolto väestön ja potilaiden odotuksiin? – Terveyspalvelujärjestelmän kansalaisresponsiivisuuden tarkastelua. Teoksessa Suomen terveydenhuollon tila ja maailman terveysraportti. Helsinki: Stakesin monistamo.
- Nikkilä, Juhani & Taru Mikkola (1998). Asiakkaan asema terveydenhuollossa. Terveydenhuollon kehittämisprojekti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1998:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Nuutinen, Hanna-Leena & Ritva Raatikainen (2005). Omaisen osallistuminen hoitoon ja osallistumiseen saatu tuki vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Hoitotiede 17(3): 131–144.
- Ollila, Eeva, Minna Ilva & Meri Koivusalo (2003): Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveyspolitiikan näkökulmasta. Stakes raportteja 276. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino.

- Olve, Nils-Göran, Jan Roy & Magnus Wetter (1999). Performance drivers: A Practical guide to using the balanced scorecard. Wiley.
- Outinen, Maarit, Tupu Holma & Kristiina Lempinen (1994). Laatu ja asiakas: Laatu-työskentely sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: WSOY.
- Paavilainen, Eija, Sinikka Seppänen & Åstedt-Kurki Päivi (2000). Family involvement in perioperative nursing of adult patients undergoing emergency surgery. *Journal of Clinical Nursing* 10(2): 230–237.
- Pahlman, Irma (2010). Potilaan tiedonsaantioikeudet. Teoksessa Irma Pahlman (toim.) Asiakastietojen käsittely, salassapito ja asiakkaan tiedonsaantioikeus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki:Edita.
- Pajukoski, Marja (2004). Asiakkaan asema sosiaali- ja terveydenhuollossa - oikeudellinen näkökulma. Teoksessa Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino.
- Paunonen, Marita & Katri Vehviläinen-Julkunen (1999). Perhe hoitotyössä. Teoksessa Perhe hoitotyössä: teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: Wsoy.
- Paunonen, Marita & Katri Vehviläinen-Julkunen (1999). Perhetutkimuksen kehittymisen hoitotieteessä. Teoksessa Perhe hoitotyössä: teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo:Wsoy.
- Paunonen, Marita & Katri Vehviläinen-Julkunen (1997). Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Porvoo: Wsoy.
- Peltonen, Tuomo (2010). Organisaatioteoria - klassisesta jälkimoderniin. Sanoma Pro Oy.

- Potinkara, Heli (2004). Auttava kanssakäyminen. Substantiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy- Juvenes print.
- Pyörälä, Eeva (2011). Vuorovaikutustaidot osana lääkärin ammatillista kehittymistä. Suomen Lääkärilehti: 66: 6, 469–473.
- Rantanen, Anja, Marja Kaunonen, Päivi Åstedt-Kurki & Marja-Terttu Tarkka (2004). Coronary artery bypass grafting. Social support for patients and their significant others. Journal of Clinical Nursing 13(2): 158–166.
- Ronkainen, Suvi, Leila Pehkonen, Sari Lindblom-Ylänne & Eija paavilainen (2013). Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Roukala, Veikko (1998). Toiminnan muutoksen toteutus. Jyväskylä:Gummerus Kirjapaino Oy.
- Salminen-Tuomaala, Mari, Kirsi Kurikka, Sirpa Korkiamäki & Eija Paavilainen (2008). Potilaan saattajien ohjauksen tarve päivystyspoliklinikalla. Hoitotiede 20(5): 258–266.
- Schein, Edgar H. (2009). Yrityskulttuuri: Selviytymisopas. Suomen Laatu keskus, Espoo. Alkuperäisteoksessa: The Corporate Culture Survival Guide. Jossey-Bass inc. Publishers. San Francisco, California (1999).
- Schein, Edgar H. (1990). Organizational culture. American Psychologist 45: 109–119.
- Schein, Edgar H. (1985). Organizational culture and leadership. Jossey-Bass Publishers: San Francisco.
- Schmitt, Florence (2008). Families in the shadow of cancer. Turun yliopiston julkaisuja: Painosalama Oy.

