

ELINA MYLLÄRI

Päivystyshoidon laatu
iäkkäiden potilaiden kokemana





ELINA MYLLÄRI

Päivystyshoidon laatu
iäkkäiden potilaiden kokemana



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
lääke- ja biotieteiden tiedekunnan tiedekuntaneuvoston suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi Tampereen yliopiston Arvo-rakennuksen
Jarmo Visakorpi -salissa, Arvo Ylpön katu 34, Tampere,
29. päivänä syyskuuta 2017 klo 12.

TAMPEREEN YLIOPISTO

ELINA MYLLÄRI

Päivystyshoidon laatu
iäkkäiden potilaiden kokemana

Acta Universitatis Tamperensis 2296
Tampere University Press
Tampere 2017

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto, Lääketieteen ja biotieteiden tiedekunta

*Ohjaajat*Professori Jaakko Valvanne
Tampereen yliopisto
Yliopistonlehtori, FT Tapio Kirsi
Tampereen yliopisto*Esitarkastajat*Professori Marjaana Seppänen
Helsingin yliopisto
Dosentti Laura Viikari
Turun yliopisto

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla Tampereen yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti.

Copyright ©2017 Tampere University Press ja tekijä

Kannen suunnittelu
Mikko ReinikkaActa Universitatis Tamperensis 2296
ISBN 978-952-03-0487-4 (nid.)
ISSN-L 1455-1616
ISSN 1455-1616Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1799
ISBN 978-952-03-0488-1 (pdf)
ISSN 1456-954X
<http://tampub.uta.fi>Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2017

Tiivistelmä

Päivystys on tärkeä osa terveydenhuoltojärjestelmää. Väestön ikääntyessä tulevaisuudessa yhä useampi päivystyksen käyttäjä kuuluu siihen iäkkäiden potilaiden ryhmään, jota luonnehtivat tietyt erityispiirteet ja -tarpeet. Hoidon laatu ja potilaslähtöisyys ovat terveydenhuollossa kasvavan kiinnostuksen kohteita, ja iäkkäiden päivystyspotilaiden kohdalla näillä seikoilla on erityisen suuri merkitys.

Tutkimuksen tavoite oli selvittää, miten iäkkäät potilaat kokevat päivystyskäynnin, millaista heidän käsitystensä mukaan on laadukas hoito päivystyksessä ja miten heidän kokemuksensa vastaavat näitä laatuksäilyksiä. Tutkimuksessa haastateltiin 21 kotona asuvaa iäkästä (74–94-vuotiaista) henkilöä, jotka olivat käyneet Tampereen päivystyspoliklinikka Acutassa. Teemahaastatteluiden avulla kerätty aineisto analysoitiin laadullisin menetelmin aineistolähtöisen sisällönanalyysin sekä jäsenkategoria-analyysin avulla.

Tutkimushavaintojen mukaan iäkkäät hakeutuivat päivystykseen pakottavaksi koetun avuntarpeen vuoksi. Päätöstä puolsivat tai jarruttivat käsitykset päivystykseen hakeutumisen vaihtoehtoista tai niiden puutteesta sekä luottamus tai epäluottamus tarpeita vastaavan avun saamiseen päivystyksestä. Läheisten ja hoitoalan ammattilaisten mielipiteillä oli usein keskeinen merkitys.

Tutkimuksessa todettiin, että iäkkäiden potilaiden näkökulmasta laadun kannalta olennaiset seikat liittyivät hoidon saatavuuteen, päivystyskäynnin tapahtumien ja lopputulosten mielekkyyteen, potilaan hyvinvointiin käynnin aikana, potilaan ja henkilökunnan välisen vuorovaikutussuhteen toimivuuteen sekä potilaiden erilaisten tarpeiden tasapuoliseen huomiointiin. Se, vastasivatko tutkittavien kokemukset näitä hyvän laadun tunnusmerkkejä, vaihteli suuresti potilaasta ja päivystyskäyntikerrasta toiseen. Koettu hoidon laatu määräytyikin usein päivystyksen tilanteen, toisten avuntarvitsijoiden lukumäärän, henkilökunnan toimintatapojen sekä sattuman perusteella.

Haastateltavilla oli suuri luottamus päivystyshoidon lääketieteelliseen tasokkuuteen, mutta he eivät luottaneet aina saavansa tarpeitaan vastaavaa apua. Päivystyksessä vietetystä ajasta suurempi osa kului odottamiseen kuin tutkittavana ja hoidettavana olemiseen. Osa haastatelluista koki saaneensa erittäin hyvää hoitoa ja huolenpitoa, mutta osa toi esiin kielteisiä kokemuksia liittyen yksin jätetyksi tulemiseen, epä-tietoisuuteen, olosuhteiden epämiellyttävyyteen, puutteelliseen oireiden lievitykseen

sekä janon ja nälän tunteiden riittämättömään huomiointiin. Tiedonsaanti ja muu osallisuus omaan hoitoon koettiin tärkeäksi, mutta osallisuuden taso ei tyypillisesti määrytynyt potilaan voimavarojen vaan päivystyksen tilanteen ja henkilökunnan ehdoilla. Vuorovaikutuksesta henkilökunnan kanssa haastatelluilla oli sekä myönteisiä että kielteisiä kokemuksia. Myönteisenä koettiin esimerkiksi henkilökunnan myötätuntoisuus, ystävällisyys ja potilaan tosissaan ottaminen, kielteisenä taas esimerkiksi kiinnostuksen puute, tyllys ja toiminnan liukuhihnamaisuus. Enemmistö haastatelluista kuitenkin koki käynnin lopputulosten vastanneen siihen avuntarpeeseen, jonka vuoksi päivystykseen oli hakeuduttu.

Muut päivystyksessä olleet potilaat vaikuttivat suuresti tutkittavien päivystyskäytikkokemuksiin. Muihin potilaisiin suhtauduttiin joko myötätuntoisesti tai paheksuvasti, heille annettiin ja heiltä saatiin vertaistukea, mutta he myös kilpailivat hoitopääsystä ja henkilökunnan huomiosta haastateltavien itsensä kanssa. Haastateltavat kokivat, että päivystyksen henkilökuntaresurssit olivat puutteelliset, hoitopääsyn järjestyksen perusteet olivat osittain epäselvät ja haavoittuvaisimpien potilaiden erityistarpeiden huomiointi oli riittämätöntä.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää iäkkäiden potilaiden päivystyshoidon laadun parantamiseen. Tutkimuksen tulosten valossa keskeistä on hoidon laadun satumanvaraisen vaihtelun vähentäminen, mikä edellyttää huomion kiinnittämistä päivystys- ja muun terveydenhuoltojärjestelmän toimivuuteen koko väestön osalta sekä päivystystoiminnan johtamista tavalla, joka kannustaa työntekijöitä potilaslähtöisen laatunäkökulman huomioimiseen.

Avainsanat: iäkäs, päivystys, koettu hoidon laatu, sisällönanalyysi, jäsenkategoria-analyysi.

Abstract

Emergency departments (EDs) play an essential role in the health care system. As the population ages, in the future an increasing part of ED users will be elderly patients who have certain distinct features and special needs. Quality of care and patient oriented approach are objects of growing interest in the health care, and when elderly ED patients are concerned, these issues are of particular importance.

Aim of this study was to explore 1) how older adults perceive an ED visit, 2) what in their opinion are the criteria for high-quality emergency care, and 3) how well their experiences and quality perceptions coincide. In the study, 21 community-dwelling older (aged 74–94) adults, who had visited an urban ED in Tampere, Finland, were interviewed. Qualitative semi-structured interviews along with qualitative content analysis and membership categorization analysis were utilized.

According to the study's findings, older adults came to the ED because they felt an imperative need for help. The decision was either supported or held back by perceptions regarding presence or absence of alternatives, as well as trust or distrust in receiving adequate help in the ED. Opinions of the interviewees' next of kin and healthcare professionals often had considerable significance.

In the study, five main criteria for high-quality care emerged: 1) accessibility of care; 2) care that proceeds in a meaningful way and results in a desirable outcome; 3) patient's well-being during the ED visit; 4) positive interaction between patient and staff; and that 5) ED users' different needs are taken equally into account. According to the interviewees' experiences, whether or not these criteria were fulfilled, was mostly determined by happenstance, dictated by ED overcrowding, other patients' need for staff's attention, and the staff's procedures.

The interviewees believed that the medical aspect of care was of high quality, but they were uncertain of whether or not they would receive such help that corresponded to their needs. A larger proportion of time was spent by waiting than by being examined and receiving treatment. Some of the interviewees felt they received extremely good care, but others had negative experiences concerning lack of information, being left alone, uncomfortable circumstances, inadequate symptom relief,

and insufficient consideration of feelings of thirst and hunger. The interviewees appreciated access to information and other forms of participation, but the level of participation was usually not determined by the patient's capabilities and desires, but by the staff and by the current situation in the ED. The interviewees had both positive and negative experiences regarding interaction with members of staff. For instance, compassion, kindness, and taking the patient's concerns seriously were considered manifestations of positive interaction, whereas negative interaction was manifested, for example, as lack of interest, rudeness, and a conveyor belt-like action. Nevertheless, most of the interviewees felt that as a result of the ED visit they had received the help they had originally been seeking.

Other patients in the ED had a significant effect on the interviewees' experiences of the ED visit. The interviewees either felt for them or disapproved of them, and though patients provided peer support with each other, they also competed with one another for the staff's attention and access to care. According to the interviewees' perceptions, the staff resources in the ED were insufficient, the order in which patients were seen was somewhat difficult to understand, and the most vulnerable patients' special needs weren't taken adequately into account.

The study's findings can be utilized when improving the quality of emergency care for elderly patients. According to the findings, it is crucial to try and minimize the random variation in the quality of care. This can only be achieved by paying attention to the overall performance of emergency services as well as other health care services, in respect to the way they correspond to the whole population's needs, and by managing the ED organization in a way that encourages the staff members to take older adults' views into account.

Keywords: older adult, emergency department, perceived quality of care, content analysis, membership categorization analysis.

Sisällys

1	Johdanto.....	11
2	Tutkimuksen tausta.....	15
2.1	Päivystyksen käytön yleisyys iäkkäillä henkilöillä.....	15
2.2	Päivystyspalveluiden käyttöä ennustavat tekijät.....	17
2.3	Päivystykseen tulosityt ja diagnoosit.....	23
2.4	Iäkkäiden potilaiden ja heidän päivystyskäyntiensä erityispiirteitä.....	28
2.5	Päätös päivystykseen hakeutumisesta tai lähettämisestä.....	34
2.6	Hoidon laatu ja sen arviointi.....	37
2.7	Iäkkäiden potilaiden kokemukset päivystyksestä.....	40
2.8	Iäkkään päivystyspotilaan osallisuus ja luottamus.....	50
3	Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	53
4	Aineisto ja menetelmät.....	55
4.1	Aineiston keruu.....	55
4.1.1	Haastatteluaineisto.....	55
4.1.2	Sähköiset sairauskertomusmerkinnät.....	56
4.2	Aineiston kuvaus.....	57
4.2.1	Tutkimushenkilöitä koskevat taustatiedot.....	57
4.2.2	Päivystyskäyntiä koskevat taustatiedot.....	60
4.3	Menetelmät.....	66
4.3.1	Teemahaastattelu.....	66
4.3.2	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi.....	67
4.3.3	Jäsenkategoria-analyysi.....	72
4.3.4	Menetelmien luotettavuus.....	77
4.4	Tutkimuksen eettisyys.....	80
5	Tulokset.....	82
5.1	Päätös päivystykseen hakeutumisesta.....	82
5.1.1	Jaottelu päätökseen vaikuttaneista tekijöistä.....	82
5.1.2	Pakottava avuntarve.....	83
5.1.3	Päivystykseen hakeutumista puoltaneet tekijät.....	87
5.1.4	Päivystykseen hakeutumista jarruttaneet tekijät.....	90
5.2	Käynnin tapahtumat ja niiden odottaminen.....	92
5.2.1	Päätös ambulanssin soittamisesta.....	92

5.2.2	Päivystyskäynnin vaiheet	93
5.2.3	Tutkimukset ja toimenpiteet haastateltavien kokemana	96
5.2.4	Odotus.....	97
5.3	Olotila käynnin aikana	101
5.3.1	Fyysinen olotila	101
5.3.2	Olosuhteet ja ajanvietemahdollisuudet	105
5.3.3	Turvallisuus	109
5.4	Osallisuus.....	114
5.4.1	Osallisuuden tasot	114
5.4.2	Sivuosaan jääminen	118
5.4.3	Työtehtävien kohteena oleminen.....	119
5.4.4	Huomioinnin keskiössä oleminen.....	122
5.4.5	Tiedonsaanti	123
5.4.6	Kuulluksi tuleminen	128
5.4.7	Päätöksentekoon osallistuminen.....	129
5.5	Luottamus.....	130
5.5.1	Luottamus vallan ja riippuvuuden tasapainottajana.....	130
5.5.2	Luottamusta ilmentävät ennakkokäsitykset.....	131
5.5.3	Välttämätön luottamus	131
5.5.4	Luottamus ansaittuun hoitoon	133
5.6	Potilaan ja henkilökunnan kategoriat.....	134
5.6.1	Lähtökohtia kategorioiden tarkastelulle.....	134
5.6.2	Yksilölliset ominaisuudet.....	135
5.6.3	Kategorioiden muotoutuminen.....	137
5.6.4	Kokemuksia myönteisestä vuorovaikutuksesta	138
5.6.5	Kokemuksia kielteisestä vuorovaikutuksesta	141
5.7	Iäkäs potilas ja päivystyksen muut potilaat	144
5.7.1	Iäkkään potilaan erityisyys ja tasavertaisuus.....	144
5.7.2	Muut potilaat päivystyksessä.....	146
5.8	Päivystyskäynnin lopputulema	153
5.8.1	Haastateltavien käsitys päivystyskäynnin hyödystä	153
5.8.2	Päivystyskäynnin jälkeen	155
5.9	Hoidon laadun osatekijät	156
6	Pohdinta	161
6.1	Yhteenveto tutkimuksen tuloksista.....	161
6.2	Tutkimuksen anti ja vertailu aiempaan tutkimustietoon.....	162
6.2.1	Tutkimuksen uutuusarvo	162
6.2.2	Mikä johtaa päivystyskäyntiin?	163
6.2.3	Millaisena iäkkäät kokevat päivystyskäynnin?	167
6.2.4	Osallisuus ja luottamus	170
6.2.5	Näkökulmia kategorioihin.....	172
6.2.6	Mitä päivystyskäynnistä seuraa?	175
6.2.7	Hoidon laatu.....	177
6.3	Tutkimuksen virhelähteet ja niiden hallinta	181

6.4	Tulosten siirrettävyys.....	186
7	Johtopäätökset.....	187
	Lähteet.....	189
	Liitteet.....	213

1 Johdanto

Päivystyshoito tarkoittaa äkillisen sairastumisen, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia ja hoitoa (STM 2010, STM 2014). Kyse on hoidosta, jota ei voi kiireellisyyden vuoksi siirtää huomioiden potilaan terveydentila ja toimintakyky sekä sairauden tai vamman ennakoitavissa oleva kehitys (STM 2010, STM 2014). Terveydenhuoltolaissa (2010) ja sen 50§:n nojalla säädettyssä asetuksessa (2014) säädetään kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikois- alakohtaisista edellytyksistä. Lainsäädäntö ei kuitenkaan selkeästi erottele päivystys- ja muuta kiireellistä hoitoa (STM 2010). Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asettaman työryhmän raportissa (2010) päivystyshoito katsotaan osaksi kiireellistä hoitoa. Kiireellinen hoito voidaan jakaa 1) päivystyshoitoon, joka on tarpeen antaa välittömästi, yleensä alle 24 tunnin sisällä, sekä 2) muuhun kiireelliseen hoitoon, jolla yleensä tarkoitetaan 1–30 vuorokauden sisällä annettavaa hoitoa (STM 2010). STM:n työryhmän raportissa (2010) päivystyshoidolla viitataan sekä päivystyspoliklinikoilla että terveysasemien päiväpäivestyksissä annettavaan hoitoon ja ohjeistetaan näiden välisestä työnjaosta. Tässä tutkimuksessa päivystyksellä tarkoitetaan kuitenkin nimenomaisesti päivystyspoliklinikkaa, ja terveysasemien kiireelliset terveydenhuoltopalvelut on rajattu tarkastelun ulkopuolelle.

Päivystys on tärkeä osa julkista sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää (STM 2010, Reissell ym. 2012). Sairaaloiden vuodeosastojen potilaista reilu puolet on päätynyt osastohoitoon nimenomaan päivystyspoliklinikan kautta, ja päivystyksen kautta tulleiden osuus on sitä suurempi, mitä iäkkäämmistä potilaista on kyse (Greenwald ym. 2016). Myös perusterveydenhuollossa merkittävä osa toiminnasta on päivystysluontoista (Voipio-Pulkki 2005, s. 19, Reissell ym. 2012). Lisäksi päivystyspoliklinikat toimivat sairaaloiden ulkopuolisen ensihoidon yhteistyökumppaneina (Schuur & Venkatesh 2012), antavat virka-apua poliisille ja hoitavat usein myös alueensa sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastojen sekä asumispalveluyksiköiden päivystykselliset konsultaatioasiat (STM 2010). Päivystystoiminnalla onkin keskeinen rooli koko potilaan hoitoketjun, hoidon tulosten ja terveydenhuollon kustannusten kannalta (Voipio-Pulkki 2005, s. 19–21, Reissell ym. 2012).

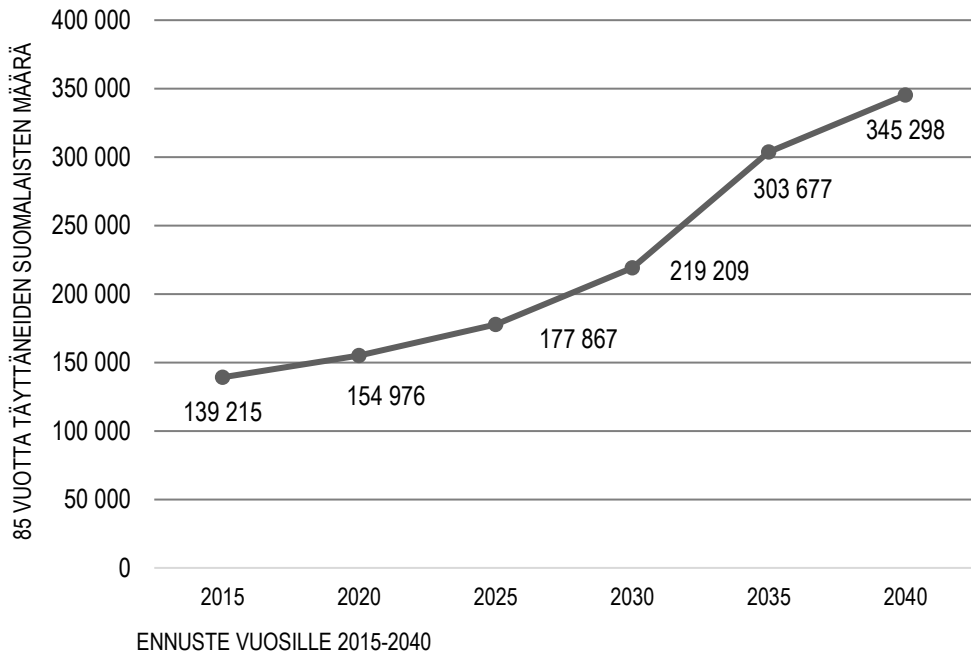
Päivystyspalveluiden käyttö edellyttää kiireellistä lääketieteellistä syytä (STM 2010). Päivystyspalveluita käytetään kuitenkin myös ei-lääketieteellisistä ja/tai ei-kiireellisistä syistä (STM 2010). Esimerkiksi virka-aikaisten terveyspalveluiden riittämättömän saatavuus, muut sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän ongelmat, yhteiskunnalliset syyt kuten sairauslomatoistusten tarve ja potilaan päätöksentekoon liittyvät mukavuussyyt voivat johtaa epätarkoituksenmukaisiin päivystyskäynteihin (STM 2010, Reissell ym. 2012). Seurauksia ovat päivystysten ruuhkautuminen, kustannusten kasvu sekä se, että kiireellisistä lääketieteellisistä syistä tulleiden potilaiden hoito joutuu kilpailemaan päivystyksen resursseista (STM 2010, STM 2014).

Päivystystoiminnassa on tapahtunut viime vuosina suuria muutoksia (STM 2010). Suomessa keskeisiä muutoksia ovat esimerkiksi päivystysten keskittäminen, yhteispäivystysmallien kehittäminen (STM 2010, STM 2014) ja akuuttilääketieteen erikoisalan perustaminen. Myös suunnitteilla oleva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus tulee osaltaan vaikuttamaan päivystystoiminnan järjestämiseen.

Viime vuosikymmenen aikana päivystyspalveluiden käyttö on lisääntynyt kaikissa ikäryhmissä sekä käyntien absoluuttisen määrän osalta että väestömääriin suhteutettuna (Pines ym. 2013, Vilpert ym. 2013, Lowthian ym. 2013a, Freed ym. 2015). Yli 65-vuotiailla käyntimäärien kasvu on ollut nuorempiin ikäluokkiin nähden vain hieman suurempaa (Vilpert ym. 2013, Lowthian ym. 2013a) tai jopa hieman vähäisempää (Pines ym. 2013, Leonard ym. 2014), mutta yli 85-vuotiailla käyntimäärät ovat viime vuosina kasvaneet erityisen paljon (Vilpert ym. 2013, Pines ym. 2013, Lowthian ym. 2013a, Leonard ym. 2014).

Kun verrataan vuoden 2015 tasoon, 85 vuotta täyttäneiden henkilöiden määrän väestössämme ennustetaan yli puolitoistakertaistuvan vuoteen 2030 mennessä ja lähes 2,5-kertaistuvan vuoteen 2040 mennessä (kuvio 1). Tulevaisuudessa yksi keskeinen päivystystoiminnassa huomioitava seikka onkin väestön ikääntyminen ja sen myötä iäkkäiden päivystyspotilaiden määrän kasvu (STM 2010, Albert ym. 2013, Pines ym. 2013, Vilpert ym. 2013). Iäkkäät päivystyksen käyttäjät ovat monella tapaa erityislaatuinen potilasryhmä. Iäkkäät käyttävät päivystyspalveluita muuta väestöä enemmän, ja heillä päivystykseen tulon taustalla on selvästi keskimääräistä useammin vakava ja kiireellistä hoitoa vaativa sairaus (Aminzadeh & Dalziel 2002, Gruneir ym. 2011). He tulevat päivystykseen nuorempia potilaita yleisemmin ambulanssilla, heidän käyntinsä kestää keskimääräistä pidempään ja he tarvitsevat selvästi muita useammin sairaalahoitoa (Grief & Lynne 2003, Salvi ym. 2007). Iäkkäät saatetaan päivystyksessä luokitella virheellisesti liian mataliin (kiireettömiin) kiireellisyysluokkiin (Platts-Mills ym. 2010, Grossmann ym. 2012). Vaikka iäkkäille tehdään muita enemmän tutkimuksia ja toimenpiteitä, päivystyksessä asetetut diagnoosit ovat heidän

kohdallaan keskimääräistä useammin epätarkkoja tai virheellisiä (Aminzadeh & Dalziel 2002, Samaras ym. 2010). Iäkäs päivystyspotilas on riskissä joutua yhtäältä hoidollisen nihilismin ja toisaalta ylihoidon kohteeksi (Salvi ym. 2007, Laurila 2011). Päivystyskäyntiä seuraavina kuukausina iäkkäillä on korostunut riski uusiin päivystyskäynteihin, sairaalahoitajaksoihin, toimintakyvyn heikentymiseen ja/tai kuolemaan (Aminzadeh & Dalziel 2002, Schnitker ym. 2011).



Kuvio 1. Ennuste 85 vuotta täyttäneiden suomalaisten määrän muutoksesta vuosina 2015–2040 (Suomen virallinen tilasto).