- Scrivens, Ellie (1995). Accreditation, protecting the professional or the consumer? State of Health. U.S.A.: Open University Press.
- Seeck, Hannele (2012). Johtamisopit Suomessa: taylorismista innovaatioteorioihin. 3.painos. Helsinki: Gaudeamus.
- Selin, Erica & Jarmo Selin (2013). Kaikki on kiinni asiakkaasta. Avaimia asiakastyökentelyn hallintaan. Toinen painos. Helsinki: SelinSelin.
- Shunzhong, Liu (2009). Organizational culture and new service development performance: Insights from knowledge intensive business service. *International Journal of Innovation Management* 13(3): 371.
- Sinkkonen, Sirkka, Tuovi Sohlberg, Juha Kinnunen, Anna Laitinen & Pekka Rissanen (1992). Palvelujen laatu ja käyttäjädemokratia vapaakunnan terveydenhuollossa asiakkaiden arvioimana. Itsehallintoprojektin julkaisuja 3/1992. Sisäasiainministeriö. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Soda, Giuseppe & Akbar Zaheer (2012). A network perspective on organizational architecture: Performance effects of the interplay of formal and informal organization. *Strategic Management Journal* 33(6): 751–771.
- Stakes (1999). Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Helsinki: Stakes. Saatavissa 19.4.2016: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/laadunhallinta2000.pdf>.
- STM (2018). Mikä on sote-uudistus? Saatavissa 21.3.: <http://alueuudistus.fi/mika-on-sote-uudistus>
- STM (2007). Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön toiminta- ja taloussuunnitelma vuosille 2009-2012. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön selvityksiä 2007: 65.

- STM (2006). Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015. kohti sosiaalisesti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006: 14.
- STM (1993). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Saatavissa 19.4.2016: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.
- Strong, Carolyn & Lloyd Harris (2004). The Drivers of Customer Orientation: An Exploration of Relational, Human Resource and Procedural Tactics. *Journal of Strategic Marketing* 12: 183–204.
- Sulkunen, Pekka (2006). Projektityhteiskunta ja uusi yhteiskuntasopimus. Teoksessa Projektityhteiskunnan käänköpuoli. Toim. Kati Rantala & Pekka Sulkunen. Helsinki: Gaudeamus.
- Tarkka, Marja-Terttu, Eija Paavilainen, Kristiina Lehti & Päivi Åstedt-Kurki (2003). In-hospitals social support for families of heart patients. *Journal of Clinical Nursing* 12(5): 736–743.
- Telaranta, Seija (1997). Hoitotyön hallinto. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Telaranta, Seija (1999). Esimiestyö terveydenhuollossa. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (2017). Saatavissa 21.3.2018: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/valinnanvapaus/valinnanvapauden-nykytilanne-suomessa>
- Tuorila, Helena (2006). Onnistunut lääkäriissäkäynti. Potilaskuluttajan opas. Helsinki: Edita.
- Tuorila, Helena (2000). Potilaskuluttaja terveysmarkkinoilla. Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjien oikeuksien toteutuminen lääkäriasemien asiakas-

palvelussa. Acta Universitatis 764. Tampere: Tampereen yliopistopaino Juvenes Print.

Turtiainen, Juhani (2000). Työhallinto ja laatu. Laatutyön erityispiirteitä julkisen hallinnon palvelussa. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print.

Valkama, Katja (2012). Asiakkuuden dilemma. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Terveys- ja hallintotieteiden laitos. Akateeminen väitöskirja. Vaasan yliopisto.

Valkama, Katja (2009). Muuttuneen asiakkuuden haaste sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hallinnon tutkimus 2: 26–40.

Valli, Raine (2001). Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.

Valokivi, Heli (2008). Kansalainen asiakkaana. Tutkimus vanhusten ja lainrikkojien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista. Tampere: Tampereen yliopisto.

Viitasaari, Leena (2012). Asiakslähtöisyys lasten ja nuorten palveluprosessissa. “Tajuutaanko siellä ylhäällä mitä alhaalla tarvitaan?” Tampere: Juvenes Print Tampereen yliopistopaino.

Virtanen, Petri & Jari Stenvall (2014). Älykäs julkinen organisaatio. Helsinki: Tietosanomama.

Virtanen, Petri, Maria Suoheimo, Sara Lamminmäki, Päivi Ahonen & Markku Suokas (2011). Matkaopas asiakslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281. Helsinki.

Vom Eigen, Keith A., Janice D. Walker, Susan Edgman-Levitan, Paul D. Cleary & Thomas L. Delbanco (2000). A comparison of carepartner and patient experiences with hospital care. *Families, Systems & Health* 18(2): 191–203.

- Vuokko, Pirjo (1997). *Avaimena asiakaslähtöisyys*. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Wright, Lorraine M. & Maureen Leahey (2000). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*. 3rd ed. Canada: F.A. Davis Company.
- Zanbelt, Linda, Smets Ellen, Oort Frans, Mieke Godfried & Hanneke Haes (2006). Patient participation in the medical specialist encounter; Does physicians patient-centred communication matter? *Patient Education and Counseling* 65: 396–406.
- Åstedt-Kurki, Päivi, Aino-Liisa Jussila, Leena Koponen, Paula Lehto, Hanna Maijala, Riitta Paavilainen & Heli Potinkara (2008). *Kohti perheen hyvää hoitamista*. Helsinki: Wsoy.
- Åstedt-Kurki, Päivi, Eija Paavilainen, Tarja Tammentie & Marita Paunonen-Ilmonen (2000). Interaction between adult patients' family members and nursing staff on a hospital ward. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 15(2): 142–150.
- Åstedt-Kurki, Päivi & Eija Paavilainen (1999). *Potilaan perhe omaisena sairaalassa. Teoksessa Perhe hoitotyössä: teoria, tutkimus ja käytäntö*. Porvoo: Wsoy.
- Åstedt-Kurki, Päivi, Kristiina Lehti, Marita Paunonen & Eija Paavilainen (1998). Family member as a hospital patient: Sentiments and functioning of the family. *International journal of nursing practice* 5(3): 155–163.
- Åstedt-Kurki, Päivi, Marita Paunonen & Kristiina Lehti (1997). Family members experiences of their role in the hospital: a pilot study. *Journey of advanced nursing* 25(5): 908–914.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Saatavissa 19.4.2016: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

LIITE 1. Potilaan kokemus terveydenhuoltohenkilöstön kohtaamisesta, tiedon saannista ja hoitoon osallistumisen mahdollisuudesta.