Päivystystoiminnassa korostuvat nopea päätöksenteko ja toiminta sekä potilaiden suuri vaihtuvuus (Carpenter ym. 2011, STM 2014). Iäkkäillä päivystyspotilailla tyyppisiä piirteitä taas ovat monisairastavuus, monilääkitys, toimintakyvyn lasku, kognitiiviset ongelmat sekä kommunikaatiovaikeudet esimerkiksi aistivajeista johtuen (Salvi ym. 2007, Hwang & Morrison 2007, Samaras ym. 2010, Carpenter ym. 2011). Toimintakyvyn heikentymisen ja elimistön säätelyvaran kaventumisen vuoksi lieväkin sairaus voi iäkkäällä potilaalla ilmetä joskus voimakkein oirein, ja toisaalta vakavan ja jopa henkeä uhkaavan sairauden oireet ja löydökset voivat olla vähäisiä ja epätyypillisiä, mikä asettaa diagnostiikalle suuren haasteen (Lindberg 2005, s. 375, Salvi

ym. 2007, Peters 2010). Päivystyspoliklinikan toimintaperiaatteet ja akuutisti sairastuneen iäkkään potilaan tarpeet eivät siten välttämättä kohta toisiaan (Aminzadeh & Dalziel 2002, Adams & Gerson 2003, Hwang & Morrison 2007, Carpenter ym. 2011). Kirjallisuudessa onkin nostettu esiin tarve kiinnittää erityistä huomiota iäkkäiden potilaiden erityistarpeisiin vastaamiseen (Adams & Gerson 2003, Hwang & Morrison 2007).

Se, että iäkkäät ovat päivystyspotilaiden joukossa niin erityislaatuinen ja samalla haavoittuvainen potilasryhmä, kannustaa kiinnittämään erityistä huomiota tämän potilasryhmän hoidon laatuun. Terveysthuollossa hoidon laatu onkin yksi kasvavan kiinnostuksen kohteista (Campbell ym. 2000, Graff ym. 2002). Hoidon laatu voidaan ymmärtää ja käsitteellistää monella tapaa; yksi tapa on jakaa se potilaan kokemaan laatuun, ammatilliseen laatuun sekä johtamisen laatuun (Øvretveit 1992).

Iäkkäiden päivystyspotilaiden tarpeiden ymmärtämiseksi ja näihin tarpeisiin vastaamiseksi keskeinen kysymys on, miten nämä potilaat itse kokevat hoidon päivystyksessä. Iäkkäiden kokemuksia päivystyksestä on aiemmin tutkittu sekä kyselytutkimusten (Hedges ym. 1992, Nerney ym. 2001) että haastattelua ja/tai havainnointia menetelmänään käyttäneiden tutkimusten (Baraff ym. 1992, Spilsbury ym. 1999, Watson ym. 1999, Nydén ym. 2003, Kihlgren ym. 2004, Richardson ym. 2007, Way ym. 2008, Lyons & Paterson 2009, Considine ym. 2010, Bridges & Nugus 2010, Olofsson ym. 2012, Parke ym. 2013, Stein-Parbury ym. 2015, Hunold ym. 2016) avulla.

Lisätutkimukset iäkkäiden päivystyskokemuksista ja päivystyshoidon laadusta ovat kuitenkin tarpeen. Suomessa aihetta ei tiettävästi ole aiemmin tutkittu, eivätkä ulkomaalaisten tutkimusten tulokset ole välttämättä Suomen oloihin verrattavissa, sillä eri maiden välillä saattaa olla eroja mm. iäkkäiden päivystyksen käyttäjien ominaispiirteissä sekä palvelujärjestelmässä (vrt. Gray ym. 2013).

Tämän tutkimuksen keskiössä on iäkkäiden päivystyspotilaiden hoidon laatu potilasnäkökulmasta arvioituna. Tavoitteena on selvittää, miten iäkkäät itse kokevat päivystyskäynnin, millaista heidän käsityksensä mukaan on laadukas hoito päivystyksessä ja kuinka hyvin tutkittavien kokemukset päivystyksestä vastaavat näitä laatukäsityksiä. Ammatilliseen sekä johtamisen laatuun liittyvät seikat (vrt. Øvretveit 1992) on jätetty tarkastelun ulkopuolelle. Pyrkimyksenä on tutkittavien subjektiivisten kokemusten, heidän tulkintojensa ja asioille antamiensa merkitysten ymmärtäminen (ks. Hirsjärvi & Hurme 2008, s. 47–48), ja näin ollen tutkimusaihetta lähestytään laadullisin menetelmin teemahaastattelun, aineistolähtöisen sisällönanalyysin sekä jäsenkategoria-analyysin avulla.

2 Tutkimuksen tausta

2.1 Päivystyksen käytön yleisyys iäkkäillä henkilöillä

Iäkkäät käyttävät päivystyspalveluita muuta aikuisväestöä enemmän (Aminzadeh & Dalziel 2002, Grief & Lynne 2003, Samaras ym. 2010). Eniten päivystyskäyntejä on alle 1-vuotiailla lapsilla ja yli 75-vuotiailla aikuisilla sekä vähiten 45–64-vuotiailla (Li ym. 2007, Pitts ym. 2008, Freed ym. 2015). Eri maissa tehdyissä tutkimuksissa yli 65-vuotiaiden osuus päivystyspotilaista oli 15–24 %, kun samalla heidän osuutensa väestöstä oli 13–21 % (Downing & Wilson 2005, Yim ym. 2009, Salvi ym. 2013, Albert ym. 2013, Hunold ym. 2014, Latham & Ackroyd-Stolarz 2014). Kaikista 65 vuotta täyttäneistä päivystyspotilaista 47–63 % on vähintään 75-vuotiaita ja 11–29 % yli 85-vuotiaita (Fan ym. 2011, Vilpert ym. 2013, Latham & Ackroyd-Stolarz 2014, Casalino ym. 2014, Choi ym. 2015). Suhteutettuna väestöosuuksiin erityisen paljon päivystyskäyntejä on erityisen iäkkäillä (taulukko 1). Väestön ikääntyessä iäkkäiden henkilöiden päivystyskäyntien määrän ennustetaankin tulevaisuudessa kasvavan merkittävästi (Pines ym. 2013, Vilpert ym. 2013, Albert ym. 2013).

Taulukko 1. Päivystyskäynnit sataa asukasta kohti vuodessa eri ikäryhmissä

Ikä- luokka	Käyntejä / 100 asukasta / vuosi	Maa, jossa tutki- mus tehty	Viite
Kaikki	26–41	USA, Australia	(Pitts ym. 2008, Leonard ym. 2014)
<65v	23–38	Italia, Australia	(Salvi ym. 2007, Leonard ym. 2014)
≥65v	48–70	Kanada, USA	(Nie ym. 2008, Niska ym. 2010)
≥70v	34–53	Australia, Suomi	(Lowthian ym. 2013a, Haapamäki ym. 2014)
≥75v	60–73	Kanada, USA	(Li ym. 2007, Pitts ym. 2008)
≥80v	69	Australia	(Leonard ym. 2014)
≥85v	58–94	Australia, USA	(Lowthian ym. 2013a, Weiss ym. 2014)
≥90v	91	Suomi	(Haapamäki ym. 2014)

Naisten osuus yli 65-vuotiaista päivystyspotilaista on 52–60 % (Ionescu-Ittu ym. 2007, Niska ym. 2010, Fan ym. 2011, Salvi ym. 2013, Latham & Ackroyd-Stolarz 2014, Kennelly ym. 2014). Alle puoleen naisten osuus on jäänyt vain muutamissa Kaukoidässä tehdyissä tutkimuksissa (Hu ym. 1999, Huang ym. 2003). Naisten osuus

on sitä suurempi, mitä iäkkäämpää kohderyhmää tarkastellaan; yli 85-vuotiaista päivystyksen käyttäjistä naisia on 63–71 % (Foo ym. 2009, Vilpert ym. 2013, Casalino ym. 2014, Choi ym. 2015). Yhdysvaltaistutkimuksessa (Niska ym. 2010) naisilla oli väestömääriin suhteutettuna miehiä enemmän päivystyskäyntejä (66 vs. 56 käyntiä sataa yli 75-vuotiasta asukasta kohti vuodessa), kun taas suomalaistutkimuksessa (Haapamäki ym. 2014) naisten osuus yli 70-vuotiaista päivystyspotilaista (64,4 %) vastasi suunnilleen heidän osuuttaan samanikäisestä väestöstä (63,4 %).

Kun kaikki ikäluokat huomioidaan, pitkäaikaishoidon piirissä asuvat henkilöt* tekevät 1–3 % kaikista päivystyskäynneistä (Niska ym. 2010, Mitchell & Young 2010, Wang ym. 2011, Street ym. 2012, Morphet ym. 2015). Yli 65-vuotiaiden hoitokotiasukkaiden osuus oman ikäryhmänsä päivystyskäynneistä on 6–16 % (Finn ym. 2006, Crilly ym. 2008, Ingarfield ym. 2009, Arendts ym. 2012, Albert ym. 2013, Carron ym. 2016, Fan ym. 2016). On ristiriitaisia havaintoja siitä, onko hoitokotiasukkaiden osuus päivystyksen asiakkaista viime vuosikymmenen aikana kasvanut (Carron ym. 2016) vai pysynyt samana (Lowthian ym. 2013a). Eri hoitokotien välillä voi kuitenkin olla merkittäviä eroja siinä, missä määrin asukkaat käyttävät päivystyspalveluita (Ackermann ym. 1998, Kirsebom ym. 2014). Yksittäisen havainnon (Kihlgren ym. 2014) mukaan päivystyksen käytössä ei ole eroa palveluasumisen muodon mukaan (vanhainkoti vs. ryhmäasuminen vs. oma asunto palvelutalossa).

Iäkkäillä hoitokotiasukkailla päivystyskäyntien määrä sataa asukasta kohden vuodessa on vaihdellut tutkimuksissa 28–123:n välillä (Kihlgren ym. 2014, Hsiao & Hing 2014, Carron ym. 2016). Kaikki ikäluokat huomioiden hoitokotiasukkailla voi olla jopa 156 käyntiä sataa henkilöä kohti vuodessa (Niska ym. 2010). Näin suuri vaihtelu eri tutkimusten tuloksissa hankaloittaa päätelmien tekemistä siitä, onko hoitokotiasukkailla päivystyskäyntejä enemmän vai vähemmän kuin muilla iäkkäillä henkilöillä (vrt. taulukko 1). Eräässä tutkimuksessa (Ingarfield ym. 2009) ikä- ja sukupuolivakioitu päivystyskäyntien määrä oli hoitokotiasukkailla 1,7-kertainen muihin iäkkäisiin nähden, kun taas toisessa tutkimuksessa (Wilson & Truman 2005) selvästi eniten päivystyskäyntejä oli iäkkäillä kotihoidon asiakkailla, toiseksi eniten ilman palveluita asuvilla ikäihmisillä ja hieman tätä vähemmän hoitokotiasukkailla.

Päivystyskäynnit jakautuvat epätasaisesti eri ihmisten välillä. Tutkimushavaintojen mukaan vähintään yksi päivystyskäynti vuodessa on kaikista iäkkäistä henkilöistä 18–39 %:lla (Wolinsky ym. 2008, Fan ym. 2011, Lowthian ym. 2013a), iäkkäistä kotihoidon asiakkaista 59–70 %:lla (Wilson & Truman 2005, Neufeld ym. 2015) ja iäkkäistä

*Tässä kirjoituksessa käytetään jatkossa käsitettä ”hoitokotiasukas”, kun tarkoitetaan pitkäaikaishoidon piirissä (esim. vanhainkodissa tai tehostetussa palveluasumisessa) asuvia henkilöitä.

hoitokotiasukkaista 29–35 %:lla (Wilson & Truman 2005, Kihlgren ym. 2014). Suomalais tutkimuksessa tehostetun palveluasumisen yksikössä asuneista tamperelaisista 28 %:lla oli vuoden aikana vähintään yksi ennalta suunnittelemaan siirto, joista valtaosassa tapauksista asukas siirrettiin juuri päivystykseen (Lehto ym. 2015). Puolet ikäihmisistä taas ei 2–4 vuoden seuranta-aikana käy päivystyksessä kertaakaan (Ionescu-Ittu ym. 2007, Wolinsky ym. 2008). Vaikka vain 4–7 %:lla iäkkäistä päivystyksen käyttäjistä käyntikertojen lukumäärä on suuri (≥ 4 käyntiä vuodessa), näiden potilaiden käynnit kattavat jopa viidesosan (18–23 %) ikäryhmänsä käynneistä (Lowthian ym. 2013a, McMahon ym. 2016). Joidenkin tutkimusten mukaan päivystyspalveluiden runsas käyttö on iäkkäillä henkilöillä nuoria aikuispotilaita yleisempää (Paul ym. 2010, Palmer ym. 2014, Ko ym. 2015), toisten mukaan päinvastoin harvinaisempaa (Saef ym. 2016, Colligan ym. 2016). Asuinalueittain käyntien yleisyys voi vaihdella sataa iäkästä asukasta kohti vuodessa alle 30 käynnistä yli 85 käyntiin (Hunold ym. 2014). Erään tutkimushavainnon (Smith ym. 2012) mukaan yli 65-vuotiaana menehtyneistä henkilöistä kolme neljäsosaa oli käynyt päivystyksessä vähintään kertaalleen kuolemaansa edeltäneen puolen vuoden aikana ja joka toinen kuolemaa edeltäneen kuukauden aikana.

2.2 Päivystyspalveluiden käyttöä ennustavat tekijät

Aiemmissä tutkimuksissa (Bazargan ym. 1998, Shah ym. 2001, Walter-Ginzburg ym. 2001, McCusker ym. 2003, Hastings ym. 2008a, Gruneir ym. 2011, Fan ym. 2011, Hastings ym. 2013, Hunold ym. 2014) on tarkasteltu iäkkäiden päivystyspalveluiden käyttöön yhteydessä olevia tekijöitä ns. Andersenin mallin avulla (taulukko 2). Mallin mukaan terveyspalveluiden käyttöä selittävät tai ennustavat erilaiset altistavat tekijät (*predisposing characteristics*), mahdollistavat tekijät (*enabling resources*) sekä tarvetekijät (*need*) (Andersen 1968, Andersenin 1995 mukaan). Terveyspalveluiden on katsottu toimivan oikeudenmukaisella ja toivottavalla tavalla, kun pääasiallinen palveluiden käyttöön vaikuttava tekijä on tarve. Ongelmallinen tilanne on silloin, jos palveluiden käyttö määräytyy ensisijaisesti altistavien tai mahdollistavien tekijöiden perusteella. (Andersen 1995, McCusker ym. 2003)

Iäkkäillä keskeisimpiä päivystyspalveluiden käyttöä selittäviä tekijöitä ovat juuri tarvetekijät (McCusker ym. 2003). Päivystyspalveluiden tarve ei kuitenkaan määräydy yksinään hoidon tarpeen vaan nimenomaan kiireellisen hoidon tarpeen perusteella (Gruneir ym. 2011). Näinpä päivystyksen käyttöä on tarkasteltava myös suhteessa muiden terveyspalveluiden käyttöön, tarpeeseen ja saatavuuteen (Gruneir ym. 2011).

Taulukko 2. Terveyspalveluiden käyttöä selittävä Andersenin malli*

	Demografiset tekijät
	– Biologiset ominaisuudet, jotka vaikuttavat todennäköisyyteen tarvita terveysterveyspalveluita, esim. ikä ja sukupuoli
	Sosiaaliset tekijät
Altistavat tekijät	– Tekijät, jotka vaikuttavat henkilön sosiaaliseen asemaan yhteisössä, elinympäristön terveysterveysriskeihin sekä henkilön tapaan toimia terveysongelmia kohdatessaan, esim. koulutus, ammatti ja sosiaalinen verkosto
	Terveyskäsitteet
	– Terveysterveystä ja terveysterveyspalveluita koskevat asenteet, arvot, tieto ja uskomukset, jotka vaikuttavat todennäköisyyteen käyttää terveydenhuolto- ja terveysterveyspalveluita
	Yhteiskunnalliset tekijät
Mahdollistavat tekijät	– Terveysterveyspalveluiden saatavuus (mukaan lukien mm. lääkärimäärä alueella, etäisyydet ja odotusajat)
	Henkilökohtaiset sekä perheeseen tai muuhun lähiyhteisöön liittyvät tekijät
	– Taloudelliset ja käytännölliset mahdollisuudet käyttää terveysterveyspalveluita (esim. tulotaso ja sairausvakuutus, matkustamiskeinot, tietämys palveluista)
	Objektiivisesti arvioitu tarve
Tarvetekijät	– Terveysterveystentila ja toimintakyky sekä hoidon tarve ammattilaisen arvioimana
	Subjektiiivisesti koettu tarve
	– Terveysterveystentila ja toimintakyky sekä hoidon tarve henkilön itsensä kokemana

* (mukailtu lähteestä Andersen 1995)

Tekijöitä, jotka iäkkäässä väestössä ovat yhteydessä tilastolliseen todennäköisyyteen käyttää päivystyspalveluita, on tunnistettu runsaasti (taulukko 3, sarake A). Monimuuttuja-analyseissä tilastollinen yhteys on kuitenkin usein vähentynyt ei-merkittäväksi. Tarvetekijöiden osalta vahvin näyttö yhteydestä päivystyksen käyttöön on monisairastavuuden, heikoksi koetun terveystentilan, toimintakyvyn vajeiden sekä sydän- ja keuhkosairauksien osalta. Tiettyjen muiden tarvetekijöiden osalta näyttö jää yksittäisten tutkimusten varaan. (Vrt. taulukko 3)

Päivystyksen käyttöön yhteydessä olevien tarvetekijöiden kirjo on varsin laaja myös silloin, kun iäkkään väestön sijaan tarkastellaankin jo vähintään kertaalleen päivystyksessä asioineita potilaita ja heidän todennäköisyyttään päätyä sinne lähikuukausina uudelleen (taulukko 3, sarake B) tai toistuvasti ($\geq 3-4$ käyntiä 6–12kk aikana) päivystykseen päätyviä henkilöitä (taulukko 3, sarake C). Päivystykseen palaajien osalta on näyttöä esimerkiksi heikentyneen kognition ja masennuksen merkityksestä ja toistuvasti päivystystä käyttävien kohdalla taas esimerkiksi diabeteksen ja masennuksen merkityksestä päivystyskäyntien riskitekijöinä (vrt. taulukko 3).

Taulukko 3. Päivystyskäyntejä, uusintakäyntejä ja toistuvia käyntejä ennustavia tekijöitä

Taulukko 3	A) Päivystyskäynnit väestössä	B) Paluu päivystykseen	C) Toistuvat käynnit	
Altistavat tekijät	Korkea ikä (*a)	↑↑(1, 2); ↑(3)	↑↑(4); ↓↓(5) ↓↓(6)	
	Miessukupuoli	↑↑(2)	↑↑(4, 7) ↑↑(6); ↑(8)	
	Yksin asuminen	↑↑(1, 9)	↑↑(7); ↑(4) ↓(6)	
	Tietty siviilisääty (*b)	↑↑(3)	↓↓(10) -	
	Matala koulutustaso	↑↑(1); ↑(11); ↓↓(3)	-	↑↑(12)
	Koettu mahdollisuus itse vaikuttaa terveyteen (*c)	↓↓(13)	-	-
	Sosiaalinen tuki (*d)	↑↑(13); ↑(9); ↓(9)	↓↓(14)	↓↓(10); ↑↑(6)
Mahdollistavat tekijät	Matala tulotaso	↑(1)	↑↑(15) -	
	Asuminen maaseudulla	↑↑(2); ↓(16)	-	-
	Päivystys lähietäisyydellä	↑↑(2); ↑(17)	-	-
	Asuinalueen lääkäripalveluiden hyvä saatavuus	↑↑(2)	-	-
	PTH-hoidon saaminen koetaan hankalaksi (*e)	↑↑(13); ↑(1)	-	-
	Olemassa omalääkäri tai muu nimetty hoitava taho	↓↓(2); ↑(1)	-	-
	PTH:n hoidon jatkuvuus	↓↓(2); ↓(18, 19)	-	-
Tarvetekijät	Monisairastavuus	↑↑(1, 2); ↑(11, 20)	- ↑↑(12)	
	Toimintakyvyn vajeet	↑↑(1); ↑(11, 20)	↑↑(7); ↑(10) ↑↑(12); ↑(10); ↓↓(6)	
	Huonoksi itse koettu terveydentila	↑↑(1, 3, 9, 11, 13); ↑(20)	↑(10)	↑↑(6, 10)
	Aiempi sairaalahoito	↑↑(2)	↑↑(10, 14, 15, 21)	↑↑(10)
	Monilääkitys	↑(11)	↑↑(4); ↑(10)	↑↑(6, 12); ↑(10)
	Sydänsairaus	↑↑(2, 3, 11, 13)	↑↑(10, 15); ↑(4)	↑↑(12); ↑(6, 10)
	Verenpainetauti	↑(3)	-	↓↓(6)
	Keuhkosairaus	↑↑(3); ↑(11)	↑↑(5)	↑↑(12); ↑(6)
	Ruoansulatuskanavan sairaus	↑↑(2)	-	-
	Kuolema 2v seurannassa	↑↑(2)	-	-
Näkö-/silmäongelmat	↑↑(13)	-	↑(10)	
Sairastettu aivohalvaus	↑(3, 11)	↑(10)	↓↓(6); ↑(10)	
Masennus	↑(20)	↑↑(4); ↑(10, 14)	↑↑(10); ↑(6)	

Taulukko 3	A) Päivystys- käynnit väestössä	B) Paluu päivystykseen	C) Toistuvat käynnit
Heikentynyt kognitio	↓(11)	↑↑(5, 22); ↑(4, 7)	↓↓(6)
Jalka-, selkä- tai nivelkivut	↑(3, 11)	↑(4)	-
Syöpäsairaus	-	↑↑(4)	↑↑(12)
Diabetes	-	-	↑↑(10); ↑(6)

Merkkien selitykset:

↑ / ↓: Tekijä oli yleisempi / vähemmän yleinen päivystyksen käyttäjillä kuin ei-käyttäjillä, mutta tilastollinen ero väheni ei-merkitseväksi monimuuttuja-analyyseissä tai asiaa ei tarkasteltu monimuuttujamenetelmin

↑↑ / ↓↓: Tekijä oli tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä suurempaan / vähäisempään päivystyksen käyttöön myös muiden tutkittujen tekijöiden vakioimisen jälkeen (itsenäinen riski- tai suojatekijä)

(*a): Ikä korkeampi kuin tutkittavilla keskimäärin ja/tai yli 85 vuoden ikä;

(*b): Leskeys (3) tai naimattomuus (10);

(*c): Käsitys siitä, että terveydentilaan voi vaikuttaa itse sen sijaan, että se riippuisi lähinnä onnesta ja sattumasta tai terveydenhuollon ammattilaisista;

(*d): Koettu sosiaalinen tuki (9), muilta saatu apu (9, 13), vankka sosiaalinen verkosto (14), saatavilla apua tarvittaessa (10) tai omaishoitaja olemassa (6);

(*e): PTH = perusterveydenhuolto

Viihteet: 1 (Shah ym. 2001), 2 (Ionescu-Iltu ym. 2007), 3 (Fan ym. 2011) 4 (Arendts ym. 2013a), 5 (Lowthian ym. 2016), 6 (Neufeld ym. 2015), 7 (McCusker ym. 1997), 8 (McMahon ym. 2016), 9 (Hastings ym. 2008a), 10 (McCusker ym. 2000), 11 (Ginsberg ym. 1996), 12 (Sona ym. 2012), 13 (Bazargan ym. 1998), 14 (Naughton ym. 2010), 15 (Hastings ym. 2013), 16 (Lishner ym. 2000), 17 (Hunold ym. 2014), 18 (Katz ym. 2015), 19 (Amjad ym. 2016), 20 (Walter-Ginzburg ym. 2001), 21 (Deschodt ym. 2015), 22 (Ostir ym. 2016)

Uusintakäyntien itsenäisiksi riskitekijöiksi on taulukossa 3 mainittujen lisäksi yksittäisissä tutkimuksissa tunnistettu mm. kotisairaanhoidon asiakkuus ja kaatuilu (Deschodt ym. 2015), ahdistuneisuus (Naughton ym. 2010) sekä päihdeongelma (Hastings ym. 2013). Viimeksi mainittuun nähden ristiriitaisesti eräässä tutkimuksessa havaittiin päivittäisen alkoholinkäytön olevan yhteydessä vähäisempään uusintakäyntien todennäköisyyteen (McCusker ym. 2000). Uusinta- tai toistuvat käynnit ovat muita päivystyksen käyttäjiä yleisempiä niillä, jotka hakeutuvat päivystykseen infektio-oireiden tai ruoansulatuskanavan, virtsaelinten, hengityselimistön tai sydänvaivojen vuoksi (McCusker ym. 2000, Wajenberg ym. 2012, Hastings ym. 2013, Ylä-Mononen ym. 2014, McMahon ym. 2016), sairaalahoitoon lähettämiseen johtavan vaivan takia (Naughton ym. 2010, McMahon ym. 2016) ja joko viikonloppuna (Hastings ym. 2013), yöaikaan (McCusker ym. 1997, Ylä-Mononen ym. 2014) tai ylipäätään virka-ajan ulkopuolella (McMahon ym. 2016). Muita harvinaisempia ne ovat vamman

takia tulleilla (McCusker ym. 2000, Naughton ym. 2010, Hastings ym. 2013, McMahan ym. 2016). On ristiriitaisia havaintoja siitä, ovatko uusinta- tai toistuvia käyntejä kokevilla potilailla käyntisyys keskimääräistä kiireisempiä (Ylä-Mononen ym. 2014) vai vähemmän kiireisiä (Wajnberg ym. 2012, Lowthian ym. 2016) ja onko heidän kuolemanriskinsä muita suurempi (McMahon ym. 2016) vai ei (Wajnberg ym. 2012).