Kohtaaminen (n/ %)	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Jonkin verran eri mieltä	Jonkin verran samaa m.	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Asia ei koske minua	Yhteensä
Tapaaminen	-	-	-	-	16/32,7 %	31/63,3 %	1/2%	48/98%
Ilmapiiri	-	-	-	1/2%	14/28,6 %	33/67,3 %	-	48/98%
Luottamus	-	-	-	3/6,1%	19/38,8 %	26/53,1 %	-	48/98%
Kunnioitus	-	-	-	-	15/30,6 %	32/65,3 %	1/2%	48/98%
Kuunneltu	-	-	-	1/2%	19/38,8 %	27/55,1 %	1/2%	48/98%
Kannustettu	-	-	2/4,1%	4/8,2%	15/30,6 %	26/53,1 %	-	47/95,9 %
Tiedon saanti (n/ %)	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Jonkin verran eri mieltä	Jonkin verran samaa m.	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Asia ei koske minua	Yhteensä
Tieto terveyden-tilasta	1/2%	-	-	2/4,1%	23/46,9 %	20/40,8 %	2/4,1%	48/98%
Tieto arki-elämästä	1/2%	-	1/2%	3/6,1%	23/46,9 %	17/34,7 %	3/6,1%	48/98%
Tieto hoitamisesta	1/2%	1/2%	-	1/2%	22/44,9 %	20/40,8 %	3/6,1%	48/98%
Tietoa pyytämättä	1/2%	-	-	6/12,2%	20/40,8 %	19/38,8 %	2/4,1%	48/98%
Tieto kirjallisesti	-	-	-	1/2%	17/34,7 %	30/61,2 %	-	48/98%
Keneen yhteyttä	-	-	2/4,1%	1/2%	17/34,7 %	28/57,1 %	-	48/98%
Tieto omaan jaksamiseen	4/8,2%	-	3/6,1%	7/14,3%	15/30,6 %	14/28,6 %	5/10,2%	48/98%
Hoitoon osallistuminen (n/%)	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Jonkin verran eri mieltä	Jonkin verran samaa m.	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Asia ei koske minua	Yhteensä
Hoidon suunnittelu	2/4,1%	2/4,1%	3/6,1%	10/20,4 %	12/24,5 %	9/18,4%	9/18,4%	47/95,9 %
Päätöksenteko	2/4,1%	4/8,2%	2/4,1%	9/18,4%	14/28,6 %	5/10,2%	11/22,4 %	47/95,9 %
Osallistua hoitamiseen	1/ 2%	1/ 2%	-	5/10,2%	16/32,7 %	19/38,8 %	4/8,2%	46/93,9 %
Apua konkreettisiin asioihin	1/ 2%	1/ 2%	6/12,2%	9/18,4%	6/12,2%	3/6,1%	20/40,8 %	46/93,9 %
Mahdollisuus osallistua neuvontaan	1/ 2%	1/ 2%	4/8,2%	4/8,2%	15/30,6 %	8/16,3%	14/28,6 %	47/95,9 %

LIITE 2. Läheisen kokemus terveydenhuoltohenkilöstön kohtaamisesta, tiedon saannista ja hoitoon osallistumisen mahdollisuudesta.

Kohtaamisen (n/ %)	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Jonkin verran eri mieltä	Jonkin verran samaa m.	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Asia ei koske minua	Yhteensä
Tapaaminen	-	-	1/ 2,6%	-	17/44,7 %	13/34,2 %	6/15,8 %	37/97,4 %
Ilmapiiri	-	-	1/ 2,6%	2/5,3%	15/39,5 %	16/42,1 %	3/7,9%	37/97,4 %
Luottamus	-	-	2/5,3%	1/ 2,6%	16/42,1 %	15/39,5 %	3/7,9%	37/97,4 %
Kunnioitus	-	-	-	1/ 2,6%	16/42,1 %	17/44,7 %	3/7,9%	37/97,4 %
Kuunneltu	1/ 2,6%	1/ 2,6%	-	3/7,9%	14/36,8 %	13/34,2 %	5/13,2 %	37/97,4 %
Kannustettu	1/ 2,6%	1/ 2,6%	2/5,3%	5/13,2 %	13/34,2 %	9/23,7 %	6/15,8 %	37/97,4 %
Tiedon saanti (n/ %)	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Jonkin verran eri mieltä	Jonkin verran samaa m.	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Asia ei koske minua	Yhteensä
Tieto terveyden-tilasta	3/ 7,9%	1/ 2,6%	2/5,3%	4/10,5 %	-	14/36,8 %	2/5,3%	38/100 %
Tieto arki-elämä	3/ 7,9%	2/5,3%	1/ 2,6%	5/13,2 %	10/26,3 %	12/31,6 %	5/13,2 %	38/100 %
Tieto hoitamisesta	3/ 7,9%	1/ 2,6%	1/ 2,6%	5/13,2 %	11/28,9 %	13/34,2 %	4/10,5 %	38/100 %
Tietoa pyytämättä	3/ 7,9%	3/7,9%	1/ 2,6%	6/15,8 %	11/28,9 %	10/26,3 %	4/10,5 %	38/100 %
Tieto kirjallisesti	1/ 2,6%	-	1/ 2,6%	3/7,9%	10/26,3 %	22/57,9 %	1/ 2,6%	38/100 %
Keneen yhteyttä	1/ 2,6%	-	2/5,3%	5/13,2 %	12/31,6 %	16/42,1 %	2/5,3%	38/100 %
Tieto omaan jaksamiseen	5/ 13,2%	2/5,3%	2/5,3%	6/15,8 %	6/15,8 %	8/21,1 %	9/23,7 %	38/100 %
Hoitoon osallistuminen (n/ %)	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Jonkin verran eri mieltä	Jonkin verran samaa m.	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Asia ei koske minua	Yhteensä
Hoidon suunnittelu	7/ 18,4%	6/15,8 %	2/5,3%	3/7,9%	6/15,8 %	4/10,5 %	10/26,3 %	38/100 %
Päätöksenteko	5/13,2 %	5/13,2 %	5/13,2 %	3/7,9%	7/18,4 %	2/5,3%	11/28,9 %	38/100 %
Osallistua hoitamiseen	3/7,9%	2/5,3%	-	2/5,3%	13/34,2 %	12/31,6 %	6/15,8 %	38/100 %
Apua konkreettisiin asioihin	5/13,2 %	2/5,3%	3/7,9%	4/10,5 %	4/10,5 %	3/7,9%	17/44,7 %	38/100 %
Mahdollisuus osallistua neuvontaan	5/13,2 %	2/5,3%	2/5,3%	4/10,5 %	6/15,8 %	8/21,1 %	11/28,9 %	38/100 %