Vaikka monet päivystyksen käyttöön yhteydessä olevista tarvetekijöistä ovat tulkittavissa viitteiksi henkilön terveydentilan ja toimintakyvyn heikentymisestä, huononpi terveydentila ei ilmeisesti aina tarkoita päivystyskäyntien yleistymistä. Eräässä tutkimuksessa yli 60-vuotiailla kotihoidon asiakkailta toimintakyvyn vajeet, verenpainetauti, sairastettu aivohalvaus, Parkinsonin tauti, muistisairaus ja päivittäisen kivun kokeminen olivat toistuvasti päivystystä käyttävillä päivävastoin harvinaisempia kuin niillä henkilöillä, jotka eivät käyttäneet päivystystä (Neufeld ym. 2015). Muistisairauden ja kivun esiintymisen on havaittu olevan yhteydessä päivystyskäyntien vähäisempään todennäköisyyteen myös hoitokotiasukkailla (Kihlgren ym. 2014). Samassa tutkimuksessa päivystyskäynnin riskitekijöitä hoitokotiasukkailla olivat allergia, munuaisten vajaatoiminta ja syöpäsairaus (Kihlgren ym. 2014). Yksittäisen tutkimushavainnon mukaan pitkäaikaishoidon piirissä asuvilla uusintakäyntien todennäköisyys on kotona asuvia päivystyksen käyttäjiä suurempi (Crilly ym. 2008).

Näyttö demografisten, ekonomisten ja sosiaalisten seikkojen yhteydestä päivystyspalveluiden käyttöön on monilta osin ristiriitaista. Päivystyksen käyttö voi joko olla yleisempää miehillä (vrt. taulukko 3) tai eroa sukupuolten välillä ei ole (Ginsberg ym. 1996, Bazargan ym. 1998, Shah ym. 2001, Fan ym. 2011, Hastings ym. 2013). Erittäin korkea (yli 85 vuoden) ikä voi olla päivystyskäynneille altistava tekijä (Shah ym. 2001, Ionescu-Ittu ym. 2007, Arendts ym. 2013a) mutta myös niiltä suojaava tekijä, olipa kyse sitten kotona asuvista henkilöistä (Lowthian ym. 2016), kotihoidon asiakkaista (Neufeld ym. 2015) tai hoitokotiasukkaista (Hsiao & Hing 2014). Siviilisäädyn, asuinpaikan (maaseudulla vs. kaupungissa) sekä koulutus- ja tulotason merkitys näyttäytyy vähäisenä tai tutkimustieto on ristiriitaista (vrt. taulukko 3).

On epäselvää, miten päivystys- ja muiden terveydenhuoltopalveluiden saatavuus vaikuttaa päivystyksen käytön todennäköisyyteen. On pohdittu, voisivatko perusterveydenhuollon palveluiden riittämätön saatavuus sekä siihen liittyen pitkäaikaissairauksien riittämätön hoito ja seuranta, sairauksien pahenemisvaiheet, epäsopeva lääkitys ja haittatapahtumat kuten kaatumiset johtaa päivystyskäynteihin, jotka muutoin saattaisivat olla vältettävissä (Gruneir ym. 2011). Perusterveydenhuollon hoidon hyvän jatkuvuuden onkin havaittu olevan yhteydessä vähäisempään päivystyspalveluiden käyttöön iäkkäillä (Ionescu-Ittu ym. 2007, Katz ym. 2015, Amjad ym. 2016).

Asuinalueen lääkäripalveluiden hyvä saatavuus sen sijaan joko on yhteydessä suurempaan päivystyksen käytön todennäköisyyteen (Ionescu-Ittu ym. 2007) tai yhteys puuttuu (Hunold ym. 2014). Toisaalta sen, että perusterveydenhuollon lääkäripalveluiden saaminen koetaan hankalaksi, on havaittu olevan yleisempää päivystyksen käyttäjien kuin ei-käyttäjien keskuudessa (Bazargan ym. 1998, Shah ym. 2001). Lisäksi joidenkin havaintojen mukaan päivystystä käyttävät muita enemmän ne, jotka asuvat lähellä päivystyspoliikklinikkaa (Ionescu-Ittu ym. 2007, Hunold ym. 2014). Omalääkärin puuttuminen voi olla riskitekijä päivystyksen päätymiselle (Ionescu-Ittu ym. 2007), tai se voi päinvastoin olla päivystyksen käyttäjillä ei-käyttäjiiä harvinaisempaa (Shah ym. 2001), kenties muutoinkin suuremmasta terveystalveluiden tarpeesta kielten. Päivystykseen palaamisen todennäköisyys onkin suurin niillä päivystyksen käyttäjillä, joilla on eniten myös perusterveydenhuollon käyntejä (Horney ym. 2012, Hastings ym. 2013).

Epäselvää on myös se, miten sosiaalinen tuki tai sen puute vaikuttaa päivystystalveluiden käyttöön. On pohdittu, voisiko sosiaalinen tuki vähentää päivystyksen käyttöä esimerkiksi tilanteissa, joissa terveydestä huolehtimisessa tarvittava apu saadaan omaisilta, mutta lisätä sitä tilanteissa, joissa omaisilta saadaan kyyti päivystykseen, taloudellista avustusta tai neuvoja oireiden vakavuuden ja hoidon tarpeen tunnistamisessa (Claver & Levy-Storms 2010). Yksin asuminen on joissain tutkimuksissa säilynyt tilastollisesti merkitseväna päivystyksen käytön riskitekijänä vielä muiden tekijöiden vakioimisen jälkeenkin (Shah ym. 2001, Hastings ym. 2008a), kun taas toisissa tutkimuksissa, joiden voima on ollut riittävä havaitsemaan monimuuttuja-analyyssissä tiettyjä muita tilastollisesti merkitseviä päivystyksen käytön ennustetekijöitä, asuinmuodon ja päivystyksen käytön yhteyttä ei ole havaittu edes yksimuuttuja-analyyseissa (Ginsberg ym. 1996, Bazargan ym. 1998, Naughton ym. 2010, Fan ym. 2011, Lowthian ym. 2016). Toisaalta aina kyse ei ole ollut erosta yksin tai jonkun kanssa asuvien välillä vaan erosta yksin kotona tai muualla kuin kotona asuvien välillä (vrt. McCusker ym. 1997).

Havaintojen mukaan päivystystä käyttävät muita yleisemmin ne, jotka saavat (eli todennäköisesti tarvitsevat) muiden ihmisten apua (Bazargan ym. 1998, Hastings ym. 2008a), ja toisaalta ne, jotka kokevat saatavilla olevan tuen riittämättömäksi (McCusker ym. 2000, Hastings ym. 2008a). Vankka sosiaalinen verkosto voi olla yhteydessä vähäisempään päivystykseen palaamisen todennäköisyyteen (Naughton ym. 2010), mutta yhteys näiden seikkojen väliltä voi myös puuttua (Hastings ym. 2008a). Eräissä tutkimuksissa toistuvat päivystyskäynnit olivat muita yleisempiä niillä iäkkäillä kotihoidon asiakkailla, joilla oli omaishoitaja, kun taas omaishoitajan kuormittuneisuudella ei ollut merkitystä (Neufeld ym. 2015).

Sitä, vaikuttaako yksinäisyyden kokeminen päivystyksen käyttöön, on tietävästi tutkittu vähän. Aikuispotilaita koskeneessa tutkimuksessa todettiin, että voimakkaammin yksinäisyyttä kokeneilla henkilöillä päivystyskäynnejä oli enemmän kuin vähiten yksinäisyyttä kokeneilla ihmisillä, mutta keskimääräinen yksinäisyyden aste oli samaa luokkaa kuin väestössä, eikä iäkkäiden ja nuorempien potilaiden välillä ollut eroa (Geller ym. 1999). Kahdessa iäkkäitä koskeneessa tutkimuksessa yksinäisyyden kokemus tai pääosan ajasta viettäminen yksin eivät olleet yhteydessä päivystyspalveluiden käyttöön (Ginsberg ym. 1996, Neufeld ym. 2015).

2.3 Päivystykseen tulossyyt ja diagnoosit

Oireita tai vaivoja, jotka tyypillisimmin kirjataan iäkkäiden potilaiden päivystykseen tulon syiksi, ovat mm. erilaiset yleisvoiminnan heikentymisen ilmentymät, kaatumiset, kipuoireet, hengenahdistus ja kuume (taulukko 4). Iäkkäille potilaille päivystyskäynnillä asetettujen diagnoosien kirjo on sekin laaja (taulukko 5). Eri tutkimusten tulosten vertailua hankaloittaa luokittelutapojen epäyhtenäisyys ja luokkien osittainen päällekkäisyys; esimerkiksi keuhkokuume on joissain tutkimuksissa kirjattu hengityselimistön sairauksien ja joissain taas infektioiden ryhmään.

Taulukko 4. Yleisimmät tulossyyt iäkkäillä päivystyspotilailla

Tulosyy	Osuus (%)	Viitteet
Kaatumiset ja muut tapaturmat	12-30	(1-6)
Yleistilan heikentyminen	2-22	(2, 3, 5-7)
Hengenahdistus	9-15	(1-7)
Kuume	3-11	(2, 3, 5, 6)
Rintakipu	4-9	(2-5, 7)
Vatsakipu	4-8	(3-7)
Alaraajakivut	4-8	(5, 7)
Huimaus tai pyörtyminen	3-7	(1-3, 5)
Sekavuus tai tajunnantason muutos	3-7	(1, 2, 4)
Yskä	5	(3)
Rytmihäiriötuntemukset	4	(5)
Oksentelu	2	(3)

Viitteet: 1 (Hamdy & Forrest 1997), 2 (Vanpee ym. 2001), 3 (Foo ym. 2009), 4 (LaMantia ym. 2010), 5 (Salvi ym. 2013), 6 (Schrijver ym. 2013), 7 (Latham & Ackroyd-Stolarz 2014)

Yleisimpiä päivystyksessä diagnosoitavia ongelmia iäkkäillä potilailla ovat sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet, kaatumisvammat, infektiot, keuhkosairaudet, vatsavaivat, virtsaelinten sairaudet sekä erilaiset määrittämättömäksi jäävät oireet ja löydökset (Ciccone ym. 1998, Huang ym. 2003, Downing & Wilson 2005, Fan ym. 2011, Haapamäki ym. 2014). Yksittäisistä sairauksista yleisimpien joukkoon lukeutuvat mm. eteisvärinä, sydämen vajaatoiminta, keuhkokuume, virtsatieinfektiot ja keuhko-ahtaumatauti sekä ns. oirediagnooseista rinta- ja vatsakipu, huimaus, hengenahdistus sekä huonovointisuus ja väsymys (Ciccone ym. 1998, Hu ym. 1999, Downing & Wilson 2005, Salvi ym. 2013, Weiss ym. 2014, Haapamäki ym. 2014, Latham & Ackroyd-Stolarz 2014).

Taulukko 5. Yleisimmät päivystyskäynnillä asetetut diagnoosit iäkkäillä potilailla

Diagnoosiryhmä	Osuus (%)	Viitteet
VAMMAT	10–33	(1–8)
– Aiheuttajana yleisimmin kaatuminen (48–85 %)		(3, 4, 9–14)
– Vammatyypinä yleisimmin murtuma (16–41 %), ruhje (23–31 %) tai haava (14–27 %)		(11–13, 15–17)
– Sijaintina yleisimmin alaraajat (18–33 %), pää (23–30 %) tai yläraajat (14–28 %)		(4, 11, 13)
– Yksittäisistä vammoista yleisimpien joukkoon lukeutuvat mm. lonkka-, ranne- ja kylkiluumurtumat		(3, 4, 14, 15, 18)
SYDÄN- JA VERENKIERTOELIMISTÖN SAIRAUDET	10–22	(1–3, 5, 7, 8)
– Sepelvaltimotauti	5–11	(1, 2, 10)
– Akuutti sydäninfarkti	2	(9)
– Angina pectoris (sydänperäinen rintakipu)	4	(3)
– Epävakaa angina pectoris	1–2	(9, 19)
– Sydämen vajaatoiminta	2–7	(1, 3, 9, 10, 18–20)
– Aivoverenkiertohäiriöt	3–7	(1–3, 9, 10, 18)
– Eteisvärinä	2–5	(9, 19, 20)
– Hypertensio (kohonnut verenpaine)	2–4	(2, 9, 10)
HENGITYSELIMISTÖN SAIRAUDET	7–19	(2, 3, 5, 7, 8)
– Keuhko-ahtaumatauti	1–5	(1–3, 9, 10, 18, 19)
– Astma	2	(10)
INFEKTIOT	2–16	(1–3, 5, 8, 21)
– Keuhkokuume	2–10	(2, 9, 10, 18–20)
– Sepsis ("verenmyrkytys")	1–6	(2, 9, 18)
– Ylähengitystieinfektio	3–5	(2, 10)
– Maha-suolitulehdus (gastroenteriitti)	2–5	(2, 10, 18)
– Virtsatieinfektiot	2–4	(1, 2, 9, 10, 19)
– Ruusu/selluliitti (ihon ja ihonalaiskudoksen infektio)	1–3	(2, 18)

Diagnoosiryhmä	Osuus (%)	Viitteet
RUOANSULATUSELIMISTÖN SAIRAUDET	7–15	(2, 3, 5, 7)
– Yleisimpiä: määrittämätön vatsakipu, maha-suolitulehdus, ummetus, suolitukos, sappikivitauti, umpipussitulehdus (divertikuliitti), maha-suolikanavan verenvuoto		(10, 22, 23)
VIRTSaelINTEN SAIRAUDET	4–7	(1–3, 5, 7, 8)
– Yleisimpiä: virtsatieinfektio, virtsaumpi, munuaisten vajaatoiminta, virtsatiekivet, katetriiongelmat		(1, 2, 10)
OIREET, LÖYDÖKSET JA MÄÄRITTÄMÄTTÖMÄT TILAT	5–26	(7, 8, 20, 24)
– Rintakipu	2–7	(2, 7, 9, 19, 20)
– Huonovointisuus ja väsymys	2–5	(7, 20)
– Hengenahdistus	2–4	(7, 9, 20)
– Vatsakipu	2–4	(2, 3, 9, 19, 20)
– Huimaus	2–3	(10, 18–20)
MUITA YLEISIÄ DIAGNOOSEJA		
– Ei-vammaperäiset tuki- ja liikuntaelimestön vaivat	3–10	(2, 3, 5, 7, 8)
– Neurologiset sairaudet	3–9	(7, 8)
– Syöpäsairaudet	2–7	(2, 5, 10)
– Synkopee ja kollapsi (tajunnanmenetykskohtaus)	2–4	(3, 7, 9, 19)
– Ihosairaudet	1–5	(2, 3, 5, 7, 8)
– Kuivuminen	3	(9)
– Diabetes	2–3	(2, 10)
– Psykiatriset syyt	1–2	(2, 3, 5, 7)
– Nenäverenvuoto	1	(9, 19)
Viitteet: 1 (Hamdy & Forrest 1997), 2 (Huang ym. 2003), 3 (Downing & Wilson 2005), 4 (Yeo ym. 2009), 5 (Fan ym. 2011), 6 (Albert ym. 2013), 7 (Latham & Ackroyd-Stolarz 2014), 8 (Yip ym. 2015), 9 (Ciccone ym. 1998), 10 (Hu ym. 1999), 11 (CDC 2003), 12 (Carter & Gupta 2008), 13 (Saveman & Björnstig 2011), 14 (Kara ym. 2014), 15 (Salvi ym. 2013), 16 (Betz ym. 2014), 17 (Wang ym. 2015), 18 (Foo ym. 2009), 19 (Lishner ym. 2000), 20 (Haapamäki ym. 2014), 21 (Goto ym. 2016), 22 (Kizer & Vassar 1998), 23 (Lewis ym. 2005), 24 (Rossille ym. 2008)		

Eri ikäryhmien välillä on eroja päivystyskäynnillä asetetuissa diagnooseissa. Iäkkäillä sydän- ja verenkiertoelimestön sairauksien sekä keuhkosairauksien osuus on nuoria aikuispotilaita suurempi (Hu ym. 1999, Huang ym. 2003, Downing & Wilson 2005, Rossille ym. 2008, Foo ym. 2009). Myös ns. oirediagnoosien (ICD-10-tautiluokituksessa R-ryhmän diagnoosien) osuus on iäkkäillä suurempi kuin nuoremmilla (Rossille ym. 2008). Nuorilla yleisempiä käyntisyytä taas ovat mm. vammat, ylähengitystieinfektio, maha-suolitulehdus sekä mielenterveysongelmat (Hu ym. 1999, Huang ym. 2003, Downing & Wilson 2005, Rossille ym. 2008, Foo ym. 2009). Myös iäkkäiden keskuudessa on ikäryhmittäisiä eroja: Yli 85-vuotiailla diagnosoidaan muita yli 65-

vuotiaita useammin mm. lonkkamurtuma tai muu kaatumisvamma, kuivumistila, sydämen vajaatoiminta, aivoverenkiertohäiriö tai virtsatieinfektio (Ciccone ym. 1998, Weiss ym. 2014). Keuhkohtaumatauti, kohonnut verenpaine, sepelvaltimotautitaipahnutumat sekä määrittämätön rinta- tai vatsakipu taas ovat yleisempiä 65–84-vuotiailla kuin sitä iäkkäämmillä (Ciccone ym. 1998, Weiss ym. 2014).

Hoitokotiasukkaiden ja kotona asuvien iäkkäiden henkilöiden välillä saattaa olla eroja päivystyskäyntien syissä. Hoitokotiasukkailla diagnosoidaan muita useammin virtsatieinfektio tai lonkkamurtuma mutta harvemmin sydän- ja verenkiertoelimistön sairaus (Crilly ym. 2008, Ingarfield ym. 2009). Hoitokotiasukkailla yleisiä päivystykseen lähettämiseen johtavia vaivoja ovat kaatuminen, hengenahdistus, yleistilan heikentyminen sekä rinta- tai vatsakipu (Kihlgren ym. 2014, Morphet ym. 2015, Fan ym. 2016). Hoitokotiasukkailla yleisiä päivystyksessä diagnosoitavia ongelmia ovat lonkkamurtumat ja muut (kaatumis)vammat, hengityselimistön sairaudet kuten keuhkokuume, sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet, aivoverenkiertohäiriöt ja muut neurologiset ongelmat, virtsatieinfektiot, vatsan alueen sairaudet sekä erilaiset määrittämättömäksi jäävät oireet ja löydökset (Finn ym. 2006, Ingarfield ym. 2009, Mitchell & Young 2010, Arendts ym. 2012, Street ym. 2012, Kirsebom ym. 2014, Morphet ym. 2015).

Nuoremmista potilaista poiketen iäkkäillä varsin tavanomaisia päivystykseen tulon syitä ovat erilaiset epäspesifiset yleisoireet (Bhalla ym. 2014, Djärv ym. 2015, Karakoumis ym. 2015, Beglinger ym. 2015). Ilmiölle ei ole vakiintunutta määritelmää, mutta kirjallisuudessa käytettyjä käsitteitä ovat mm. yleistilan lasku (Haapamäki ym. 2014), huonontunut yleistila (*decreased general condition*) (Djärv ym. 2015), yleinen heikkous (*general / generalised weakness*) (Nickel ym. 2009, Foo ym. 2009, LaMantia ym. 2010, Pines ym. 2013, Latham & Ackroyd-Stolarz 2014), yleistilan muutos (*general status alteration*) (Vanpee ym. 2001), yleinen huonovointisuus (*general malaise*) (Schrijver ym. 2013), heikkous ja väsymys (*weakness and fatigue*) (Bhalla ym. 2014), huonokuntoinen aikuispotilas (*unwell adult*) (Fealy ym. 2012) sekä epäspesifiset vaivat (*nonspecific complaints*) (Nemec ym. 2010, Hertwig ym. 2013, Beglinger ym. 2015, Karakoumis ym. 2015). Tässä kirjoituksessa näistä käytetään yhteisnimitystä ”yleistilan heikentyminen”. Yleistilan heikentymisen ilmentymiä ovat mm. heikkous, väsymys, kyvyttömyys huolehtia itsestä, kaatuilu, kävelyvaikeudet, sekavuus, pahoinvointi ja ruokahaluttomuus (Lindberg 2005, s. 376, Nemec ym. 2010).

Yleistilan heikentyminen on päivystykseen tulossyynä 2–22 %:lla iäkkäistä potilaista (Vanpee ym. 2001, Foo ym. 2009, Haapamäki ym. 2014). Se on tulossyistä viiden yleisimmän joukossa (Pines ym. 2013, Bhalla ym. 2014) ja sitä yleisempi, mitä iäkkäämmistä potilaista on kyse (Haapamäki ym. 2014, Bhalla ym. 2014, Djärv ym.

2015). Yleistilan heikentymisen taustalla on tyypillisimmin jokin infektio, sydän- ja verenkiertoelimistön sairaus tai keuhkosairaus (Haapamäki ym. 2014, Djärv ym. 2015). Yksittäisistä sairauksista yleisimpien joukkoon lukeutuvat mm. keuhkokuume (6–14 %), virtsatieinfektiot (10–13 %), sydämen vajaatoiminta (3–7 %), munuaisten vajaatoiminta, anemia, syöpäsairaudet, kuivuminen sekä erilaiset elektrolyyttihäiriöt (Nickel ym. 2009, Bhalla ym. 2014, Haapamäki ym. 2014, Karakoumis ym. 2015). Yleistä kuitenkin on myös se, ettei yleistilan heikentymisen tarkka syy selviä päivystyskäynnin aikana, vaan diagnoosiksi kirjataan jokin epäspesifinen oirekoodi. Useimmin (21–29 %) kirjattu diagnoosi onkin ”huonovointisuus ja väsymys” (Bhalla ym. 2014, Haapamäki ym. 2014).