LIITE 3. Kaikkien vastaajien kokemus terveydenhuoltohenkilöstön kohtaamisesta. tiedon saannista ja hoitoon osallistumisen mahdollisuudesta.

Kohtaaminen	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Jonkin verran eri mieltä	Jonkin verran samaa m.	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Asia ei koske minua	Yhteensä
Tapaaminen	-	-	1/1,1%	-	33/37,9 %	44/50,6 %	7/8%	85/97,7 %
Ilmapiiri	-	-	1/1,1%	3/3,4%	29/33,3 %	49/56,3 %	3/3,4	85/97,7 %
Luottamus	-	-	2/2,3%	4/4,6%	35/40,2 %	41/47,1 %	3/3,4	85/97,7 %
Kunnioitus	-	-	-	1/1,1%	31/35,6 %	49/56,3 %	4/4,6	85/97,7 %
Kuunneltu	1/1,1%	1/1,1%	-	4/4,6%	33/37,9 %	40/46%	6/6,9	85/97,7 %
Kannustettu	1/1,1%	1/1,1%	4/4,6%	9/10,3 %	28/32,2 %	35/40,2 %	6/6,9	84/96,6 %
Tiedon saanti (n/%)	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Jonkin verran eri mieltä	Jonkin verran samaa m.	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Asia ei koske minua	Yhteensä
Tieto terveyden-tilasta	4/4,6%	1/1,1%	2/2,3%	6/6,9%	37/42,5 %	32/36,8 %	4/4,6%	86/98,9 %
Tieto arki-elämä	4/4,6%	2/2,3%	2/2,3%	8/9,2%	33/37,9 %	29/33,3 %	8/9,2%	86/98,9 %
Tieto hoitamisesta	4/4,6%	2/2,3%	1/1,1%	6/6,9%	33/37,9 %	33/33,9 %	7/8%	86/98,9 %
Tietoa pyytämättä	4/4,6%	3/3,4%	1/1,1%	12/13,8 %	31/35,6 %	29/33,3 %	6/6,9%	86/98,9 %
Tieto kirjallisesti	1/1,1%	-	1/1,1%	4/4,6%	27/31%	52/59,8 %	1/1,1%	86/98,9 %
Keneen yhteyttä	1/1,1%	-	4/4,6%	6/6,9%	29/33,3 %	44/50,6 %	2/2,3%	86/98,9 %
Tieto omaan jaksamiseen	9/10,3 %	2/2,3%	5/5,7%	13/14,9 %	21/24,1 %	22/25,3 %	14/16,1 %	86/98,9 %
Hoitoon osallistuminen (n/%)	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Jonkin verran eri mieltä	Jonkin verran samaa m.	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Asia ei koske minua	Yhteensä
Hoidon suunnittelu	9/10,3 %	8/9,2%	5/5,7%	13/14,9 %	18/20,7 %	13/14,9 %	19/21,8 %	85/97,7 %
Päätöksenteo	7/8%	9/10,3 %	7/8%	12/13,8 %	21/24,1 %	7/8%	22/25,3 %	85/97,7 %
Osallistua hoitamiseen	4/4,6%	3/3,4%	-	7/8%	29/33,3 %	31/35,6 %	10/11,5 %	84/96,6 %
Apua konkreettisiin asioihin	6/6,9%	3/3,4%	9/10,3 %	13/14,9 %	10/11,5 %	6/6,9%	37/42,5 %	84/96,6 %
Mahdollisuus osallistua neuvontaan	6/6,9%	3/3,4%	6/6,9%	8/9,2%	21/24,1 %	16/18,4 %	25/28,7 %	85/97,7 %

LIITE 4. Tiedote tutkimuksesta.

AIKUISPOTILAAN PERHEEN TUKEMINEN PÄIVÄKIRURGISEN TOIMINNAN KEHITTÄMISEN KOHTEENA

Arvoisa potilas/läheinen

Pyydämme Teitä osallistumaan tutkimukseen, jolla pyritään edistämään perheiden tukemista Seinäjoen keskussairaalan päiväkirurgian yksikössä. Perheellä on huomattava vaikutus perheenjäsenien terveyskäyttäytymiseen ja sairastumisriskiin sekä toipumiseen. Siksi tutkimuksessa tiedustellaan perheenne kokemuksia terveydenhuoltohenkilöstöltä saadusta tuesta, kun olette ollut päiväkirurgian yksikön potilaana. Perheen muodostavat Teille läheiset ihmiset. Saadulla tuella tarkoitetaan Teidän perheenne kohtaamista, tiedon saantia ja osallistumista hoitoon.

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata päiväkirurgisen aikuispotilaan perheen terveydenhuoltohenkilöstöltä saamaa tukea päiväkirurgisessa yksikössä. Perheiden saamaa tukea tarkastellaan perheen kokemuksina kohtaamisesta, tiedon saannista ja hoitoon osallistumisesta. Tavoitteena on saada tietoa aikuispotilaiden perheiden saamasta tuesta, jonka avulla päiväkirurgista toimintaa voidaan kehittää perhekeskeisemmäksi. Tutkimuksesta saatuja tietoja käytetään hyvinvoinnin lisäämiseen potilaiden ja perheiden parissa sekä terveystalouden kehittämiseen. Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen alueellinen eettinen toimikunta on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut siitä puoltavan lausunnon.

Tutkimuksen kulku

Kyselylomake jaetaan kaikille Seinäjoen keskussairaalan päiväkirurgian toimintayksikön aikuispotilaille ja heidän läheisilleen tiettyinä ajanjaksona keväällä 2013. Sekä potilas että läheinen vastaavat omiin kyselylomakkeisiinsa. Läheinen on Teidän itsenne sellaiseksi kokema henkilö. Pyydän Teitä antamaan kirjeessä olevan läheisen suostumus- ja kyselylomakkeen Teidän läheisellenne täytettäväksi. Teillä on mahdollisuus esittää kysymyksiä suostumus- ja kyselylomakkeesta luettuanne tämän tiedotteen. Tutkimukseen liittyviin kysymyksiin vastaa tutkija.