Yleistilan heikentymisen vuoksi päivystykseen tulleet potilaat eroavat tietyiltä osin muista potilaista. He tulevat muita useammin ambulanssilla, heidän käyntinsä kestää tavanomaista pidempään, heille tehdään päivystyksessä keskimääräistä enemmän tutkimuksia ja toimenpiteitä, heidät lähetetään muita useammin sairaalahoitoon ja heidän riskinsä päätyä kuukauden sisällä uudelleen päivystykseen tai kuolla sairaalajakson aikana on keskimääräistä suurempi (LaMantia ym. 2010, Bhalla ym. 2014, Djärv ym. 2015). Päivystyksessä tehdyssä kiireellisyysluokittelussa näiden potilaiden hoidon tarve kuitenkin arvioidaan keskimääräistä harvemmin kiireelliseen luokkaan (Djärv ym. 2015).

Toinen iäkkäillä jokseenkin tavanomainen päivystykseen tulossyy on ”kotona pärjäämättömyys”. Yleisyydestään huolimatta ilmiötä on tutkittu vain vähän. Sveitsiläistutkijat (Rutschmann ym. 2005) havaitsivat, että vajaalla kymmenesosalla päivystykseen tulleista yli 65-vuotiaista päivystykseen tulossyyksi oli kirjattu pelkkä ”kotona pärjäämättömyys” (*home care impossible*) ilman muuta tiedossa olevaa spesifistä oiretta tai löydöstä. Vaikka tulovaiheessa päivystykseen päätyminen syy siis näyttäytyi pikemmin sosiaalisena kuin lääketieteellisenä ongelmana, käynnin aikana joka toisella näistä potilaista todettiin päivystyksellistä hoitoa vaativa sairaus, kuten keuhkokuume, sepelvaltimotautitapahtuma tai aivohalvaus. Hoidon kiireellisyyden osalta kaikki nämä potilaat oli päivystyksessä luokiteltu ei-kiireellisiin luokkiin, moni virheellisesti. Enemmistöllä niistäkin potilaista, joilla ei todettu äkillistä sairautta, oli useita alitunnettuja ja alihoidettuja geriatrisia oireyhtymiä, kuten toimintakyvyn heikentymistä, kognitiivista heikentymistä, kaatuilua ja vajaaravitsemusta. (Rutschmann ym. 2005)

Ruotsalaistutkimuksessa (Elmståhl & Wahlfrid 1999) kiinnostuksen kohteena olivat puolestaan sellaiset iäkkäät potilaat, joille päivystyskäynnin päätteeksi oli asetettu työdiagnoosiksi ”kotona pärjäämättömyys” (*lack of community support*). Näistä potilaista 85 %:lla todettiin sairaalajaksolla jokin lääketieteellinen ongelma, joskaan akuutteja ja ei-akuutteja ongelmia ei tutkimusraportissa eroteltu. Näiden potilaiden

haavoittuvaisuutta kuitenkin kuvaa se, että heistä useampi kuin joka kymmenes kuoli kuukauden sisällä ja joka kolmas vuoden kuluessa. (Elmstahl & Wahlfrid 1999)

2.4 Iäkkäiden potilaiden ja heidän päivystyskäyntiensä erityispiirteitä

Iäkkäiden ja nuorten potilaiden päivystyskäyntien ajankohdissa on tiettyjä eroja. Iäkkäiden käynneistä suurempi osa ajoittuu talveen kuin muihin vuodenaikoihin (Downing & Wilson 2005, Crilly ym. 2008, Rossille ym. 2008). Nuorilla henkilöillä kesään ajoittuvien käyntien osuus on iäkkäitä suurempi (Downing & Wilson 2005), joskin kaikki ikäluokat huomioiden eniten käyntejä tehdään juuri talvisin (Niska ym. 2010). Viikonpäivän osalta vähiten päivystyskäyntejä iäkkäillä on sunnuntaisin ja toiseksi vähiten lauantaisin, ja yleisin käyntipäivä iäkkäillä on tutkimuksissa ollut joko maanantai, torstai tai perjantai (Downing & Wilson 2005, Crilly ym. 2008, Haapamäki ym. 2014). Nuorilla potilailla sunnuntai on sen sijaan toiseksi yleisin käyntipäivä maanantain jälkeen (Downing & Wilson 2005). Iäkkäiden käynneistä valtaosa ajoittuu aamuun tai päivään, ja nuorilla potilailla iltaan tai yöhön ajoittuvien käyntien osuus on iäkkäitä suurempi (Downing & Wilson 2005, Rossille ym. 2008, Crilly ym. 2008, Salvi ym. 2013, Haapamäki ym. 2014). Iäkkäillä hoitokotiasukkailla päivystyskäyntien ajoittuminen noudattelee samoja suuntaviivoja kuin muillakin iäkkäillä (Crilly ym. 2008, Carron ym. 2016). Enemmistö hoitokotiasukkaiden siirroista päivystykseen tehdään arkipäivinä ja päiväaikaan sekä 35–46 % virka-aikaan (Arendts ym. 2012, Kihlgren ym. 2014, Carron ym. 2016, Fan ym. 2016).

Iäkkäät tulevat päivystykseen nuorempia potilaita useammin ambulanssilla, heistä keskimääräistä suurempi osa lähetetään sairaalahoitoon, ja heidän riskinsä kuolla päivystyskäynnin aikana on muita suurempi (taulukko 6). Näiden kunkin todennäköisyys on sitä suurempi, mitä iäkkäämmistä potilaista on kyse (Vilpert ym. 2013, Albert ym. 2013, Latham & Ackroyd-Stolarz 2014, Casalino ym. 2014). Suomalaistutkimuksen mukaan yli 70-vuotiaista päivystyspotilaista puolet lähetetään sairaalahoitoon ja 0,8 % päivystyskäynneistä päättyy kuolemaan (Haapamäki ym. 2014). Hoitokotiasukkaat saapuvat muita iäkkäitä useammin päivystykseen ambulanssilla (Yim ym. 2009). Joidenkin havaintojen mukaan heidät lähetetään sairaalahoitoon muita samanikäisiä useammin (Crilly ym. 2008, Yim ym. 2009, Ingarfield ym. 2009), joidenkin havaintojen mukaan taas harvemmin (Finn ym. 2006, Kennelly ym. 2014).

Taulukko 6. Ambulanssilla tulleiden, sairaalan lähetettyjen ja päivystyksessä kuolleiden osuus

	< 65v *	(viite)	≥ 65v	(viite)	≥ 85v	(viite)	Hoitokoti- asukkaat	(viite)
Ambulanssilla tulleet (%)	15–21	(1–3)	32–65	(1–6)	53–80	(2, 4, 5, 7)	70–93	(3, 8–10)
Sairaalaan lähetetyt (%)	6–33	(1–3, 11)	21–59	(1–6, 11)	28–70	(2, 4, 5, 11, 12)	49–76	(3, 8–10, 13–16)
Päivystyksessä kuolleet (%)	0.1	(1, 11)	0.1–1.1	(1, 5, 6, 11)	0.7–1.1	(5, 12)	1.2–1.4	(8–10)

* Eri tutkimuksissa iäkkäiden vertailukohteena ikäryhmä on ollut joko 0–64v, 15–64v tai 45–64v

Viitteet: 1 (Downing & Wilson 2005), 2 (Foo ym. 2009), 3 (Yim ym. 2009), 4 (Albert ym. 2013), 5 (Latham & Ackroyd-Stolarz 2014), 6 (Yip ym. 2015), 7 (Casalino ym. 2014), 8 (Arendts ym. 2012), 9 (O’Connell ym. 2013), 10 (Carron ym. 2016), 11 (Salvi ym. 2013), 12 (Vilpert ym. 2013), 13 (Finn ym. 2006), 14 (Ingarfield ym. 2009), 15 (Hsiao & Hing 2014), 16 (Fan ym. 2016)

Päivystykseen tulevat potilaat luokitellaan tilan vakavuuden ja hoidon tarpeen kiireellisyyden mukaan kiireellisyysluokkiin (ns. triage-luokkiin). Yleisimmin käytössä olevat kiireellisyysluokittelut ovat viisiportaisia (Malmström ym. 2012). Iäkkäät potilaat luokitellaan selvästi keskimääräistä useammin kiireellisiin triage-luokkiin (Lamb ym. 1995, Hu ym. 1999, Kahn & Magauran 2006, Pitts ym. 2008, Foo ym. 2009, Yim ym. 2009, Salvi ym. 2013, Casalino ym. 2014, Freed ym. 2015). Kaikkein kiireellisimpiin triage-luokkiin luokiteltujen potilaiden prosentuaalinen osuus nousee sitä suuremmaksi ja vähemmän kiireellisten osuus laskee sitä pienemmäksi, mitä iäkkäämmistä potilaista on kyse, eli esimerkiksi yli 85-vuotiailla käyntisyys luokitellaan keskimäärin kiireellisemmiksi kuin muilla yli 65-vuotiailla (Foo ym. 2009, Casalino ym. 2014, Latham & Ackroyd-Stolarz 2014, Freed ym. 2015). Mitä iäkkäämmistä henkilöistä on kyse, sitä enemmän väestömääriin suhteutettuna päivystyskäyntejä ylipäättään on, ja korkeimpiin ikäluokkiin tultaessa sekä kiireellisten (triage-luokat 1–3) että ei-kiireellisten (triage-luokat 4–5) käyntien määrä ikäluokan asukasmäärää kohden kasvaa, mutta kiireellisten käyntien osuus kasvaa näistä enemmän (Freed ym. 2015).

Käytettyjen kiireellisyysluokitteluiden eroavaisuudet hankaloittavat eri tutkimusten tulosten vertailua siitä, kuinka suuri osa kunkin ikäryhmän potilaista luokitellaan mihinkin kiireellisyysluokkaan. Eroa iäkkäiden ja nuorempien potilaiden välillä kuitenkin havainnollistaa esimerkiksi tutkimus (Niska ym. 2010), jonka mukaan välitöntä (*immediate*) tai erittäin kiireellistä (*emergent*) hoitoa tarvitsee yli 65-vuotiaista potilaista joka neljäs ja kaikenikäisistä 16 %, kiireellistä (*urgent*) hoitoa vastaavasti 42 % vs. 39 %, puolikiireellistä (*semi-urgent*) 13 % vs. 21 % ja ei-kiireellistä (*nonurgent*) 4 % vs. 8 %. Myös muissa tutkimuksissa ei-kiireellisten käyntien osuus on iäkkäillä ollut 3–4 prosentin luokkaa, riippumatta siitä, huomioidaanko kaikki yli 65-vuotiaat (Salvi

ym. 2013, Yip ym. 2015) vai hoitokotiasukkaat (Ingarfield ym. 2009, O’Connell ym. 2013, Hsiao & Hing 2014). Muutoin hoitokotiasukkailla päivystyskäyntien kiireellisyysluokkien jakauma on joko vähemmän kiireellinen (Crilly ym. 2008) tai samankaltainen (Arendts ym. 2012) kuin muilla iäkkäillä keskimäärin.

Päivystyskäynnin kesto on yli 65-vuotiailla keskimääräistä pidempi (Hamdy & Forrest 1997, Huang ym. 2003, Yim ym. 2009, Salvi ym. 2013) ja yli 85-vuotiailla pidempi kuin muilla 65 vuotta täyttäneillä (Vilpert ym. 2013, Latham & Ackroyd-Stolarz 2014). Suomalaistutkimuksen mukaan iäkkäillä päivystyskäynnin keston keskiarvo on 4,7 tuntia ja mediaani 4 tuntia (Haapamäki ym. 2014). Hoitokotiasukkailla päivystyskäynnin kesto on joko pidempi (Crilly ym. 2008) tai samaa luokkaa (Carron ym. 2016) kuin muilla iäkkäillä.

Iäkkäille tehdään päivystyskäynnillä ns. konetutkimuksia enemmän kuin nuoremmille potilaille; tässäkin asiassa pätee periaate siitä, että yli ja alle 65-vuotiaat eroavat toisistaan ja vähintään 85-vuotiaat eroavat muista 65 vuotta täyttäneistä (Foo ym. 2009, Yim ym. 2009, Latham & Ackroyd-Stolarz 2014, Casalino ym. 2014). Yli 65-vuotiaista päivystyspotilaista 50–68 %:lle tehdään kuvantamistutkimuksia, sydänfilmi (EKG) otetaan 47–52 %:lta ja laboratoriotutkimuksia 62–67 %:lta (Foo ym. 2009, Pines ym. 2013, Latham & Ackroyd-Stolarz 2014). Pääosin samaa luokkaa olevia mutta myös suurempia ja pienempiä yleisyyksilukuja on havaittu tutkittaessa hoitokotiasukille tehtyjen tutkimusten yleisyyttä (Ackermann ym. 1998, Finn ym. 2006, Hsiao & Hing 2014, Morphet ym. 2015).

Terveydentilansa ja toimintakykynsä osalta iäkkäät päivystyksen käyttäjät ovat heterogeeninen potilasryhmä (Schumacher 2005). Iäkkäällä päivystyksen käyttäjällä on keskimäärin kolmesta neljään pitkäaikaissairautta, ja noin yhdeksällä kymmenestä on vähintään yksi sairaus (Hohl ym. 2001, Foo ym. 2009, Choi ym. 2015). Erään havainnon (LaMantia ym. 2016) mukaan iäkkäällä ei-muistisairaalla päivystyksen käyttäjällä on keskimäärin viisi ja muistisairaalla kahdeksan pitkäaikaissairautta, mikä on selvästi enemmän kuin päivystyskäynneiltä välttyvillä ikäverrokeilla (2–5 sairautta). Yleisiä pitkäaikaissairauksia iäkkäillä päivystyksen käyttäjillä ovat mm. verenpainetauti, sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta, keuhkohtaumatauti, diabetes, kilpirauhasen vajaatoiminta, syöpäsairaudet, sairastettu aivohalvaus, muistisairaus, masennus, osteoporoosi sekä nivelrikko (Hohl ym. 2001, Hastings ym. 2009, LaMantia ym. 2016). Yhdeksän kymmenestä päivystyksessä asioivasta ikäihmisestä käyttää vähintään yhtä lääkettä säännöllisesti, ja keskimäärin käytössä on neljä lääkettä henkilöä kohden (Hohl ym. 2001).

Tietyt ongelmat ovat iäkkäillä päivystyspotilailla yleisiä mutta alitunnistettuja. Yli 65–70-vuotiaista päivystyspotilaista joka kymmenennellä on delirium (akuutti sekavuusoireyhtymä) ja 16–39 %:lla muuta kognitiivista heikentymistä (Hustey & Meldon 2002, Hustey ym. 2003, Hare ym. 2008, Han ym. 2009b, Kennedy ym. 2014, Han ym. 2014). Hoitokotiasukkaista delirium on useammalla kuin joka kolmannella (Han ym. 2009a, Briggs ym. 2013). Delirium kuitenkin tunnistetaan edes karkealla tasolla vain 16–43 %:ssa ja muu kognitiivinen heikentyminen 19–46 %:ssa tapauksista, ja noin joka kolmas deliriumpotilas kotiutetaan päivystyksestä (Hustey & Meldon 2002, Hustey ym. 2003, Kakuma ym. 2003, Han ym. 2009b). Osoitukseksi siitä, että potilaan delirium on tunnistettu, on usein tutkimuksissa määritelty se, että sairauskertomuksessa on esiintynyt edes jonkinlainen maininta akuutista sekavuudesta tai äkillisestä mentaalisen tilan muutoksesta (vrt. Hustey & Meldon 2002, Han ym. 2009b). Sen sijaan eräissä tutkimuksissa (Press ym. 2009), jossa osoitukseksi deliriumin tunnistamisesta määriteltiin delirium-termin tai sen synonyymien (esim. akuutti sekavuusoireyhtymä) nimenomainen mainitseminen sairauskertomuksessa, tilaa ei ollut diagnosoitu yhdelläkään yli kolmestasadasta 65 vuotta täyttäneestä tutkittavasta, ja vain 12,5 %:lle potilaista oli päivystyksen lääkärin toimesta tehty osittainen mentaalisen tilan arviointi.

Iäkkäistä päivystyspotilaista 17–30 % kärsii masennuksesta, joka useimmiten kuitenkin jää päivystyksessä tunnistamatta (Meldon ym. 1997a, Meldon ym. 1997b, Hustey & Smith 2007). Yli 60–65-vuotiaista päivystyksen käyttäjistä 5–14 %:lla on alkoholiongelma, joka kuitenkin tunnistetaan heistä vain joka viidennellä (Adams ym. 1992, Onen ym. 2005). Diagnoosiksi kirjataan nimenomaisesti alkoholin väärinkäyttöön liittyvä diagnoosi 0.3–1.4 %:lla yli 65-vuotiaiden päivystyskäynneistä (Saleh & Szebenyi 2005, Choi ym. 2015).

Iäkkäillä päivystyskäynti liittyy nuorempia potilaita useammin jonkin lääkkeen epäedulliseen vaikutukseen (Budnitz ym. 2006, Chen ym. 2015). Kirjattujen diagnoosien perusteella vajaa prosentti iäkkäiden päivystyskäynneistä liittyy suoraan jonkin lääkkeen haittavaikutukseen (Wu ym. 2012, Bayoumi ym. 2014). Jollain tapaa lääkeyhteydessä oleva ongelma kuitenkin esiintyy jopa 10–16 %:lla iäkkäistä potilaista, ja se tunnistetaan heistä puolella (Hohl ym. 2001, Hohl ym. 2005). Lääkkeitä, joihin päivystyskäyntiin johtava haitta yleisimmin liittyy, ovat veren hyytymiseen vaikuttavat lääkkeet, antibiootit, sydän- ja verenkiertoelimistön lääkkeet sekä syöpä-, diabetes- ja kipulääkkeet (Budnitz ym. 2007, Budnitz ym. 2011, Chen ym. 2014, Bayoumi ym. 2014). Yleisimpiä päivystyskäyntiin sekä sen jälkeen mahdollisesti sairaalahoitoon johtavia lääkkeiden haittavaikutuksiin liittyviä ongelmia ovat mm. ve-

renvuodot, hypoglykemia, elektrolyytti- ja nestetasapainon häiriöt, kaatumiset, tajunnantason muutokset, väsymys, huimaus, sykkeen tai verenpaineen muutokset sekä yliherkkyysoireet (Budnitz ym. 2007, Budnitz ym. 2011, Chen ym. 2015).

Heikentynyt toimintakyky on yli 75-vuotiailla päivystyksen käyttäjillä yleinen ilmiö. Ennen päivystyskäyntiin johtanutta sairastumista noin puolella potilaista on ollut ongelmia vähintään yhdessä arjen perustoiminnossa (*ADL, activities of daily life*) ja kahdella kolmasosalla potilaista vähintään yhdessä välineellisessä päivittäistoiminnossa (*IADL, instrumental activities of daily life*), ja akuutin sairauden yhteydessä toimintakyky usein laskee aiemmasta (Wilber ym. 2006, Gray ym. 2013). Vajaaravitsemuksen yleisyys oli 15 prosentin luokkaa kahdessa tutkimuksessa, joissa yli 60–65-vuotiaiden tutkittavien joukosta oli poissuljettu erityisen huonokuntoiset ja kognitiivisesta heikentymisestä kärsivät eli todennäköisesti kaikkein suurimmassa vajaaravitsemusriskissä olevat potilaat (Vivanti ym. 2009, Pereira ym. 2015). Haurautta (*frailty*) on kotiutuvista iäkkäistä potilaista joka viidennellä (Stiffler ym. 2013) ja kaikista yli 65-vuotiaista päivystyspotilaista yli puolella (Salvi ym. 2012a).

Iäkkäät päivystyksen käyttäjät ovatkin monella tapaa erityislaatuinen ja haavoittuvainen potilasryhmä. Merkittävä osa heistä palaa päivystykseen, lähetetään sairaalahoitoon, päätyy pitkäaikaishoitoon tai kuolee päivystyskäyntiä seuraavien kuukausien aikana (taulukko 7). Riski näihin ei-toivottuihin tapahtumiin on iäkkäillä selvästi muita potilaita suurempi (Aminzadeh & Dalziel 2002, Schnitker ym. 2011). Iäkkäät ovat alttiita myös kaatumisille, toimintakyvyn laskulle ja lääkehaitoille (Samaras ym. 2010, Schnitker ym. 2011, Carpenter ym. 2011).

Kysymys siitä, miten tällaisia päivystyskäynnin jälkeisiä ei-toivottuja tapahtumia voitaisiin ennakoida ja vähentää, on herättänyt tutkijoiden keskuudessa paljon kiinnostusta. Eri tutkijaryhmät ovat kehittäneet seulontatyökaluja, joilla on pyritty tunnistamaan iäkkäiden päivystyspotilaiden joukosta ei-toivottujen tapahtumien erityisessä riskissä olevat potilaat. Näitä työkaluja ovat ISAR (*Identification of Seniors At Risk*) (McCusker ym. 1999), TRST (*Triage Risk Screening Tool*) (Meldon ym. 2003), VIP (*Variable Indicative of Placement risk*) (Vandewoude ym. 2006, Braesin ym. 2009 mukaan), Silver Code (Di Bari ym. 2010), MRI (*Mortality Risk Index*) (Drame ym. 2008) sekä Runcimanin (Runciman ym. 1996) ja Rowlandin (Rowland ym. 1990) kyselyt. Ei-toivottujen tapahtumien riskiä arvioidaan kartoittamalla mm. potilaan liikkumista, toimintakykyä, mahdollisia aiempia päivystyskäyntejä ja sairaalahoitojaksoja, vajaaravitsemusta, näkö- tai muistiongelmia ja monilääkitystä. Työkaluja vertaileiden tutkimusten (Moons ym. 2007, Buurman 2011) sekä systemaattisten katsausten (Cousins ym. 2013, Carpenter ym. 2015) perusteella on kuitenkin todettava, etteivät nämä työ-

kalut kykene tunnistamaan ei-toivottujen tapahtumien riskissä olevia potilaita riittäväällä tarkkuudella. Meta-analyysin mukaan myöskään mikään yksittäinen riskitekijä (dementia, delirium, ikä, toimintakyvyn vajeisiin liittyvä avuntarve, vajaaravitsemus, painehaavariski, itse arvioitu terveydentila tai hauraus) ei riittävän tarkasti erottele ei-toivotun tapahtuman kohtaavia ja sellaiselta välttyviä potilaita, lukuun ottamatta sitä seikkaa, että yhden vuoden kuolleisuusluvut ja pitkäaikaishoitoon joutumisen todennäköisyys ovat muita pienempiä niillä potilailla, joilla ei ole toimintakyvyn vajeisiin liittyvää avuntarvetta (Carpenter ym. 2015).

Taulukko 7. Ei-toivotun tapahtuman 1, 3 tai 6kk kuluessa kohtaavien potilaiden* osuus

	1kk	(viite)	3kk	(viite)	6kk	(viite)
Uusi päivystyskäynti (%)	10–27	(1–11)	17–33	(2, 3, 8, 10, 12, 13)	28–47	(1, 6, 7, 9, 14)
Uusi sairaalajakso (%)	5–13	(2, 4–6)	13–27	(2, 12, 13, 15)	31–34	(6, 7, 14)
Kuolema (%)	1–7	(2, 4–6, 8, 9, 16)	2–11	(2, 12, 13, 15, 16)	10–20	(6, 7, 9, 14, 17)
Pitkäaikaishoito (%)	1	(4)	1–3	(13, 15)	3	(17)

*Tutkittavien ikä on useimmissa tutkimuksissa ollut ≥ 65 v, paitsi yksittäisissä tutkimuksissa ≥ 70 v (16, 17) tai ≥ 75 v (10, 14)

Viitteet: 1 (McCusker ym. 2000), 2 (Friedmann ym. 2001), 3 (Moons ym. 2007), 4 (Hastings ym. 2008c), 5 (McCusker ym. 2009), 6 (Salvi ym. 2009), 7 (Salvi ym. 2012b), 8 (Arendts ym. 2013a), 9 (Keyes ym. 2014), 10 (Deschodt ym. 2015), 11 (Lowthian ym. 2016), 12 (Hastings ym. 2007), 13 (Hastings ym. 2008b), 14 (Di Bari ym. 2012), 15 (Edmans ym. 2013), 16 (Hofman ym. 2016), 17 (McCusker ym. 1999)

Mahdollisuuksia vähentää iäkkäiden päivystyskäyntejä esimerkiksi geriatrinen interventioiden avulla on tarkasteltu mm. kolmessa kirjallisuuskatsauksessa (Hastings & Heflin 2005, McCusker & Verdon 2006, Fan ym. 2015). Katsausten mukaan aiheesta on tehty useita tutkimuksia, joissa käytetyt menetelmät, tutkimusasetelmat ja tehdyt interventiot sekä siten myös tulokset ovat vaihdelleet suuresti. Interventioilla, jotka ovat kohdistuneet päivystyksestä tai sairaalasta rekrytoituihin tutkimushenkilöihin ja jotka ovat olleet lyhytkestoisia ja muita kuin kokonaisvaltaiseen geriatriseen arviointiin (*comprehensive geriatric assessment, CGA*) pohjautuvia, ei juurikaan ole ollut vaikutusta päivystyskäyntien määrään (McCusker & Verdon 2006). Sen sijaan päivystyskäyntien väheneminen on todettu joissain sellaisissa tutkimuksissa, joissa interventiot

ovat kohdistuneet perusterveydenhuollon tai kotihoidon potilaisiin, ovat olleet riittävän pitkäkestoisia ja hyödyntäneet CGA:ta sekä moniammatillista lähestymistapaa (Hastings & Heflin 2005, McCusker & Verdon 2006, Fan ym. 2015).

2.5 Päätös päivystykseen hakeutumisesta tai lähettämisestä

Harvoissa aiemmissä tutkimuksissa on pääasiallisena tutkimusaiheena (Claver & Levy-Storms 2010, Claver 2011) tai muiden tutkimusaiheiden ohella (Hedges ym. 1992, Cheek ym. 2005, Way ym. 2008, Considine ym. 2010, Stein-Parbury ym. 2015) tarkasteltu niitä seikkoja, jotka vaikuttavat iäkkään henkilön päätökseen hakeutua päivystykseen. Muutamassa tutkimuksessa (D'Avolio ym. 2008, D'Avolio ym. 2013, Lowthian ym. 2013b) on selvitetty, miksi iäkäs hakeutuu päivystykseen kiireettömän tai lievän vaivan vuoksi. Enemmän löytyy tutkimustietoa siitä, mitkä seikat vaikuttavat terveydenhuollon henkilöstön päätökseen lähettää hoitokodin asukas päivystykseen, mukaan lukien kokoavia katsauksia (Arendts ym. 2013b, Laging ym. 2015, O'Neill ym. 2015, Trahan ym. 2016).

Aiemman tutkimushavainnon mukaan päivystykseen hakeutumista tai hakeutumatta jättämistä koskevan päätöksenteon vaiheita ovat ongelman tunnistaminen, päätös avun hakemisesta sekä päätös hakea apua juuri päivystyksestä (Claver & Levy-Storms 2010, Claver 2011). Kun iäkäs henkilö itse ja/tai joku muu henkilö on pannut merkille ongelman, ratkaisuna saattaa olla joko jäädä seuraamaan tilannetta, kokeilla itsehoitoa, kysyä läheisen tai hoitoalan ammattilaisen mielipidettä, jäädä odottelemaan ajanvarausvastaanottoaikaa tai hakeutua päivystykseen. Päätöksen päivystykseen hakeutumista voi tehdä joko iäkäs henkilö itse, omainen, ystävä tai hoitoalan ammattilainen. (Claver & Levy-Storms 2010, Claver 2011)

Päivystykseen hakeutumisen syynä voivat olla akuutit, voimakkaat oireet kuten kova kipu (Considine ym. 2010). Taustalla voivat olla myös esimerkiksi pitkäaikais-sairauden pahenemiseen liittyvät oireet, jotka alati pahenevat tai eivät muutamien päivien tai parin viikon aikana ala helpottua (Stein-Parbury ym. 2015). Valtaosalla iäkkäistä potilaista päivystyskäyntiin johtavat oireet ovat kestäneet korkeintaan muutamian päivän (Lim & Yap 1999). Päätökseen hakeutua päivystykseen voi vaikuttaa myös pelko vakavasta, jopa henkeä uhkaavasta sairaudesta (Baraff ym. 1992). Sekä iäkkäillä että nuoremmilla ihmisillä tärkein syy päivystykseen hakeutumiseen on se, että potilas kokee olevansa liian huonokuntoinen ajanvarausvastaanottoajan odottamiseen (Hedges ym. 1992).

Iäkäs henkilö saattaa vältellä päivystykseen hakeutumista silloinkin, kun kiireellisen hoidon tarve on ilmeinen. Syynä voi olla esimerkiksi pelko vaivan aiheuttamisesta sekä pyrkimys olla aivan varma siitä, että vaiva on riittävän vakava ”oikeuttamaan” päivystykseen tulon. (Considine ym. 2010) Iäkäs ihminen saattaa pelätä sairaaloita (Way ym. 2008). Hänellä voi esimerkiksi olla päivystyksestä aiempia huonoja kokemuksia (Cheek ym. 2005). Lisäksi monet haluavat ensin tiedustella joko läheistensä tai omalääkäriensä tai muun hoitoalan ammattilaisen mielipidettä (Way ym. 2008, Considine ym. 2010, Stein-Parbury ym. 2015). Toisaalta muut ihmiset saattavat tehdä päätöksen potilaan puolesta (Claver & Levy-Storms 2010). Iäkkäät myös tulevat päivystykseen nuorempia potilaita useammin perusterveydenhuollon lääkärin ohjauksena (Hedges ym. 1992).

Vain 3–4 % iäkkäiden päivystyskäynneistä tehdään kiireettömäksi luokitellun vaivan vuoksi (Niska ym. 2010, Salvi ym. 2013, Yip ym. 2015). Niinpä vain pieneen osaan iäkkäistä potilaista on yleistettävissä se tutkimustieto, joka koskee syitä hakeutua päivystykseen lievän tai pitkään kestäneen vaivan vuoksi. Tällöin taustalla voi olla esimerkiksi se, että perusterveydenhuollon palveluiden saatavuudessa koetaan olevan ongelmia (D'Avolio ym. 2008, Lowthian ym. 2013b). Omalääkäriä ei välttämättä ole, ajan saaminen omalääkärille voi olla hankalaa, odotusaika voi olla pitkä tai puhelinajanvarausjärjestelmä, johon liittyy äänitetyn viestin kuunteleminen ja takaisinsoiton odottaminen, saatetaan kokea vaikeaksi tai turhauttavaksi käyttää (D'Avolio ym. 2008, D'Avolio ym. 2013). Kiireettömän vaivan vuoksi päivystykseen hakeutumisen syynä saattaa olla myös läheisten tai omalääkärin kehoitus, epäluottamus tai tyytymättömyys omalääkärin toimintaan ja taitoihin tai käsitys siitä, että hyvämaineisen sairaalan päivystyspoliklinikalla vaiva osataan hoitaa kaikkein asiantuntevimmin (Lowthian ym. 2013b). Taustalla voi olla myös toive siitä, että päivystyksessä kaikki tarvittavat tutkimukset ja toimenpiteet voitaisiin tehdä samalla kertaa, mikä olisi potilaan kannalta kätevää (Cheek ym. 2005, Lowthian ym. 2013b). Toisaalta ratkaisu voi liittyä oireiden pahenemiseen tai kaatumiseen pelkoon (D'Avolio ym. 2008).

Hoitokodin henkilöstön päätökseen lähettää iäkäs henkilö päivystykseen vaikuttavat monenlaiset seikat. Siirto saatetaan kokea ainoaksi vaihtoehdoksi tilanteessa, jossa vanhuspotilaalla on akuutteja, vakavalta vaikuttavia oireita, joita ei saada hoitokodissa hallintaan, esimerkiksi kaatumisvammoja, lääkityksestä huolimatta jatkuvaa rintakipua, äkillistä hengenahdistusta, kontrolloimatonta verenvuotoa tai nopeaa yleisvoiminnan heikentymistä (Jablonski ym. 2007, Shanley ym. 2011). Siirtopäätökseen voi vaikuttaa sekin, ettei hoitokodissa välttämättä ole mahdollisuuksia tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin kuten sydänfilmin ottamiseen, kuvantamistutkimuksiin tai suonensisäisen nestehoidon toteuttamiseen (Jablonski ym. 2007, O'Connell ym.

2013). Toisaalta sen arviointi, mistä vanhuspotilaan tilan heikentymisessä on kyse ja milloin päivystykseen siirto on potilaan edun mukaista, ei aina ole helppoa (Kihlgren ym. 2003, Kihlgren ym. 2006, Shanley ym. 2011, O'Connell ym. 2013). Hoitokodin työntekijät saattavat kokea, ettei lääkärin konsultaatioapua ole etenkin virka-ajan ulkopuolella riittävän helposti saatavilla (Kihlgren ym. 2006, O'Connell ym. 2013).

Päätökseen lähettää hoitokodin asukas päivystykseen voivat vaikuttaa myös hoitokodin liian vähäiset henkilökuntaresurssit, äkillisesti sairastuneen ikäihmisen tavanomaista suurempi avuntarve sekä hoitajien epävarmuus siitä, kykenisivätkö työtoverit riittävän hyvin tunnistamaan ja hoitamaan tilanteet, joissa akuutisti sairastuneen vanhuspotilaan vointi heikentyisi entisestään (Kihlgren ym. 2003, Shanley ym. 2011). Lisäksi siirtopäätökseen saattavat vaikuttaa valitusten tai virheiden tekemisen pelko, hoitosuunnitelman puute sekä se, etteivät tilapäiset työntekijät tunne asukkaan tavanomaista tilaa riittävän hyvin (Kihlgren ym. 2003, Shanley ym. 2011, O'Connell ym. 2013).

Toisaalta monet tekijät voivat vaikuttaa päivystykseen lähettämistä estävällä tavalla. Taustalla saattaa olla arvio siitä, että on kyseisen henkilön edun mukaista tulla hoidetuksi ensisijaisesti hoitokodissa, jossa hän asuu (Kihlgren ym. 2006, Arendts ym. 2015). Lähettämistä jarruttavalla tavalla voi vaikuttaa myös käsitys siitä, että päivystykseen siirtäminen ja päivystyspoliklinikan epäsuotuisat olosuhteet aiheuttavat iäkkäälle ihmiselle räsytystä (Arendts ym. 2015). Matkaan, päivystyskäyntiin ja sairaalahoitoon liittyvillä kustannuksillakin voi olla merkitystä (Jablonski ym. 2007). Päivystykseen lähettämisen herkkyyttä vähentävänä tekijänä saattaa olla myös hoitokodin työntekijöiden pelko siitä, että heidän arvionsa ja ammattitaitonsa kyseenalaistetaan ensihoitajien ja/tai päivystyksen henkilökunnan toimesta (Kihlgren ym. 2003, McCloskey 2011, O'Connell ym. 2013). Hoitokodin työntekijöiden välillä on myös eroja siinä, syntyykö päätös nopeasti vai vasta pitkän ja huolellisen harkinnan jälkeen (McCloskey 2011).

Iäkäs hoitokotiasukas itse ja/tai hänen omaisensa saattavat toivoa päivystykseen lähettämistä tilanteissa, joissa se hoitoalan ammattilaisten arvion mukaan ei olisi tarpeellista, tai päinvastoin (McCloskey 2011, Arendts ym. 2015). Asukas saattaa tosin olla se osapuoli, joka on itseään koskevassa päätöksenteossa vähiten osallinen (Arendts ym. 2015). Osa iäkkäistä hoitokotiasukkaista suhtautuu myönteisesti hoitohenkilöstön päätökseen lähettää heidät päivystykseen ja kokee tämän parhaan mahdollisen hoidon saamiseksi (O'Connell ym. 2013, Arendts ym. 2015). Jotkut taas kokevat, ettei henkilökunta ota tosissaan heidän toivettaan päivystykseen lähetetyksi

tulemisesta (McCloskey 2011). Toisaalta asukas saattaa kokea, että päätös päivystykseen lähettämistä on tehty häneltä itseltään kysymättä tai edes hänelle kertomatta (Arendts ym. 2015).

Hoitokotiasukkaiden omaisten suhtautuminen päivystykseen lähettämiseen vaihtelee, kuten vaihtelee myös se, missä määrin omaiset haluavat olla siirtämistä tai siirtämättä jättämistä koskevassa päätöksenteossa mukana, sekä se, millaisena henkilökunta kokee omaisten roolin päätöksenteossa (Shanley ym. 2011, Arendts ym. 2015). Omaisten näkökulmasta sekä päivystykseen lähettämiseen että lähettämättä jättämiseen liittyy hyviä ja huonoja puolia, joiden välillä joudutaan tasapainottelemaan (Arendts ym. 2015). Osa omaisista haluaa jättää päätösvallan henkilökunnalle, osa taas haluaa ratkaista asian itse (Arendts ym. 2015). Kiireisiä toimenpiteitä vaativassa tilanteessa hoitohenkilöstö usein tekee siirtopäätöksen itsenäisesti, kun taas vähemmän kiireisessä tilanteessa omaiset ovat vaihtelevassa määrin päätöksenteossa mukana (Shanley ym. 2011). Omaisten osallisuuteen päätöksenteossa vaikuttaa esimerkiksi se, kuinka läheisissä tekemisissä asukas ja omainen ovat keskenään sekä millainen vuorovaikutussuhde omaisen ja hoitohenkilöstön välillä on (Shanley ym. 2011).

2.6 Hoidon laatu ja sen arviointi

Hoidon laatua on vaikea määritellä yksiselitteisesti. Yhden määritelmän mukaan laatu on niistä ominaisuuksista koostuva kokonaisuus, johon perustuu organisaation, tuotteen, palvelun tai tietyn prosessin kyky täyttää sille asetetut vaatimukset ja siihen kohdistuneet odotukset. (Idänpään-Heikkilä ym. 2000, s. 11) Laatu on tuotteen tai palvelun 1) synnynnäistä, kokonaisvaltaista ja kokemuksen kautta käsitettävissä olevaa erinomaisuutta, 2) tarkasti mitattavissa oleva ominaisuus, 3) käyttäjän toiveisiin ja tarpeisiin vastaamista, 4) prosessin sujuvuutta, aikataulussa pysymistä ja asioiden tekemistä kerralla oikein sekä 5) kustannusten huomioimista (Garvin 1988, s. 40–46). Laatu on myös sitä, että kohdataan palvelua eniten tarvitsevien ihmisten palveluiden tarve ammattitaidolla, edullisin kustannuksin sekä lakien, asetusten ja määräysten mukaan (Øvretveit 1992, s. 2–4, Idänpään-Heikkilä ym. 2000, s. 11). Hoidon laadun kannalta keskeisiä seikkoja ovat 1) hoito-organisaation rakenne (*structure*), johon sisältyvät esimerkiksi tilat, välineet ja muut materiaaliset resurssit, henkilökunnan määrä ja pätevyys sekä hallinnolliset tekijät; 2) hoidon aikaiset tapahtumat (*process*), mukaan lukien sekä hoidon tekninen puoli (esim. diagnoosin oikeellisuus, hoitoratkaisujen asianmukaisuus ja toimenpiteiden onnistuminen) että vuorovaikutus poti-

laan ja henkilökunnan välillä; sekä 3) hoidon lopputulos (*outcome*), jota arvioidaan toimintakyvyn palautumisen ja eloonjäämisen perusteella (Donabedian 1966, jälkipainoksen 2005 mukaan, Donabedian 1988). Hoidon laadussa keskeisiä piirteitä ovat turvallisuus, potilaskeskeisyys, oikea-aikaisuus, vaikuttavuus, tehokkuus ja tasa-arvo (Institute of Medicine 2001). Laatu koostuukin sekä ulkoisesti havainnoitavissa ja mitattavissa olevista että kokemuksellisista ja sellaisenaan vaikeasti määriteltävissä olevissa ominaisuuksista (Lumijärvi 1994, s. 15–16, Idänpään-Heikkilä ym. 2000, s. 12).

Laatu on määritelty myös palvelun sopivuudeksi asiakkaan tarpeisiin. Olennaista kuitenkin on, kenen (esim. asiakkaan itsensä, työntekijän vai jonkun ulkopuolisen tahon) näkökulmasta asiakkaan tarpeita arvioidaan. (Lumijärvi 1994, s. 25) Toisaalta ”asiakas” on termi, jolla voidaan laajassa merkityksessä tarkoittaa niin potilaita, omaisia kuin esimerkiksi palveluiden ostajia ja maksajia (Graff ym. 2002). Niinpä tässä tutkimuksessa päivystyspalveluiden käyttäjään viitataan yksiselitteisemmällä käsitteellä ”potilas”.

Yhden tunnetun näkemyksen mukaan hoidon laatuun kuuluu kolme ulottuvuutta, joita ovat 1) potilaan kokema laatu, 2) ammatillinen laatu sekä 3) laatu johtamisen ja palvelujärjestelmän näkökulmasta (Øvretveit 1992, Idänpään-Heikkilä ym. 2000, s. 12). Ensin mainitun osalta olennaista on, vastaako hoito sitä, mitä potilas odottaa, haluaa ja/tai kokee tarvitsevansa (Øvretveit 1992, s. 39–60, Idänpään-Heikkilä ym. 2000, s. 12). Toinen liittyy kliiniseen laatuun eli siihen, vastaako annettu hoito potilaan tarpeita asiantuntijan (terveydenhuollon ammattilaisen) arvion mukaan (Øvretveit 1992, s. 61–75, Idänpään-Heikkilä ym. 2000, s. 12). Johtamiseen liittyvä laadun ulottuvuus puolestaan huomioi palvelujärjestelmän, yhteiskunnan sekä kustannusvaikuttavuuden näkökulman ja kuvaa sitä, toteutetaanko palvelu ilman hukkakäyttöä ja virheitä, kohtuullisin kustannuksin sekä lakeja ja määräyksiä noudattaen (Øvretveit 1992, s. 76–89, Idänpään-Heikkilä ym. 2000, s. 12). Hoidon kokonaislaadun kannalta olennaista on pyrkiä optimilaatuun kaikista kolmesta näkökulmasta yhteisesti määriteltynä (Øvretveit 1992, s. 4–5, Idänpään-Heikkilä ym. 2000, s. 12).

Tässä tutkimuksessa keskiössä on potilaan kokema laatu. Potilaiden kokemuksilla on merkitystä monestakin syystä. Julkiset palvelut ovat olemassa ihmisiä varten, ja potilailla ja väestöllä on oikeus odottaa saavansa laadukkaita ja oikea-aikaisia julkisia palveluita niitä tarvitessaan (Grönroos 1987, s. 9–10, Voipio-Pulkki 2005, s. 21). Hoitoonsa tyytyväiset potilaat sitoutuvat hoitoonsa todennäköisemmin ja saattavat esimerkiksi noudattaa saamiaan hoito-ohjeita paremmin sekä tekevät vähemmän valituksia kuin hoitoonsa tyytymättömät potilaat (Trout ym. 2000, Boudreaux & O’Hea 2004, Taylor & Bengner 2004, Welch 2010). Potilastyytyväisyyden kasvu voi lisätä

myös hoitohenkilöstön työviihtyvyyttä ja -motivaatiota (Trout ym. 2000, Taylor & Benger 2004, Welch 2010). Lisäksi kokemukset päivystyksestä voivat muokata positiiviseen tai negatiiviseen suuntaan mielikuvaa, joka potilaalla on terveydenhuoltopalveluista ylipäättään (Trout ym. 2000). Päivystys onkin samanaikaisesti sekä eräänlainen terveydenhuoltojärjestelmän hoitokulttuurin näyteikkuna että toiminnan keskeinen portinvartija (Voipio-Pulkki 2005, s. 21). Päivystyskokemuksilla on erityinen merkitys myös siksi, että äkillinen sairastuminen ja päivystykseen päätyminen merkitsevät potilaan elämässä usein kriisiä, johon voi liittyä voimakkaita tunteita, turvallisuuden ja luottamuksen tarvetta ja joka siksi saattaa painua hyvinkin yksityiskohtaisena potilaan mieleen (Koponen & Sillanpää 2005, s. 23–24).

Potilaan arvio hoidon laadusta muodostuu hänen odotustensa ja toteutuneen hoidon suhteesta (Grönroos 1987, s. 37–38, Zeithaml ym. 1990, s. 18–23). Odotukset puolestaan liittyvät siihen, millaista hoitoa potilas ennakoii saavansa, haluaa saada ja/tai arvioi tarvitsevänsä (Øvretveit 1992, s. 44). Odotuksiin vaikuttavat esimerkiksi potilaan yksilölliset piirteet ja tarpeet, aiemmat hoitokokemukset, hoidon kustannukset, palveluorganisaation esitteet, mainonta ja muu suora tai epäsuora kommunikatio sekä se, mitä muilta ihmisiltä on kuultu (Zeithaml ym. 1990, s. 18–23). Odotukset kytkeytyvät ihmisten elämänhistoriaan sekä kulttuurisiin taustoihin, ja ne myös muuttavat alati (Lumijärvi 1994, s. 26). Laatumäärittämisprosessit riippuvat myös siitä, suhteuttaako potilas saamansa hoidon käsityksiin parhaasta mahdollisesta laatusotasosta, alimmasta hyväksyttävissä olevasta laatusotasosta, realistisesti odotettavissa olevasta tai keskimääräisestä laatusotasosta vai esimerkiksi mielikuviiin kilpailijoiden (muiden hoitotahojen) tarjoamasta laatusotasosta (Garvin 1988, s. 26–27, Øvretveit 1992, s. 44–45, Lumijärvi 1994, s. 18–20). Kirjallisuudessa esitetyn käsityksen mukaan potilaat hyväksyvät tiettyssä määrin vaihtelua hoidon laadussa ilman, että se vaikuttaa käyttäytymiseen tai hoitoa koskeviin odotuksiin. Tämän ns. toleranssivaihtelun laajuus vaihtelee potilas- ja tilannekohtaisesti. Hoidon laadun sijoittuessa toleranssivaihtelun ulkopuolelle seurauksena on joko voimakas turhautuminen tai hieman vähemmän voimakas iloinen yllättyminen; vertailuarvoa huonommaksi koettu hoito siis aiheuttaa voimakkaamman reaktion kuin sitä parempi hoito. (Lumijärvi 1994, s. 22–25, Strandvik 1994, s. 1–2, 14–33)

Potilaiden kokemaa hoidon laatua on paljolti arvioitu erilaisten tyytyväisyysmittausten avulla (Lumijärvi 1994, s. 17–25, Salmela 1997b, s. 188, Staniszewska & Ahmed 1999). Tyytyväisyys on kuitenkin ongelmallinen käsite monestakin syystä (Salmela 1997a, s. 14–16). Ensinnäkään tyytyväisyydelle ei ole yksiselitteistä, yleisesti hyväksyttyä määritelmää (Salmela 1997a, s. 14–16, Staniszewska & Ahmed 1999). Jo tyytyväisyys sanana sisältää kaksi eri merkitystä: tyytyväinen ihminen voi joko tuntea

mielihyvää vallitsevasta asiantilasta tai tyytyä tilanteeseen eli pitää sitä riittävänä, alistua ja sopeutua, olla haluamatta tai vaatimatta enempää (Kielitoimiston sanakirja). Edellä esitettyyn toleranssivöhykkeen käsitteeseen nojautuen voidaan tulkita, että tyytyväisyys liittyy joko vertailuarvoa vastaavaan tai sen ylittävään hoidon tasoon, kun taas vertailukohdetta huonommaksi koettu hoito johtaa tyytymättömyyteen (ks. Lumijärvi 1994, s. 22–25). Potilaan kokema hoidon laatu on kuitenkin enemmän kuin pelkkää tyytyväisyyttä, mikä puolestaan on enemmän kuin vain tyytymättömyyden puutetta (Øvretveit 1992, s. 45–46).