Tutkimukseen osallistuaksenne Teiltä pyydetään suostumus osallistumisesta tutkimukseen. Suostumuslomake on kirjekuoressa ja voitte postittaa sen takaisin samassa kirjekuoressa kyselylomakkeen kanssa. Kyselylomakkeessa tiedustellaan perheenne kokemuksia terveydenhuoltohenkilöstöltä saamasta tuesta, kun olette ollut päiväkirurgisessa toimenpiteessä. Saatte vastata kyselylomakkeeseen kotona viikon aikana sairaalassa asioimisestanne. Vastattuanne laitate kaikki lomakkeet, omanne sekä läheisen, valmiiksi postimaksettuun kuoreen ja postitatte sen tutkijalle. Jos läheisenne ei halua osallistua tutkimukseen tai Teillä ei ole läheistä, joka

voisi osallistua tutkimukseen, voitte postittaa läheisen lomakkeet tyhjinä takaisin.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Tutkimuslomakkeet ja kerätyt tiedot käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain (523/1999) edellyttämällä tavalla. Yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa, eikä tietoja anneta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille. Postitettuanne kysely- ja suostumuslomakkeen, eritellään ne välittömästi toisistaan, joten yksittäinen henkilö ei ole vastauksista tunnistettavissa. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan ryhmämuodossa siten, ettei yksittäisiä tutkittavia voi tunnistaa. Tutkimustiedot säilytetään tutkijan hallussa lukitussa paikassa tutkimuksen ajan vuoden 2013 loppuun, jonka jälkeen ne hävitetään asianmukaisesti.

Tutkimukseen liittyvät hyödyt ja riskit

Tutkimukseen osallistumisesta ei ole Teille välitöntä hyötyä, mutta vastaamalla tutkimukseen osallistutte terveydenhuollon palveluiden kehittämiseen asiakas- ja perhelähtöisemmiksi. Tutkimuksesta ei ole tutkittavalle haittaa, eikä se vaikuta hoitoonne millään tavalla.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Tutkimustuloksista raportoidaan pro gradu- tutkielmana. Pro gradu- työtä ja tutkimusta ohjaa professori Pirkko Vartiainen Vaasan yliopistosta. Tulokset raportoidaan ryhmätasolla, eikä niistä ole yksittäinen henkilö tunnistettavissa. Tulokset esitetään Seinäjoen keskussairaalan päiväkirurgian toimintayksikön henkilöstölle ja tuloksia hyödynnetään toiminnan kehittämisessä kyseisessä yksikössä.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Tutkimuksen voi keskeyttää koska tahansa syytä ilmoittamatta. Tutkimuksen keskeyttäminen tai kieltäytyminen siitä ei vaikuta millään tavalla hoitoonne.

Lisätiedot ja tutkijan yhteystiedot

Mikäli Teille tulee kysymyksiä tutkimukseen liittyen, voitte halutessanne ottaa yhteyttä tutkijaan.

LIITE 5. Perheiden tuki -mittari

KYSELY TERVEYDENHUOLLON POTILAAN/ASIAKKAAN PERHEENJÄSENELLE**Lomakkeen täyttöohjeet**

Perheen muodostavat Teille läheiset ihmiset. Tällä kyselylomakkeella pyritään selvittämään perheenne terveydenhuoltohenkilöstöltä saamaa tukea, kun perheenjäsenenne on ollut terveydenhuollon asiakkaana/potilaana. Saadulla tuella tarkoitetaan teidän perheenne kohtaamista, tiedon saantia ja osallistumista hoitoon.

Lukekaa jokainen kysymys huolella ja vastatkaa seuraaviin itseänne ja terveydenhuollon potilaana/asiakkaana olevaa perheenjäsenenne koskeviin kysymyksiin ympyröimällä sopiva vaihtoehto kustakin kysymyksestä tai kirjoittamalla vastaus sille varattuun tilaan. Ympyröikää kustakin kysymyksestä vain yksi vaihtoehto, ellei toisin pyydetä.

Mikäli perheenne saamaa tukea koskevissa väittämissä annettu vastausvaihtoehto ei täysin sovi, niin ympyröikää se vaihtoehto, joka parhaiten vastaa perheenne tilannetta tai käsitystä siitä.