Tyytyväisyystutkimukset saattavatkin mitata enemmän potilaiden valmiutta hoitoa koskevan kritiikin esittämiseen kuin kokemuksia hoidosta (Staniszewska & Ahmed 1999). Potilas voi olla haluton ilmaisemaan tyytymättömyyttä esimerkiksi siksi, että hän on riippuvainen hoidosta ja/tai hän pelkää hoitohenkilöstön vihastuttamista ja hoidon huonontumista tulevaisuudessa (Owens & Batchelor 1996). On myös esitetty, että ihmiset antavat hoitoa koskevaa palautetta eri tavoin riippuen siitä, asettautuvatko he vastatessaan potilaan vai kansalaisen asemaan (Salmela 1997b, s. 189). Omaa hoitoaan koskevissa kannanotoissa ihmiset ovat usein varovaisia ja neutraaleja (Pohjola 1997, s. 183). Tyytymättömyyttä ilmaistaan lähinnä silloin, jos jotain aivan erityisen kielteistä tapahtuu (Sitzia & Wood 1997). Omista henkilökohtaisista kokemuksista irrallisessa roolissa sama ihminen saattaa kuitenkin olla valmis esittämään voimakasta kritiikkiä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan (Salmela 1997b, s. 189).

Tyytyväisyyskyselyille ominaista on, että vastaajista riippumatta keskimäärin 80–90 % ihmisistä on tyytyväisiä (Lumijärvi 1994, s. 17–22, Salmela 1997b, s. 187–188). Ne tuottavat omanlaistaan keskiarvotietoa, joka erittelemättä ei kerro paljoakaan potilaiden kokemuksista (Pohjola 1997, s. 182–183). Ihminen saattaa ilmaista tyytyväisyyttä ja silti kokea hoidossa olevan parannettavaa tai kääntyä seuraavalla kerralla kilpailevan palveluntarjoajan puoleen (Lumijärvi 1994, s. 20–22, Salmela 1997b, s. 188). Potilaiden omin sanoin antama palaute saattaakin tuottaa aivan erilaista tietoa kuin tyytyväisyyskyselyt, joihin liittyy vaikeus kysyä oikeanlaiset kysymykset potilaiden vastauksiin (Pohjola 1997, s. 182–183, Salmela 1997a, s. 14). Viime aikoina onkin alettu suosittaa siirtymistä tyytyväisyysmittauksista palvelun käyttäjien tarpeiden, odotusten ja kokemusten kartoittamiseen (Salmela 1997b, s. 189).

2.7 Iäkkäiden potilaiden kokemukset päivystyksestä

Iäkkäiden päivystyskäyntikokemuksia koskevia tutkimuksia etsittiin Medline (Ovid), CINAHL (EBSCO), Medic, PubMed ja Wiley Online Library -tietokannoista useilla

eri hakusanojen tai niiden taivutusmuotojen yhdistelmillä (mm. older, elderly, aged, veteran, iäkäs, vanhus; emergency department, ED, emergency, päivystys, ensiapu; experience, perception, satisfaction, kokemus, tyytyväisyys). Tutkimuksia etsittiin myös jo löydettyjen artikkeleiden avulla käymällä läpi niiden lähdeluettelot sekä hakemalla tietokannoista niitä siteeraavia julkaisuja. Aiheesta löytyi toistakymmentä eri maissa, eri vuosikymmeninä, eri menetelmillä ja erilaisilla kohdehenkilöillä tehtyä tutkimusta (taulukko 8). Suomalaisia tutkimuksia ei löytynyt. Aiemmin on todettu, että iäkkäiden ja nuorempien potilaiden välillä on eroja hoitoa koskevissa ennakkokäsityksissä ja kokemuksissa (Hedges ym. 1992, Owens & Batchelor 1996, Sitzia & Wood 1997, Grief & Lynne 2003), ja tästä syystä tarkasteltavaksi ei otettu tutkimuksia, joissa iäkkäiden ja ei-ikäkkäiden potilaiden näkemyksiä ei ollut eroteltu toisistaan.

Osassa tutkimuksista on haastateltavina tai kyselyyn vastaajina ollut iäkkäiden päivystyspotilaiden lisäksi näiden omaisia (Baraff ym. 1992, Nerney ym. 2001, Kihlgren ym. 2004, Way ym. 2008, Bridges & Nugus 2010, Considine ym. 2010, Stein-Parbury ym. 2015) sekä hoitohenkilökuntaa (Parke ym. 2013). Kahdessa tutkimuksessa (Way ym. 2008, Bridges & Nugus 2010) haastateltavana oli päivystyspoliklinikan potilaiden lisäksi muunlaisten akuuttihoitopalveluiden käyttäjiä. Näiden tutkimusten luotettavuutta voi heikentää se, ettei iäkkäiden päivystyspotilaiden ja muiden haastateltavien näkemyksiä ole tutkimusraporteissa selvästi eroteltu toisistaan. Joidenkin tutkimusten yleistettävyyttä voi puolestaan rajoittaa se, että tutkittavana oli vain tiettyihin erityisryhmiin kuuluvia henkilöitä, kuten vain muistisairaita (Parke ym. 2013), vain sairaalahoitoon lähetettyjä (Richardson ym. 2007) tai vain monisairaita ja usein päivystystä käyttäviä (Olofsson ym. 2012) iäkkäitä henkilöitä.

Iäkkäiden päivystyskokemuksia on tutkimuksissa tarkasteltu joko yleisellä tasolla tai jostain tietystä näkökulmasta tai viitekehyksestä. Esimerkiksi yhdessä tutkimuksessa (Bridges & Nugus 2010) tarkasteltiin iäkkäiden päivystyspotilaiden kokemaa arvokkuutta ja sen uhkatekijöitä. Toisessa tutkimuksessa (Nydén ym. 2003) selvitettiin, miten päivystyskäynnillä huomioidaan iäkkään potilaan erilaiset tarpeet eli fysiologiset perustarpeet, turvallisuuden tarpeet, sosiaaliset tarpeet, arvostuksen tarpeet sekä itsensä toteuttamisen tarpeet. Joissain tutkimuksissa erityishuomio on kohdistunut esimerkiksi odotusajan kokemuksiin (Kihlgren ym. 2004, Considine ym. 2010), sairaalahoitoon lähetetyksi tulemisen kokemuksiin (Richardson ym. 2007), niihin seikkoihin, joita iäkkäät pitävät päivystyshoidossa erityisen tärkeinä (Lyons & Paterson 2009, Hunold ym. 2016), siihen, millaisilla pienillä asioilla voi olla potilaalle suuri merkitys (Spilsbury ym. 1999) tai siihen, mitä epäkohtia päivystyshoidossa koetaan olevan ja miten hoitoa voisi potilaiden mielestä parantaa (Baraff ym. 1992).

Taulukko 8.

Tutkimuksia iäkkäiden päivystyskäyntikokemuksista

Tutkimus	Maa	Ikä (v)	Menetelmä(t)	Tutkittavat henkilöt ja otoskoko (n)	Aiheen rajausta tai tarkastelun viitekehys	Keskeisiä tuloksia ja havaintoja
(Baraff ym. 1992)	Yhdysvallat	≥65	Fokuseriymähaastattelut henkilöille, joilla ollut päivystyskäynti vuoden sisällä	Otoskoko ei mainittu; tutkimuksessa viisi fokusryhmää, joissa kussakin 5–13 haastateltavaa; mukana myös muutamia potilaiden läheisiä	Koetut ongelmat ja ratkaisuehdotukset niihin	Tyytyväisyys kokonaisuuteen ja käsitys siitä, että lääketieteellinen ongelma oli hoidettu asianmukaisesti; odotuksen kiusallisuus; olosuhteiden epämiellyttävyyden; sairastumisen pelottavuus; vuorovaikutus henkilökunnan kanssa koettiin tärkeänä; epätietoisuus päivystyksen käytännöistä
(Hedges ym. 1992)	Yhdysvallat	≥65	Pääasiassa puhelinhaastatteluna toteutettu kysely; tilastollinen analyysi	399 iäkkästä (≥65v) ja kontrolliryhmässä 172 nuorempaa (21–64v) päivystyspotilasta	ikäkkäiden vs. nuorten potilaiden käsitykset	Päivystykseen hakeutumisen syyt samankaltaisia iäkkäillä ja nuoremmilla; nuoremmat kokivat odotusajan ja henkilöökunnan kiireen suuremmaksi ongelmaksi kuin iäkkäät; iäkkäät kokivat useammin, että sairaus oli vaikuttanut kykyyn huolehtia itsestä ja että ongelma ei ollut ratkennut päivystyskäynnillä
(Watson ym. 1999)	Yhdysvallat	66–86	Haastattelu 3vrk kuluessa päivystyskäynnistä; laadullinen analyysi	12 iäkkästä päivystyspotilasta	Kokemukset hoidosta päivystyksessä	Tiedonsaannin tarve; odotusajan merkitys; henkilöökunnan ammattitaito ja välittäminen; olosuhteet; potilaiden erilainen kyky sietää epäkohtia ja ymmärrys henkilöökunnan työmäärää kohtaan
(Spilsbury ym. 1999)	Iso-Britannia	76–90	Käynnin aikainen haastattelu ja haastattelut 48h ja 1kk kuluessa; laadullinen analyysi	12 iäkkästä päivystyspotilasta	Ne pienet asiat, joilla on potilaille suuri merkitys	Tyytyväisyys kokonaisuuteen mutta pienissä asioissa parannettavaa; riittämätön tiedonsaanti; pitkä odotus; epämiellyttävät olosuhteet; potilaan näkökulma ei tule huomioituksi
(Nerney ym. 2001)	Yhdysvallat	≥65	Kysely kahden viikon kuluessa päivystyskäynnistä; tilastollinen analyysi	585 iäkkästä päivystyspotilasta ja 193 sijaisvastaajaa	Tyytyväisyyteen yhteydessä olevat tekijät	70 % vastaajista arvioi hoidon erinomaiseksi tai erittäin hyväksi; tyytyväisyyteen olivat yhteydessä kokemus hyvästä tiedonsaannista, kivun lievityksestä ja vuorovaikutuksesta, koettu mahdollisuus osallistua päätöksentekoon, parempi terveydentila sekä se, ettei odotusaikaa koettu liian pitkäksi

(Taulukko 8 jatkuu)

Tutkimus	Maa	Ikä (v)	Menetelmät	Tutkittavat henkilöt ja otoskoko (n)	Aiheen rajausta tarkasteleminen tai tarkasteleminen viitekehys	Keskeisiä tuloksia ja havaintoja
(Nyden ym. 2003)	Ruotsi	65–88	Haastattelu; laadullinen analyysi	7 iäkästä päivätyypotilaista	Potilaan tarpeet ja se, miten niihin vastataan	Turvallisuuden tarpeet ja niiden riittämätön huomiointi nousivat vahvimmin esiin; fyysiset, sosiaaliset sekä arvostuksen tarpeet nousivat myös esiin, mutta tulkittavat eivät ottaneet esiin tarvetta itsensä toteuttamiseen (esim. päätöksentekoon osallistumiseen)
(Kingren ym. 2004)	Ruotsi	≥75	Päivystyskäynnin aikainen havainnointi ja käynnin lopuksi haastattelu; laadullinen analyysi	20 iäkästä potilasta ja 15 läheistä, jotka olivat ko. potilaiden mukana päivätyksessä	Odotusajan kokemukset	Epämielelliset olosuhteet; epätietoisuus; perustarpeiden riittämätön huomiointi; pelot; turhautuminen; potilaat kaipaavat vuorovaikutusta mutta hoito keskittyy enemmän teknisiin seikkoihin ja potilas on lähinnä toimenpiteiden kohde
(Richardson ym. 2007)	Uusi-Seelanti	80–102	Haastattelut 48h kuluessa sairaalaan tulosta ja puhelimitse 2vk kuluessa kotiutumisen jälkeen; laadullinen analyysi	13 iäkästä potilasta, jotka lähetettiin päivätyksessä osastohoitoon	Päivystyksestä osastolle siirtymisen kokemukset	Tiedonsaanti ja vaikutusmahdollisuudet olivat vähäiset, mutta potilaat eivät kokeneet tätä ongelmana, vaan omaksuivat passiivisen roolin ja olivat tyytyväisiä ja kiitollisia
(Way ym. 2008)	Iso-Britannia	≥75	Haastattelu; laadullinen analyysi	69 iäkästä akuuttihoitopalveluiden käyttäjää ja 27 läheistä (haastateltujen tai eri potilaiden läheisiä)	Kokemukset päivätyksykäynnistä	Potilaiden välillä eroja siinä, kuinka herkästi hoitoon haudutaan; henkilökunnan vuorovaikutustaidot tärkeitä; läheisten antama tuki on monella tapaa tärkeää
(Lyons & Paterson 2009)	Iso-Britannia	66–94	Haastattelu päivätyksykäynnin jälkeen; laadullinen analyysi	20 iäkästä päivätyypotilaista	Asiat, joita iäkkäät potilaat pitävät tärkeinä	Vuorovaikutuksella, tiedonsaannilla, odotusajalla ja perustarpeiden huomioinnilla suuri merkitys; potilaat luottavat henkilökunnan ammattitaitoon

(Taulukko 8 jatkuu)

Tutkimus	Maa	Ikä (v)	Menetelmä(t)	Tutkittavat henkilöt ja otoskoko (n)	Aiheen rajausta tai tarkastelun viitekehykset	Keskeisiä tuloksia ja havaintoja
(Bridges & Nugus 2010)	Iso-Britannia	≥75	Haastattelu; laadullinen analyysi	69 iäkäästä akuuttihoito-palveluiden käyttäjää ja 27 läheistä (haastattelujen tai eri potilaiden läheisiä)	Potilaan arvokkuus ja sen uhkatekijät	Hoidossa tekniset selkät ovat pääroolissa ja potilaan ei-lääketeolliset tarpeet jäävät sivurooliin; pitkä odotus ja riittämätön huomiointi saavat iäkään potilaan kokemaan, ettei hän ole yhtä tärkeä kuin nuoremmat potilaat
(Considine ym. 2010)	Australia	≥65	Haastattelu viikon kuluessa päivystyskäynnistä; laadullinen analyysi	27 iäkäästä potilasta ja 12 läheistä, jotka olivat ko. potilaiden mukana päivystyksessä	Päivystykseen tulon ja odotusajan kokemukset	Potilaiden välillä eroja siinä, kuinka herkästi hakeudutaan päivystykseen tai soietaan ambulanssi; vaihtelevia kokemuksia odotuksesta; vaihtelevia käsityksiä odotuksen syistä ja eri potilaiden hoitotavoista järjestyksestä
(Olofsson ym. 2012)	Ruotsi	71–90	Haastattelu päivystyskäynnin aikana; laadullinen analyysi	14 iäkäästä potilasta, joilla ≥3 pitkäaikais-sairautta ja ≥3 päivystyskäyntiä vuoden aikana	Pitkäaikaisraaraan potilaan päivystyskäynti	Ensiavioon päästään nopeasti ja potilas kokee tällöin olevansa huomion keskiössä, mutta sen jälkeen käyntikokemusta sävyttää pitkä odotus ja huomion puute
(Parke ym. 2013)	Kanada	77–90	Käynnin jälkeinen haastattelu ja myöhemmin fokusryhmä-haastattelu, jossa käytettiin apuna käynnin tyypillisiä tahtumia esittäviä valokuvia; laadullinen analyysi	6 iäkäästä potilasta, joilla lievä- tai keski-vaikaa-asteinen muistisairaus, sekä 11 läheistä ja 14 hoitajaa	Muistisairaan potilaan päivystyskäynti	Epätyypillisen oireenkuvan vuoksi hoidon tarpeen kiireellisyyttä ei tunnusteta; pitkään odotukseen liittyvä turvattomuus; riittämätön perustarpeiden huomiointi; kokemus unohdetuksi tulemisesta ja siitä, ettei ole tärkeä
(Stein-Parbury ym. 2015)	Australia	65–94	Haastattelu kuukauden kuluessa päivystyskäynnistä; laadullinen analyysi	10 iäkäästä potilasta ja heidän 10 läheistään	Päivystyskäyntiin johtavat tekijät ja käyntikokemukset	Päivystykseen pahenevien oireiden ja oma-ikäärin kehoituksen vuoksi; epätietoisuus päivystykseen käytännöistä; kiitollisuus saadusta avusta; ymmärrys henkilökuunnan kiirettä kohdattaan

(Taulukko 8 jatkuu)

Tutkimus	Maa	Ikä (v)	Menetelmä(t)	Tutkittavat henkilöt ja otoskoko (n)	Aiheen rajaus tai tarkastelun viitekehys	Keskeisiä tuloksia ja havaintoja
(Hunold ym. 2016)	Yhdysvallat	≥65	Yksittäinen haastattelu-kysymys; vastausten luokittelu laadullisella analyysillä	185 iäkästä päivystyspotilasta	Hoidon osatekijä, joita potilaat pitävät tärkeimpinä	Vastaajat pitivät tärkeimpinä seuraavia: 1. tutkimusten, hoidon ja lopputulosten oikeellisuus; 2. nopea hoitoonpääsy; 3. myöätuntoisuus ja välittämisen
MUUTA KIRJALLISUUTTA						
(Bridges 2008)						Brittiläinen ei-vertaisarvioitu tutkimusraportti iäkkäiden potilaiden (ikä 75–95v, n=69) päivystyskokemuksista; ilmeisesti samasta aiheistosta tehty myös muita julkaisuja (Way ym. 2008, Bridges & Nugus 2010).
(Lim ym. 2012)						Systemaattinen katsaus iäkkäiden päivystyskokemuksista; tarkasteltavana kuitenkin vain viisi tutkimusta (Watson ym. 1999, Nemej ym. 2001, Nydén ym. 2003, Kihlgren ym. 2004, Richardson ym. 2007). Katsauksesta poissuljettiin Baraffin ym. (1992) tutkimus, koska filosofista taustaa, metodologiaa sekä analyysi- ja tulkitintaprosessia ei ole kuvattu.
(Shankar ym. 2014)						Systemaattinen katsaus iäkkäiden kokemasta päivystyshoidon laadusta; tarkasteltavana 28 tutkimusta, joista kuitenkin osa koskee myös muita kuin iäkkäitä ja/tai muita kuin päivystyspotilaita. Taulukossa luetelluista tutkimuksista puuttuu kolme (Bridges & Nugus 2010, Stein-Parbury ym. 2015, Hunold ym. 2016).

Tutkimushavaintojen mukaan iäkkäiden päivystyspotilaiden oireiden ja perustarpeiden huomiointi toteutuu vaihtelevasti (Nydén ym. 2003, Kihlgren ym. 2004, Lyons & Paterson 2009). Joissain tutkimuksissa (Jones ym. 1996, Platts-Mills ym. 2012) on havaittu, että iäkkäät saavat päivystyksessä muita aikuispotilaita harvemmin tehokasta kivunlievitystä ja joutuvat odottamaan sitä pidempään. Kivun alihoidon riski kasvaa, kun päivystyksessä on ruuhkaa (Hwang ym. 2006). Eroa kivunlievitystä koskevissa kokemuksissa iäkkäiden ja nuorempien välillä ei kuitenkaan ole havaittu kaikissa tutkimuksissa (Hedges ym. 1992, Cinar ym. 2012).

Kipua ja epämukavuutta voi osaltaan aiheuttaa se, jos potilas joutuu pitkään makaamaan kovalla, liian ohuella tai kapealla patjalla (Baraff ym. 1992, Watson ym. 1999, Kihlgren ym. 2004). Jopa painehaava saattaa saada alkunsa päivystyksessä

maattujen tuntien aikana (Hwang & Morrison 2007, Nolan 2009). Tyynyjä ei välttämättä ole saatavilla (Baraff ym. 1992). Potilas saattaa palella eikä lisäpeittoa aina ole tarjolla tai potilas ei kehtaa häiritä henkilökuntaa sellaista pyytääkseen (Baraff ym. 1992, Kihlgren ym. 2004).

Osa potilaista kokee, että perustarpeet kuten syötävän ja juotavan saamisen sekä WC:hen pääsyn tarve huomioidaan päivystyskäynnin aikana hyvin (Lyons & Paterson 2009). Osa kuitenkin kärsii janosta ja nälästä (Kihlgren ym. 2004). Potilas voi myös tietoisesti vältellä juomista, jotta ei joutuisi käymään WC:ssä (Spilsbury ym. 1999). WC:hen pääsy nimittäin saatetaan kokea hankalaksi ja henkilökunnan vaivastamista avunpyynnöillä kenties vältellään (Bridges & Nugus 2010). Taustalla voi olla myös huoli siitä, että lääkäri tulisi potilaan petipaikan luo juuri WC-käynnin aikana (Kihlgren ym. 2004). Toisaalta henkilökunta saattaa kokea helpommaksi ratkaisuksi laittaa potilaalle virtsakatetrin kuin avustaa häntä WC:ssä käymisessä, alusastian käytössä tai inkontinenssisuojien vaihdossa (Hwang & Morrison 2007, Parke ym. 2013). Kuitenkin katetrien käyttö lisää merkittävästi esimerkiksi infektioiden riskiä (Hwang & Morrison 2007, Robinson & Mercer 2007).

Osa potilaista kokee päivystyspoliklinikan epäviihtyisäksi, meluisaksi ja turvattomaksi ympäristöksi (Nydén ym. 2003, Kihlgren ym. 2004). Vuodepaikkojen välillä voi olla pelkät verhot, jonka läpi ympäristön äänet kuuluvat (Baraff ym. 1992). Päivystyspoliklinikan äänimaisemaan kuuluvat paitsi toisten ihmisten puhe ja hälinä myös esimerkiksi valvontamonitorien piippaukset (Hwang & Morrison 2007). Olosuhteet eivät välttämättä tarjoa juurikaan yksityisyyden suojaa (Kihlgren ym. 2004). Toisaalta yksin jääminen voi tuntua pelottavalta, ja joidenkin potilaiden mielestä on turvallisempaa maata paareilla käytäväpaikalla ja siten hoitohenkilökunnan lähettyvillä kuin yksin tutkimushuoneessa, jossa ei välttämättä olisi apua saatavilla voimien äkillisesti huonontuessa (Nydén ym. 2003).

Iäkkäiden päivystyspotilaiden kokemukset odotusajasta ovat vaihtelevia (Watson ym. 1999, Lyons & Paterson 2009, Considine ym. 2010). Osa heistä pitää hoitopääsyä melko sujuvana tai yllättävän nopeana verrattuna ennakkokäsityksiinsä (Lyons & Paterson 2009, Considine ym. 2010). Joidenkin mielestä käynnin kokonaisuus on kuitenkin pitkä ja enin osa ajasta kuluu odottamiseen (Baraff ym. 1992). Odotus saatetaan kokea raskaaksi, epämiellyttäväksi, turhauttavaksi ja pelottavaksi (Nydén ym. 2003, Kihlgren ym. 2004, Considine ym. 2010). Yksinäisen odotuksen aikana potilas saattaa epäillä tullessa hylätyksi tai unohdetuksi (Kihlgren ym. 2004, Olofsson ym. 2012). Pitkä odotus voi myös saada potilaan kokemaan, ettei häntä arvosteta (Bridges & Nugus 2010).

Tilannetta voi pahentaa se, jos tiedonsaanti tapahtumien kulusta ja odotuksen syistä koetaan puutteelliseksi (Nydén ym. 2003, Kihlgren ym. 2004). Kaikki eivät välttämättä tunne päivystyksen käytäntöä siitä, että tulojärjestyksen sijaan potilaat hoidetaan kiireellisyysjärjestyksessä, joten muiden potilaiden pikaisempi hoitopaasy saatetaan kokea epäoikeudenmukaisena (Spilsbury ym. 1999, Considine ym. 2010, Olofsson ym. 2012). Potilas saattaa epäillä joutuvansa odottamaan kauan siksi, että on tietämättään jollain tavoin suututtanut hoitohenkilökunnan tai on joutunut ikäsyrrjinnän kohteeksi (Considine ym. 2010, Bridges & Nugus 2010). Iäkkäiden potilaiden käsitysten mukaan odotuksen syitä ovat myös päivystyksen ruuhkaisuus, riittämättömät työntekijämäärät sekä se, että päivystyksessä ei ole etukäteen sovittua vastaanottoaikaa, muut potilaat ovat huonokuntoisempia tai muut käyttävät päivystystä aiheuttomasti (Baraff ym. 1992, Nydén ym. 2003, Considine ym. 2010).

Monet iäkkäät potilaat pyrkivät välttämään valittamista ja vaivan aiheuttamista henkilökunnalle (Baraff ym. 1992, Nydén ym. 2003, Bridges & Nugus 2010). He saattavat kantaa huolta muiden potilaiden avuntarpeesta sekä henkilökunnan kiireestä ja suuresta työmäärästä (Watson ym. 1999, Lyons & Paterson 2009, Stein-Parbury ym. 2015). Iäkäs ihminen saattaa kokea olevansa henkilökunnalle taakka, olevansa vähemmän tärkeä kuin muut potilaat tai ongelmansa (kuten WC:hen pääsyn tarpeen) olevan liian triviaali ja arkailla siksi avun pyytämistä tai kysymysten esittämistä (Way ym. 2008, Bridges & Nugus 2010, Olofsson ym. 2012). Hoitoa koskevat ennakkokäsitykset ovat kenties vaatimattomat (Spilsbury ym. 1999). Iäkkäät voivat olla hyvin kiitollisia saamastaan hoidosta silloinkin, kun se ei täysin vastaa heidän toiveitaan ja tarpeitaan (Hedges ym. 1992, Watson ym. 1999, Richardson & Hwang 2001, Stein-Parbury ym. 2015). He saattavat vältellä kasvokkain tavattujen työntekijöiden kritisoimista ja sen sijaan kohdistaa moitteensa esimerkiksi poliitikoihin ja johtajiin (Nydén ym. 2003, Kihlgren ym. 2004). Potilas kenties arvioi, että päivystyksen henkilökunta tekee parhaansa mutta työntekijöitä on liian vähän (Spilsbury ym. 1999, Stein-Parbury ym. 2015). Iäkäs ihminen saattaakin kokea tärkeäksi olla ”hyvä potilas” eli välttää valittamista ja pysyä poissa tieltä, jotta ei aiheuttaisi ylityöllistetyille henkilökunnalle liikaa vaivaa (Stein-Parbury ym. 2015).

Turvallisuuden tunne on iäkkäille päivystyspotilaille tärkeää (Nydén ym. 2003). Turvallisuuteen kuuluu vapaus peloista, ahdistuneisuudesta ja kaaoksesta. Se liittyy varmuuteen, vakauteen ja suojassa olemiseen. (Nydén ym. 2003) Turvallisuuden tunnetta voivat uhata useat eri tekijät. Päivystykseen hakeutumisen syynä on usein pelko vakavasta tai henkeä uhkaavasta sairaudesta (Baraff ym. 1992). Mielessä päällimmäisenä olevat huolet voivat koskea myös muita seikkoja kuin akuuttia sairastumista, esimerkiksi kotiasioita, taloudellisia vaikeuksia tai sitä, että tavanomainen lääkitys on

jäänyt päivystykseen päättymisen vuoksi ottamatta (Spilsbury ym. 1999, Kihlgren ym. 2004, Lyons & Paterson 2009). Potilaalla voi olla hoitoa koskevia pelkoja tai ahdistuneisuutta (Way ym. 2008). Hän saattaa pelätä esimerkiksi yksin jätetyksi tai unohdetuksi tulemista, sängystä putoamista tai sitä, ettei tarpeen tullen ylety kutsupainikkeeseen tai ei saa kipulääkitystä (Kihlgren ym. 2004).

Iäkkäillä potilailla on kuitenkin usein suuri luottamus päivystyksen henkilökuntaan ja lääketieteellisesti pätevän hoidon saamiseen (Kihlgren ym. 2004, Lyons & Paterson 2009). Potilaalle saattaa olla turvallisuuden tunteen kannalta hyvin tärkeää saada riittävästi tietoa itseä koskevista asioista sekä kokea, että hänen tarpeistaan huolehditaan ja hänestä välitetään (Parke ym. 2013). Myös läheisten läsnäolo voi helpottaa potilaan olotilaa (Baraff ym. 1992, Way ym. 2008).

Iäkkäät kokevat tärkeäksi tulla kohdelluiksi arvostavalla, huomaavaisella ja ystävällisellä tavalla (Watson ym. 1999, Nydén ym. 2003, Kihlgren ym. 2004, Bridges & Nugus 2010). Henkilökunnan vuorovaikutustaidoilla on keskeinen merkitys (Baraff ym. 1992, Way ym. 2008). Koetaan rauhoittavaksi ja luottamusta herättäväksi, jos hoitaja tai lääkäri ottaa potilaaseen katsekontaktia, antaa hänelle aikaa ja kuuntelee häntä (Kihlgren ym. 2004). Myös huumori saattaa edistää myönteistä vuorovaikutussuhdetta (Watson ym. 1999, Nydén ym. 2003). Iäkkäät potilaat pitävät tärkeänä, että heitä arvostetaan eikä päivystykseen hakeutumisen aiheellisuutta kyseenalaisteta (Nydén ym. 2003). Aiempien tutkimusten mukaan merkitystä on myös sillä, ettei iäkkääseen potilaaseen suhtauduta alentuvasti tai tehdä olettamuksia potilaan kunnosta ja ymmärryskyvystä pelkän iän perusteella (Watson ym. 1999, Spilsbury ym. 1999). Toisaalta esimerkiksi kuulon tai näön heikentymisestä tai liikkumisvaikeuksista kärsivät potilaat saattavat toivoa, että henkilökunta huomioi heidän toimintarajoitteensa (Baraff ym. 1992, Spilsbury ym. 1999).

Monet iäkkäät potilaat pitävät tärkeänä sitä, että heitä käydään katsomassa usein eikä jätetä pitkäksi aikaa yksin (Baraff ym. 1992, Kihlgren ym. 2004, Bridges & Nugus 2010). Hyväksi hoidoksi koetaan, että henkilökunta osoittaa vastuullisuutta potilaan tarpeiden huomioinnissa, esimerkiksi tarjoaa kipulääkitystä, syötävää ja juotavaa tai apua WC:hen pääsemiseen (Kihlgren ym. 2004). Myös tiedonsaannilla on keskeinen merkitys (Watson ym. 1999, Nydén ym. 2003, Lyons & Paterson 2009).

Osa iäkkäistä potilaista toivoisi saavansa enemmän tietoa päivystyskäynnin tapahtumista ja niiden syistä sekä sairautensa aiheuttajasta, vakavuudesta ja hoidosta (Baraff ym. 1992, Watson ym. 1999, Stein-Parbury ym. 2015). Mikäli riittävästi tietoa ei saada henkilökunnalta, iäkäs potilas saattaa tehdä työntekijöiden ei-verbaalisen viestinnän ja muiden tapahtumien perusteella päätelmiä siitä, mitä seuraavana voisi olla edessä tai mistä oireissa saattaisi olla kyse; esimerkiksi tipan laittaminen saatetaan

tulkita merkiksi osastohoitoon lähettämisestä ja rutiinitoimenpiteenä tehtävä EKG:n ottaminen voi saada potilaan epäilemään, mahtaako hänen sydämessään olla jotain vikaa (Spilsbury ym. 1999, Kihlgren ym. 2004). Tärkeää on myös, että asiat selitetään potilaalle ymmärrettävällä tavalla ja lääketieteellistä erikoissanastoa välttäen (Watson ym. 1999). Epäselvä kommunikaatio saattaa provosoida potilaassa sekavuutta ja levottomuutta sekä vaikeuttaa hänen tutkimistaan (Kihlgren ym. 2004).

Iäkkäät kokevat tärkeäksi tulla kohdatuiksi arvokkaina yksilöinä eikä vain tutkimusten ja toimenpiteiden kohteina (Spilsbury ym. 1999, Kihlgren ym. 2004, Lyons & Paterson 2009, Bridges & Nugus 2010). Hoito päivystyksessä keskittyy kuitenkin yleensä ensisijaisesti siihen, että lääketieteellisiin ja teknisiin vaatimuksiin vastataan (Kihlgren ym. 2004, Bridges & Nugus 2010). Tällöin potilaan muut tarpeet kuten fysiologiset perustarpeet ja turvallisuus jäävät usein vähäiselle huomiolle (Nydén ym. 2003, Bridges & Nugus 2010, Parke ym. 2013). Nopeatahtisesti toimiva päivystyspoliklinikka ei aina ole ihanteellinen hoitoympäristö iäkkäälle potilaalle, jolla mahdollisesti on useita pitkäaikaissairauksia, toiminnanvajeita sekä muitakin kuin akuuttiiin sairauteen liittyviä huolenaiheita (Spilsbury ym. 1999, Hwang & Morrison 2007, Schnitker ym. 2011).

Pitkä odotus, yksinäisyys, epätietoisuus ja tarpeiden jääminen huomiotta voivat saada iäkkään potilaan kokemaan, ettei hänestä välitetä tai ettei hän ole tärkeä (Kihlgren ym. 2004, Bridges & Nugus 2010, Olofsson ym. 2012). Turhautumista voi aiheuttaa sekin, että tapahtumat eivät etene suunnitellusti tai potilas joutuu toistuvasti samojen tutkimusten kohteeksi (Way ym. 2008). Potilas saattaa kokea, että häntä koskeva keskustelu käydään enemmän henkilökunnan kesken kuin hänen itsensä kanssa (Spilsbury ym. 1999). Osa iäkkäistä kokee voivansa osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon ja kokee tämän tärkeäksi (Nerney ym. 2001, Kihlgren ym. 2004). Osa sen sijaan omaksuu passiivisen roolin (Richardson & Hwang 2001, Nydén ym. 2003, Bridges & Nugus 2010).

Tuoreehkossa systemaattisessa katsauksessa (Shankar ym. 2014) on käsitelty iäkkäiden päivystyspotilaiden näkemyksiä hoidon laadun kannalta tärkeistä seikoista. Katsauksen luotettavuutta heikentää kuitenkin se, että osa tarkasteltavista tutkimuksista ei erottele iäkkäiden ja nuorempien potilaiden kokemuksia toisistaan tai käsittelee iäkkäiden kokemuksia muista terveydenhuollon palveluista kuin päivystyksestä tai koskee muita seikkoja kuin potilaiden kokemuksia. Katsauksessa jaotellaan iäkkäiden päivystyshoidon laatu kuuteen teemaan: 1) lääkäreiden ja hoitajien rooli (teemaan sisällytetty mm. iäkkäiden luottamus työntekijöihin, työntekijöiden osoittama välittäminen ja huumorintaju, potilaan sosiaalisten tarpeiden ja perustarpeiden huomiointi lääketieteellisten tarpeiden ohella sekä hoitoa koskeva päätöksenteko), 2) potilaan ja

työntekijöiden välisen kommunikaation sisältö sekä potilaan tiedonsaanti, 3) kommunikaation esteet, 4) odotusaika, 5) päivystyksen olosuhteet ja niiden vaikutus potilaan olotilaan sekä 6) iäkkään potilaan tarpeet yleisellä tasolla (teemaan sisällytetyt mm. potilaan tarve tuntea hyväksyntää ja huomiointia, palliatiivinen hoito, perustarpeiden huomiointi, omaisten rooli, ahdistuneisuus sekä hoitopaikan vaihdokset) (Shankar ym. 2014).

2.8 Iäkkään päivystyspotilaan osallisuus ja luottamus

Tässä tutkimuksessa käsitellään iäkkään päivystyspotilaan osallisuuteen liittyviä seikkoja sekä luottamuksen merkitystä iäkkään potilaan ja päivystyksen henkilökunnan välisessä vuorovaikutussuhteessa. Niinpä osallisuuteen ja luottamukseen liittyviä käsitteitä on syytä tässä yhteydessä lyhyesti tarkastella. Nimenomaisesti iäkkäitä päivystyspotilaita koskevaa aiempaa kirjallisuutta näistä aiheista ei löytynyt, joten osallisuutta ja luottamusta lähestytään yleisluonteisemmasta näkökulmasta.

Potilaan osallisuudelle ei ole yksiselitteistä määritelmää (Penney & Wellard 2007). Osallisuus voidaan käsittää esimerkiksi siten, että potilas tulee osalliseksi tai saa mahdollisuuden tulla osalliseksi itseään koskevassa päätöksenteossa, tiedon ja mielipiteiden jakamisessa, palvelun toteuttamisessa tai palvelun arvioinnissa (Cahill 1998, Lyttle & Ryan 2010, Foss 2011). Keskeisiä seikkoja ovat tiedonsaanti, potilaan mielipiteen selvittäminen, päätöksentekoon osallistuminen, itsemäärääminen sekä kokemus kuulluksi tulemisesta, yksilöllisestä kohtelusta ja vaikutusmahdollisuuksista (Lyttle & Ryan 2010, Kaseva 2011).

Monissa osallisuuden määritelmissä korostetaan, että osallisuutta voi esiintyä useissa tasoissa (Thompson 2007). Osallisuus voidaankin nähdä jatkumona, jonka ääripäitä ovat täysin passiivinen hoidon kohteen rooli sekä täysin itsenäinen päätöksenteko (Bastiaens ym. 2007). Joissain määritelmissä jatkumon passiivisin ääripää on osattomuus tai ulkopuolisuus ja aktiivisin ääripää puolestaan tietoinen päätöksenteko, jolloin ammattilainen antaa oman asiantuntemuksensa potilaan käyttöön ja potilas tekee päätöksen sen pohjalta (Thompson 2007). Näiden ääripäiden väliin jäävistä osallisuuden osatekijöistä ja niiden sijoittumisesta jatkumossa ei vallitse yksimielisyyttä. Kirjallisuudessa onkin kiinnitetty huomiota siihen, että osallisuus voidaan määritellä useasta eri näkökulmasta ja että ammattilaisten sekä potilaiden antamat määritelmät eroavat usein toisistaan (Thompson 2007).

Osallisuus on määritelty myös vastakohtansa eli osattomuuden kautta. Osattomana ollessaan ihmiseltä puuttuu vaikuttamisen kokemus ja hän kokee itsensä

omassa asiassaan toisten toiminnan objektiksi. (Kujala 2003) Osattomuus voi pohjautua kokemuksiin riittämättömästä tiedonsaannista, mielipiteen huomiotta jäämisestä, ammattilaisilta saadun hyväksynnän puutteesta, epävarmuudesta sekä siitä, että hoito on enemmän organisaatio- kuin potilaskeskeistä eikä potilasta kohdata yksilönä (Penney & Wellard 2007, Eldh ym. 2008).

Luottamus puolestaan on aiemmassa kirjallisuudessa (Sztompka 1999, s. 25–26) esitetyn näkemyksen mukaan pohjimmiltaan veikkausta siitä, miten toiset ihmiset tulevat tulevaisuudessa toimimaan. Luottamuksen tarve pohjautuu epävarmuuteen ja siihen, ettei toisten toimintaa voi täysin varmuudella ennalta tietää (Sztompka 1999, s. 22–26, Zechner 2007, s. 140). Luottamus on ikään kuin panosten asettamista pelissä, johon liittyy aina myös häviön mahdollisuus (Sztompka 1999, s. 25–26, 69). On siis aina olemassa riski, että toiset ihmiset toimivat ei-toivotulla tavalla, mutta luottaessaan toisiin yksilö toimii, kuin tätä riskiä ei olisi (Sztompka 1999, s. 31). Koska luotetulla henkilöllä on valtaa toimia joko luottajan eduksi tai vahingoksi, luottamukseen liittyy haavoittuvuutta (Zechner 2007, s. 145).

Luottamus rakentuu uskomuksista (*belief*) ja sitoumuksista (*commitment*). Ensin mainitut tarkoittavat toisten ihmisten toiminnan ennakointia. Jälkimmäiset taas liittyvät ihmisen omaan toimintaan, joka on suunniteltava tämän ennakkoinnin pohjalta eli jo ennen, kuin toisten toiminnasta voidaan olla aivan varmoja. (Sztompka 1999, s. 25–26) Sitoumuksia on kolmea tyyppiä: Ensimmäisen tyyppin (*anticipatory trust*) mukaan yksilö ennakoii toisten ihmisten toimivan hänen toiveitaan ja tarpeitaan vastavalla tavalla vain tekemällä sen, mitä he tavanomaisestikin tekevät tai mitä heiltä voi kunkin tilanteen ja sosiaalisen roolin perusteella edellyttää. Kyse on siis toisille ihmisille tai heidän sosiaaliselle roolilleen luontaisista ominaisuuksista ja toimintatavoista, jotka vain sattuvat olemaan olemassa sen sijaan, että ne syntyisivät reaktiona yksilön omaan toimintaan. Riittää, että yksilö tunnistaa nämä luontaiset ominaisuudet ja toimintaedellytykset muissa ihmisissä, ja sitten yksilö toimii niiden herättämän luottamuksen pohjalta. (Sztompka 1999, s. 27) Sen sijaan toinen sitoumuksen tyyppi (*responsive trust*) edellyttää muilta ihmisiltä luottamuksen arvoiseksi osoittautumista. Se kuvaa tilannetta, jossa toisen vastuulle uskotaan jotain itselle tärkeää. Toinen osapuoli antaa suostumuksensa tämän vastuun kantamiseen. Hänellä on valtaa hoitaa hyvin, hoitaa huonosti tai olla hoitamatta se, mikä hänelle luotetaan. Tällöin yksi luottajan ominaisuus on haavoittuvuus ja luotetulla on valtaa suhteessa luottajaan. (Sztompka 1999, s. 27–28, Zechner 2007, s. 140–143) Kolmannessa sitoumuksen tyyppissä (*evocative trust*) yksilö toimii sen olettamuksen pohjalta, että luottaessaan toisiin ihmisiin nämä vastavuoroisesti luottavat häneen. Yksilö luottaa toisiin juuri siksi, että herät-

täisi luottamusta muissa. Tämä luottamuksen tyyppi on erityisen yleistä läheisissä ihmissuhteissa. (Sztompka 1999, s. 128) Julkisissa palveluissa vastavuoroisuuden mekanismi on usein välittynyt: kun pitkän työuran aikana on maksettu veroja, vanhuudessa oletetaan saatavan palveluita (Zechner 2007, s. 144). Käytännössä nämä kolme luottamukseen liittyvää sitoumustyyppiä ilmenevät usein yhtä aikaa (Sztompka 1999, s. 28).

3 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Kuten edellä käsitellyistä seikoista ilmenee, päivystystoiminta on keskeinen osa terveydenhuoltojärjestelmää. Erityisen tärkeässä roolissa päivystys on iäkkäiden henkilöiden kohdalla: Iäkkäillä päivystyspalveluiden käyttö on yleistä ja liittyy usein vakaaviin, kiireellistä hoitoa vaativiin ja jopa henkeä uhkaaviin sairauksiin. Iäkkäät päivystyksen käyttäjät ovat monella tapaa erityislaatuinen ja samalla haavoittuvainen potilasryhmä. Aiemman tutkimustiedon perusteella iäkkään potilaan tarpeet ja päivystyspoliklinikan toimintatavat eivät kuitenkaan välttämättä kohtaa toisiaan. Tämä on ongelmallista niin hoidon kokonaislaadun kuin kunkin sen osa-alueen (potilaan kokeman, kliinisen sekä yhteiskunnallisen laadun) kannalta.

Jotta iäkkäiden päivystyshoidon laatua voidaan parantaa, on tärkeää tietää, miten iäkkäät päivystyksen käyttäjät itse kokevat päivystyskäyntiin johtavan tilanteen, käynnin tapahtumat ja lopputulokset, millaisilla seikoilla he kokevat olevan merkitystä, mitä he käynniltä odottavat tai toivovat ja miten näihin odotuksiin vastataan. Tässä tutkimuksessa tavoitteena olikin selvittää, millaisena iäkkäät potilaat kokevat päivystyskäynnin ja päivystyshoidon laadun. Tutkimuskysymykset olivat:

- Miten iäkkäät potilaat kokevat päivystyskäynnin?
- Millaista iäkkäiden potilaiden käsitysten mukaan on laadukas hoito päivystyksessä?
- Kuinka hyvin iäkkäiden kokemukset päivystyksestä vastaavat käsityksiä laadukkaasta hoidosta?

Potilaiden päivystyskokemuksia ei ole mahdollista tarkastella ilman tarkempaa tietoa kontekstista, johon nämä kokemukset liittyivät. Kontekstin osalta keskeistä on esimerkiksi se, millaisten syiden vuoksi päivystykseen oli hakeuduttu. Potilaiden kokemuksia ja laatuksityksiä koskevat laaja-alaiset tutkimuskysymykset on asian tarkastelun helpottamiseksi mielekästä jakaa edelleen hieman kapea-alaisempiin aihealueisiin. Niinpä edellä mainittuja kolmea tutkimuksen pääkysymystä täydennettiin ja tarkennettiin lisätutkimuskysymyksillä, joita olivat:

- Miksi iäkäs potilas päätyy päivystykseen? Millaiset seikat vaikuttavat asiaa koskevaan päätöksentekoon? Millaisia muita vaihtoehtoja päätöksenteon yhteydessä harkitaan? Kuka päätöksen tekee – iäkäs henkilö itse vai joku muu?

- Miten iäkäs potilas kokee päivystyskäynnin tapahtumat ja mahdollisen odotusajan? Millaiseksi potilas kokee oman olotilansa käynnin aikana? Entä millaisena potilas kokee päivystyksen olosuhteet?
- Millaisena iäkäs potilas kokee vuorovaikutuksen päivystyksen henkilökunnan kanssa?
- Millaisena iäkäs potilas kokee tiedonsaannin päivystyskäynnillä? Millaisia hoitoa koskevia näkemyksiä potilaalla on ja miten hän kokee nämä näkemyksensä huomioitavan?
- Millaisia ennakkokäsityksiä potilailla oli ollut päivystystä koskien? Miten ennakkokäsitykset vaikuttivat siihen, millaisena päivystyskäynti koettiin?
- Millaista hyötyä tai seurauksia potilas arvioi päivystyskäynnistä olleen?

Päivystykseen hakeutumista koskevasta päätöksenteosta on kirjoitettu saman aineiston pohjalta raportti (Mylläri ym. 2014), joka on julkaistu Kuntaliiton sarjassa ”Ikään-tyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus”. Väitöskirjan tulososion luku *Päätös päivystykseen hakeutumisesta* on väitöskirjan muun sisällön ja rakenteen kanssa yhteensopivaksi muokattu versio tästä julkaisusta. Tampereen yliopiston tieteellisen jatkokoulutustoimikunnan luvalla se esitetään osana väitöskirjaa.

4 Aineisto ja menetelmät

4.1 Aineiston keruu

4.1.1 Haastatteluaineisto

Tutkimuksessa haastateltiin iäkkäitä henkilöitä, jotka olivat olleet tutkittavana ja hoidettavana Tampereen perusterveydenhuollon päivystyspoliklinikka Acutassa. Sisäänottokriteerit olivat:

- Halukkuus osallistua tutkimukseen
- Yli 75 vuoden ikä
- Asuminen Tampereella
- Päivystyskäynti Acutassa perusterveydenhuollon päivystyksessä vuoden 2012 aikana

Poissulkukriteerit olivat:

- Liian huono terveydentila, kommunikaatio- tai yhteistyökyky haastatteluun osallistumiseen tai sitä koskevan tietoisin suostumuksen antamiseen (esim. terminaalivaiheen syöpä, vaikea afasia, vaikea kuulovamma tai pitkälle edennyt dementoiva sairaus)
- Välitöntä erikoissairaanhoidon vaativa sairaus päivystyskäynnin syynä (esim. sepelvaltimotautikohtaus tai aivohalvaus)

Haastateltavien rekrytoinnista tutkimukseen vastasivat kolme päivystyspoliklinikalla työskentelevää hoitajaa, joille tutkija oli antanut etukäteen tarkemman ohjeistuksen. Hoitajat antoivat tutkimukseen oton kriteerit täyttävälle potilaille tutkimusta koskevan suullisen sekä kirjallisen (liite 1) informaation ja kysyivät lupaa tutkijan myöhemmän yhteydenottoon. Hoitajat oli ohjeistettu kertomaan rekrytoitaville, että kyseessä on haastattelututkimus, jossa selvitetään iäkkäiden päivystyshoidon laatua ja sen parantamismahdollisuuksia. Myös se, että tutkimusta tekevä henkilö on koulutukseltaan

lääkäri, kävi rekrytoituille annetusta kirjallisesta informaatiosta ilmi. Osallistumishalukkuutensa ilmaisseita henkilöitä pyydettiin antamaan erilliselle lomakkeelle (liite 2) yhteystietonsa sekä suostumusta koskeva allekirjoitus. Tutkimukseen osallistumiseen halukkaisiin henkilöihin otettiin puhelimitse yhteyttä mahdollisimman pian päivystyskäynnin jälkeen. Tutkimuksesta kieltäytyneiden lukumäärästä pidettiin kirjaa mutta kieltäytymisten syitä ei kysytty. Haastateltavilta pyydettiin lupa tarkastella myös sähköisiä sairauskertomusmerkintöjä.