VASTAAJAN TAUSTATIEDOT

1. Ikä _____ vuotta
2. Mikä on sukupuolenne?
 1. Nainen
 2. Mies

TERVEYDENHUOLLON ASIAKKAANA OLEVAN PERHEENJÄSENEEN TAUSTATIEDOT

3. Ikä _____ vuotta
4. Mikä on perheenjäsenen sukupuoli?
 1. Nainen
 2. Mies
5. Asutteko samassa taloudessa nyt terveydenhuollossa hoidettavana olleen henkilön kanssa?
 1. Kyllä
 2. En

Ajatelkaa seuraavien kysymysten (kysymykset 1-18) kohdalla Seinäjoen keskussairaalan päiväkirurgian yksikköä, jossa perheenjäsenenne on nyt asioinut.

PERHEEMME TERVEYDENHUOLTOHENKILÖSTÖLTÄ SAAMA TUKI ©

Vastausvaihtoehdot: 1 = täysin eri mieltä, 2 = eri mieltä, 3 = jonkin verran eri mieltä, 4 =jonkin verran samaa mieltä, 5 = samaa mieltä ja 6 = täysin samaa mieltä. Vaihtoehto 0 = asia ei koske minua.

Kohtaaminen							
1. Perheemme on kokenut tapaamisen terveydenhuoltohenkilöstön kanssa myönteisenä.	1	2	3	4	5	6	0
2. Perheemme on kokenut ilmapiirin turvalliseksi.	1	2	3	4	5	6	0
3. Perheemme on kokenut terveydenhuoltohenkilöstön luottamusta herättävänä.	1	2	3	4	5	6	0
4. Terveydenhuoltohenkilöstö on suhtautunut perheeseemme kunnioittavasti.	1	2	3	4	5	6	0
5. Terveydenhuoltohenkilöstö on kuunnellut perhettämme.	1	2	3	4	5	6	0
6. Perhettämme on kannustettu ilmaisemaan mieltä askarruttavista asioista.	1	2	3	4	5	6	0
Tiedon saanti							
7. Perheemme on saanut tarvitsemaansa tietoa perheenjäsenen terveydentilasta.	1	2	3	4	5	6	0

8. Perheemme on saanut tarvitsemaansa tietoa perheenjäsentä koskevista arkielämän kysymyksistä (esim. ravitsemus, nukkuminen ja liikkuminen).	1	2	3	4	5	6	0
9. Perheemme on saanut tarvitsemaansa tietoa perheenjäsenen hoitamisesta.	1	2	3	4	5	6	0
10. Perheemme on saanut tietoa hoitamisen kannalta tärkeistä asioista myös pyytämättä.	1	2	3	4	5	6	0
11. Perheemme on saanut tarvitsemaansa tietoa kirjallisesti (esim. kotihoito-ohjeet tai esitteet).	1	2	3	4	5	6	0

12. Perheemme on saanut tietoa siitä, keneen voi tarvittaessa ottaa yhteyttä perheenjäsenen terveyteen liittyvissä asioissa	1	2	3	4	5	6	0
13. Perheemme on saanut terveydenhuoltohenkilöstöltä tarvitsemaansa tietoa omaa jaksamistaan varten.	1	2	3	4	5	6	0
Osallistuminen hoitoon							
14. Perheemme on voinut osallistua hoitamisen suunnitteluun.	1	2	3	4	5	6	0
15. Perheemme on voinut osallistua perheenjäsenen hoitamista koskevaan päätöksentekoon.	1	2	3	4	5	6	0

16. Perheemme on voinut osallistua perheenjäsenen hoitamiseen.	1	2	3	4	5	6	0
17. Perheemme on saanut apua erilaisten konkreettisten arkiasioiden järjestämisessä (esim. tarvittava apu kotitöihin).	1	2	3	4	5	6	0
18. Perheellämme on ollut mahdollisuus osallistua ohjaukseen ja neuvontaan perheenjäsenen kanssa.	1	2	3	4	5	6	0

Kuvaillkaa, millaista tukea olisitte halunneet tai odotitte perheenne saavan terveydenhuoltohenkilöstöltä.

Kiitos vastauksistanne.

Olkaa hyvä ja tarkistakaa vielä, että olette vastannut kaikkiin kysymyksiin.