Haastattelujen määrä katsottiin riittäväksi ja haastateltavien rekrytointi tutkimukseen lopetettiin, kun haastatteluissa ei enää noussut esiin uusia asioita eli kun saavutettiin ns. saturaatiopiste. Aiempien iäkkäiden kokemuksia koskevien tutkimusten otoskokojen perusteella etukäteen arvioitiin, että saturaatiopisteen saavuttamiseksi sopiva haastateltavien lukumäärä tulisi olemaan noin 15–25 henkilöä. Kieltäytymiset ja poisjäännit huomioiden etukäteen arvioitiin, että tämä edellyttäisi suostumuksen tiedustelemista noin 30–50 henkilöltä.

Tutkittavia rekrytoitiin tutkimukseen sitä mukaa, kun tutkimuksen oton kriteerit täyttyviä potilaita tuli päivystykseen rekrytoinnista vastanneiden hoitajien työvuorojen aikana. Tutkija antoi etukäteen hoitajille ohjeistuksen, että ainakin kymmenen tutkittavaa rekrytoitaisiin ns. aulapotilaiden eli sellaisten potilaiden keskuudesta, jotka olivat riittävän hyväkuntoisia odottamaan lääkärin vastaanotolle pääsyä päivystyspoliklinikan aulatilaisissa. Ohjeistuksen mukaan ainakin kaksikymmentä tutkittavaa rekrytoitaisiin sellaisten potilaiden keskuudesta, joiden kunto edellytti seuranta- tai hoitoa päivystyspoliklinikan vuodepaikalla. Loput tutkittavista rekrytoitiin pääosin petipaikkapotilaiden keskuudesta, koska heidän lukumääränsä osoittautui suuremmaksi ja tutkimukseen mukaan saamisensa helpommaksi kuin aulapotilaiden.

Haastattelut pyrittiin tekemään mahdollisimman pian päivystyskäynnin jälkeen, heti kun se potilaalle sopi ja heti kun potilaan terveydentila tämän salli. Haastattelut kestivät keskimäärin tunnista puoleentoista tuntiin. Haastateltavia pyydettiin puolia-voimilla teemahaastattelukysymyksillä kertomaan päivystyskäynnistään ja sitä koskevista kokemuksistaan sekä päivystykseen lähtöä edeltäneistä tuntemuksistaan ja ajatuksistaan. Aineiston analyysia varten tutkimushenkilöt numeroitiin siinä järjestyksessä, kuin heidät haastateltiin.

4.1.2 Sähköiset sairauskertomusmerkinnät

Tutkimuksen pääasiallisen aineiston muodostivat tutkimushenkilöiden haastattelut. Osa-aineistona käytettiin kyseisten potilaiden päivystyskäyntiä koskeneita sähköisiä

sairauskertomusmerkintöjä. Paperisia potilastietoja, joihin osa esimerkiksi käynnin aikaisista seurantatiedoista ja annetusta lääkehoidosta päivystyksessä kirjataan, ei ollut käytettävissä.

Sähköiset sairauskertomustiedot hankittiin päivystyspoliklinikka Acutassa käytössä olevasta Miranda-tietojärjestelmästä. Päivystyksen lääkärin laatimasta sairauskertomustekstistä selvitettiin tutkimushenkilöiden taustatietojen osalta aiemmat sairaudet ja pitkäaikaissairaudet, käytössä oleva lääkitys sekä tämänkertaisen päivystyskäynnin osalta tulosityy, tehdyt tutkimukset ja toimenpiteet, diagnoosi ja jatkohoitosuunnitelma. Lisäksi selvitettiin edeltävän kolmen vuoden ajalta tutkimushenkilöiden päivystyskäynnit perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa käyntien lukumäärän, ajankohdan ja käyntisyiden osalta.

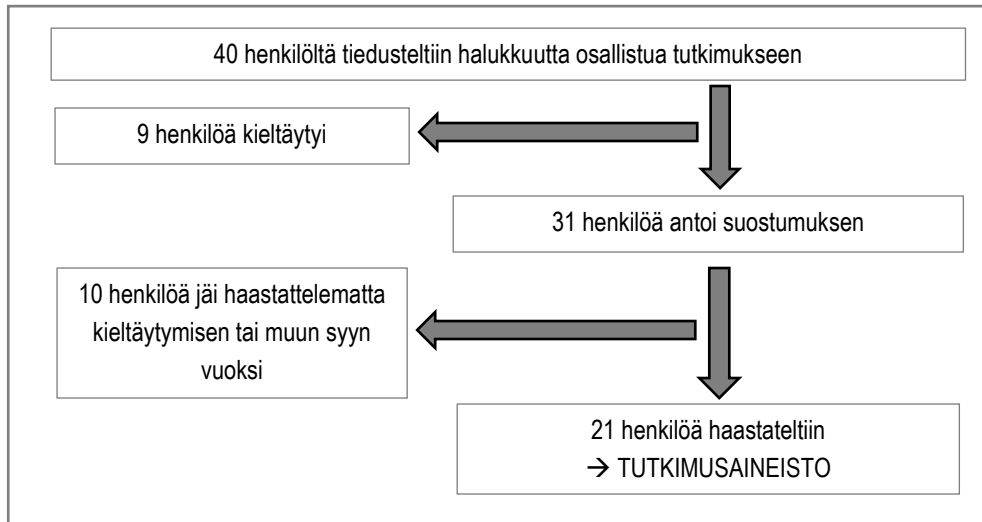
Muun aineiston tapaan sairauskertomustekstit analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Analyysissä hyödynnettiin tutkijan lääketieteellistä koulutusta ja sen suoma mahdollisuutta tarkastella päivystyskäyntejä yleisen lääketieteellisen tiedon valossa ja aiempaan tutkimustietoon vertaillen. Tutkimuksen pääpaino oli haastattelujen kokemusten ja laatuksitysten tarkastelussa. Katsottiin kuitenkin, ettei haastattelujen kokemusten kuvaaminen, tulkintojen tekeminen ja merkitysten ymmärtäminen ollut mahdollista ilman tietoa siitä kontekstista, johon nämä ilmiöt ja tulkinnat liittyivät. Sairauskertomusmerkinnöistä välittyvä kuva päivystyskäynnistä katsottiin keskeiseksi osaksi tätä kontekstia.

4.2 Aineiston kuvaus

4.2.1 Tutkimushenkilöitä koskevat taustatiedot

Halukkuutta tutkimukseen osallistumiseen kysyttiin 40 henkilöltä, joista yhdeksän kieltäytyi. Yhteystietonsa tutkijan yhteydenottoa varten antoi 31 henkilöä, joista kymmenen jäi haastattelematta joko kieltäytymisen, kuoleman, liian huonon terveydentilan tai sen vuoksi, ettei henkilöön saatu lukuisista yrityksistä huolimatta puhelimitse yhteyttä. Tutkimuksessa haastateltiin 21 henkilöä (kuvio 2). Tutkittavista 11 oli naisia. Keski-ikä oli 80 vuotta (vaihteluväli 74–94 v, mediaani 79 v). Kaikki haastatellut asuivat kotona, yhdeksän yksinään ja 12 puolison kanssa. Kahdella kävi kotihoito kerran viikossa. Haastateltujen päivystyskäynnit ajoittuivat aikavälille 29.8.–22.10.2012 ja haastattelut aikavälille 10.9.–14.11.2012. Väliaika päivystyskäynnin ja haastatteluajankohdan välillä oli keskimäärin 14,6 vuorokautta (vaihtelu 7–37 vrk, mediaani 12 vrk).

Henkilöitä haastateltiin heidän kotonaan lukuun ottamatta yhtä henkilöä, jota haastateltiin kuntoutusyksikössä. Haastateltujen taustatiedot iän, sukupuolen, sairauksien ja lääkityksen osalta on esitetty ohessa (taulukko 9).



Kuvio 2. Vuokaavio aineiston muodostumisesta.

Tutkimushenkilöiden rekrytoinnista vastanneet hoitajat olivat tiedustelleet ja saaneet suostumuksen tutkimukseen osallistumiseen yhdeltä henkilöltä, joka oli päivystykseen hakeutumisen hetkellä 74-vuotias. Asia havaittiin vasta, kun kyseinen henkilö oli jo haastateltu. Koska kyseinen henkilö vastasi lukuisten pitkäaikaissairauksiensa, monilääkityksensä ja jossain määrin heikentyneen toimintakykynsä perusteella aiemman kirjallisuuden mukaista ”tyypillistä” geriatrasta potilasta jopa paremmin kuin enemmistö häntä iäkkäämmistä haastatelluista ja koska tutkimuksen sisäänoton kriteeriksi asetettu 75 vuoden ikäraja katsottiin tutkimuksen aiheen ja laadullisen lähestymistavan kannalta enemmän ohjeelliseksi rajaksi kuin ehdottomaksi jaotteluksi ”iäkkään” ja ”ei-iäkkään” välillä, kyseisen henkilön katsottiin täyttävän tutkimuksessa tarkoitetun iäkkään päivystyspotilaan määritelmän. Näin ollen kyseisen henkilön haastattelu otettiin mukaan analyysiin.

Yksi haastateltava oli käynyt päivystyksessä viiden päivän sisällä kahdesti. Hänet oli rekrytoitu mukaan tutkimukseen jälkimmäisellä käynnillä. Ottaen huomioon käyntien ajallinen läheisyys sekä se, että potilas kertoi haastattelussa kokemuksistaan kummankin käynnin osalta, aineiston analysoinnissa otettiin molemmat käynnit tarkasteluun.

Taulukko 9. Haastateltujen ikä, sukupuoli, sairaudet ja lääkitys.

M / N*	Ikä (v)	Pitkäaikais- ja aiempia sairauksia**									Säännöllinen lääkitys (lääkkeiden lukumäärä)
		HTA	MCC / ASO	FA	CHF	KE / SLT	COPD / astma	DM	Syöpä		
1	M	77	+	-	-	-	+	-	-	-	6
2	M	79	+	+	-	-	-	-	-	+	8
3	N	77	+	+	-	-	-	+	+	-	11
4	N	74	+	+	+	+	-	-	+	-	10
5	M	77	+	+	-	-	+	-	+	+	3
6	N	77	+	-	-	+	-	+	-	-	6
7	M	83	+	+	+	+	-	-	-	-	7
8	M	78	+	+	-	-	-	-	-	-	9
9	M	94	+	+	+	+	-	-	-	-	6
10	M	77	+	-	+	-	-	+	-	+	8
11	M	81	+	+	-	-	-	-	+	-	7
12	N	84	+	+	-	-	-	-	-	-	3
13	N	83	-	-	-	-	-	-	-	+	2
14	M	79	+	-	+	+	-	-	-	-	7
15	N	90	+	-	-	-	-	-	-	-	5
16	M	84	-	-	-	-	-	-	-	-	2
17	N	75	+	-	-	-	-	-	-	-	4
18	N	78	-	-	-	-	-	-	-	+	1
19	N	78	-	-	-	-	-	+	-	-	(ei tietoa)
20	N	80	-	-	-	-	-	-	-	-	0
21	N	77	-	-	-	-	+	+	-	+	(ei tietoa)

* Haastateltujen sukupuoli: M = mies, N = nainen

** Taulukossa ei ole lueteltu kaikkia haastateltujen potilaiden pitkäaikais- ja aiempia sairauksia vaan vain joitain yleisimpiä ja merkittävimäksi katsottuja sairauksia. Lyhenteiden selitykset:

- Potilaalla on ko. sairaus (+) vs. potilaalla ei ole ko. sairautta (-)
- HTA = verenpainetauti ja/tai käytössä verenpainetta alentava lääkitys
- MCC / ASO = sepelvaltimotauti ja/ tai tukkiva valtimotauti
- FA = krooninen eteisvärinä
- CHF = krooninen sydämen vajaatoiminta
- COPD / astma = keuhkohtaumatauti ja/tai astma
- KE / SLT = aiemmin sairastettu keuhkoveritulppa tai alaraajan syvä laskimotukos
- DM = tablettihoitoinen aikuisiän diabetes (ruokavaliohoitoista diabetesta ei ole laskettu mukaan)
- Syöpä = aiemmin sairastettu tai ajankohtaisesti hoitoa vaativa pahanlaatuinen sairaus, joko karsinoma tai hematologinen maligniteetti; ihon tyvisolusyöpää ei ole laskettu mukaan

Pitkäaikais- ja aikaisempien sairauksiensa osalta haastateltavat olivat heterogeeninen ryhmä. Suurimmalla osalla oli yhdestä kolmeen ennusteellisesti merkittävää pitkäaikais-sairautta (esim. sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta, keuhkohtaumatauti

tai aktiivihoidoa vaativa syöpäsairaus) ja/tai aikaisemmin todettua vakavaa sairautta (esim. keuhkoveritulppa, sydäninfarkti, lonkkamurtuma, radikaalihoidettu syöpäsairaus tai elvytystä vaatinut kammiovärinä) sekä pari säännöllisellä lääkehoidolla tasapainossa pysyvää pitkäaikaissairautta (esim. verenpainetauti, astma, eteisvärinä, kilpirauhasen vajaatoiminta, eturauhasen hyvänlaatuinen liikakasvu tai tablettihoitoinen diabetes) ja yksittäisiä muita elämänlaatuun ja/tai toimintakykyyn vaikuttavia vaivoja (esim. nivelrikko tai virtsankarkailu). Ainoastaan yhdellä haastateltavalla ei ollut tiedossa mitään pitkäaikaissairauksia, joskin häneltä oli aiemmin hoidettu ihon tyvisylisyöpä. Toisessa ääripäässä oli muutama haastateltava, joilla oli useita pitkäaikais- sekä aikaisempia sairauksia. Kellään ei ollut diagnosoitua muistisairautta.

Haastateltavilla oli päivittäin säännöllisessä käytössä keskimäärin 5–6 lääkettä (vaihteluväli 0–11) ja keskimäärin yksi tarvittaessa otettava lääke (vaihteluväli 0–3). Vain yksi haastatelluista ei käyttänyt säännöllistä lääkitystä. Kahden henkilön ajankohtaista lääkitystietoa ei ollut sairauskertomuksesta saatavilla, mutta he itse kertoivat käyttävänsä 3–5 lääkettä päivittäin.

Edeltävän kolmen vuoden aikana 15 haastateltavaa oli käynyt kyseisellä päivystyspoliklinikalla vähintään kerran (keskimäärin 2,4 käyntiä henkilöä kohden, vaihteluväli 0–5 käyntiä). Käynneistä 84 % oli tehty perusterveydenhuollon ja loput suoraan erikoissairaanhoidon puolelle. Edeltävän vuoden aikana päivystyksessä oli käynyt vähintään kerran 12 haastateltavaa (keskimäärin yksi käynti/henkilö, vaihteluväli 0–4) ja edeltävän kuukauden sisällä neljä haastateltavaa (keskimäärin 0,2 käyntiä/henkilö, vaihteluväli 0–1).

4.2.2 Päivystyskäyntiä koskevat taustatiedot

Haastateltavien päivystyskäyntejä ajoittui kaikille eri viikonpäiville. Enemmistö oli hakeutunut päivystykseen noin kello 14–18 aikaan, neljä henkilöä puoliltapäivin, yksi aamuseitsemältä, yksi iltakahdeksalta ja yksi yöllä kolmen aikaan. Sähköisissä sairauskertomuksissa ei mainittu päivystykseen tulon ja sieltä poistumisen ajankohtia, mutta haastateltavien arvioon perustuen käyntien keskimääräinen kokonaiskesto oli 5–6 tuntia; aulapotiilailla 3–4 tuntia (vaihteluväli 2,5–6 tuntia) ja petipaikkapotiilailla 6–7 tuntia (vaihteluväli 3 tuntia – 1 vuorokausi). Vuorokauden mittainen käynti oli potilaalla, joka oli otettu päivystykseen yön yli seurantaan, ja mikäli häntä ei huomioida, pisin käynnin kokonaiskesto oli noin kahdeksan tuntia.

Enemmistö haastatelluista tuli päivystykseen kotoaan, kaksi kesämökiltä ja yksi kuntoutusyksiköstä. Kuusi henkilöä saapui ambulanssilla, seitsemän omaisen kyydillä, viisi taksilla, yksi omalla autolla ja yksi linja-autolla. Henkilö, joka kävi päivystyksessä viiden vuorokauden sisällä kahdesti, tuli ensimmäisellä kerralla omaisen kyydillä ja toisella kertaa ambulanssilla. Päivystyksessä kaikki ambulanssilla tulleet ja seitsemän muulla kyydillä tullutta potilasta oli sijoitettu petipaikoille. Kuusi henkilöä oli odottanut aulatilaisissa ja yksi oli ohjattu toimenpidehuoneeseen.

Sairauskertomukseen kirjattu tulosyö, päivystyskäynnillä asetettu diagnoosi sekä tutkijan arvio päivystyskäynnin aiheellisuudesta on kuvattu ohessa (taulukko 10). Samoin kunkin haastatellun päivystyskäynnin ajankohtaa, tehtyjä tutkimuksia ja jatkohoitoa koskevat seikat on esitetty tarkemmin erikseen (taulukko 11).

Enemmistöllä haastatelluista päivystyskäynnin syy oli kiireellistä hoitoa vaativa, potentiaalisesti vakava sairaus tai sellaisen poissulkemisen tarve. Kolmella henkilöllä oli kyse sydän- ja verenkiertoelimestön sairaudesta ja yhdellä sellaisen poissulkemisestä, neljällä alahengitystie- ja kahdella muusta infektiosta, kolmella kaatumisen aiheuttamasta ja yhdellä muusta tapaturmasta, kahdella ei-tapaturmaisesti kehittyneestä tuki- ja liikuntaelimestön vaivasta, kolmella jostain muusta sairaudesta tai oireesta ja kahdella oireettomasta tutkimuslöydöksestä.

Kaikille paitsi yhdelle haastateltavalle oli päivystyskäynnillä tehty ns. konetutkimuksia. Sydänfilmi (EKG) oli otettu kymmeneltä, virtsanäyte viideltä ja verikokeita 16 haastateltavalta. Kuvantamistutkimuksia oli tehty 16 haastateltavalle: yhdeksältä oli otettu keuhkokuva ja kuudelta vähintään yksi tuki- ja liikuntaelimestön natiiviröntgenkuva, yhdelle oli tehty ultraääni- ja yhdelle tietokonetomografiatutkimus.

Haastateltavista 12 kotiutui suoraan päivystyksestä. Yksi henkilö, joka oli käynyt päivystyksessä kahdesti viiden päivän sisällä, kotiutettiin ensimmäisellä ja lähetettiin osastohoitoon jälkimmäisellä kerralla. Hänen lisäksi seitsemän muuta henkilöä lähetettiin osastohoitoon: yksi keskussairaalan urologiselle osastolle, yksi kuntoutuslaitokseen ja kuusi kaupunginsairaalaan (kaksi geriatriselle, kaksi yleislääketieteen ja kaksi sisätautiosastolle). Lisäksi haastateltava, joka oli lähetetty päivystykseen kuntoutusjaksolta, palasi päivystyksestä kuntoutusyksikköön.

Sairauskertomusmerkinnöistä ilmeni, että noin puolelle niistä potilaista, jotka olivat kotiutuneet päivystyksestä, oli suunniteltu tai ehdotettu tehtäväksi jatkotutkimuksia tai -toimenpiteitä. Yhdelle oli tehty lähete ei-kiireelliseen leikkausharkintaan, yhdelle oli varattu aika terveysaseman sairaanhoitajalle ja viittä henkilöä oli kehoitettu ottamaan yhteyttä terveyskeskukseen kontrollikäynnin tai jatkotutkimusten järjestämiseksi tai päivystyksessä tehtyjen tutkimusten vastausten tiedustelemiseksi. Kymmenelle päivystyksestä kotiutuneelle potilaalle oli tehty yksi tai useampi lääkemuutos.

Taulukko 10. Tulosity, diagnoosi ja arvio käynnin aiheellisuudesta

	Kirjattu tulosity	Päivystyksessä asetettu diagnoosi (suluisia tutkijan kirjaama selvennys /lisätieto)	Tutkijan arvio päivystys-käynnin aiheellisuudesta
1	Selkäkipu jatkuu	M54.5 Dolores dorsi <i>(selkäkipu. Kipu oli alkanut 1,5kk aikai- semmin, ja potilas oli käynyt sen vuoksi kahdesti lääkärissä. Nyt yöllisen päivys- tykseen hakeutumisen syy oli haastatel- tavan kertoman mukaan kivun pahene- minen sietämättömäksi.)</i>	Subjekttiivisten oireiden voimakkuuden perus- teella aiheellinen
2	Rytmihäiriö- tuntemukset	I48 FA <i>(eteisvärinä. Kesto epäselvä.)</i>	Aiheellinen
3	Rva tulee yt:n laskun takia	R50.9 Febris NUD <i>(määrittämätön kuume. Potilas oli käynyt päivystyksessä myös neljä päivää aiem- min virtsarakkotulehduksen takia. Poti- laalla oli kertomansa mukaan nyt oireena myös voimakasta hengenahdistusta.)</i>	Aiheellinen
4	Nilkkamur- tuma, oma- lääkäri ohjaa kipsattavaksi	S52.2 Nilkka- murtuma <i>(ICD-10-diagnosikoodi väärä. Vamma oli sattunut 6 viikkoa aiemmin. Potilas oli hakeutunut terveyskeskukseen, jossa pari päivää myöhemmin oli otettu rönt- genkuva, ja omalääkäri lähetti potilaan päivystykseen nilkan kipsaamiseksi.)</i>	Hoidon tarve mutta ei päi- vystyksellisesti. Potilas ohjattiin päivystykseen terveydenhuollon ammat- tilaisen päätöksellä.
5	Oikean kyljen kipu	N20.9 Virtsa- kivi-epäily <i>(joka sittemmin varmistui)</i>	Aiheellinen
6	Limaisuus ja yskä	J20.9 <i>(keuhkoputkitulehdus)</i>	Aiheellinen sikäli, että kii- reellinen hoidon tarve ajoit- tui viikonloppuun; muutoin hoito olisi kenties voitu to- teuttaa terveysasemalla ns. päiväpäivystyksessä.
7	Rytmihäiriöt	R07.4 Määrit- tämätön rinta- kipu <i>(Käynnillä tehtiin tutkimuksia sydänpe- räisen syyn poissulkemiseksi.)</i>	Aiheellinen
8	Kotihoitajan lähettämänä koska kunto sen verran heikko, että kotona ei pär- jää, väsymys	S27.0 Status post hemo-/ pneumothorax traumatica <i>(Potilas oli kaatunut kuukautta aiemmin saaden kylkiluumurtumia, veri- ja ilma- rinnan.)</i>	Aiheellinen (tosin kirja- tusta tulositystä poiketen haastateltavan kertoman mukaan kehoitus päivys- tykseen hakeutumisesta ei tullut kotihoitajalta vaan toiselta sosiaali- ja terveysalan ammattilai- selta.)
		R53 Yleistilan lasku, kotona päriajamattö- myys <i>(Seuraavana päivänä todettiin hypo- natremia [P-Na 112mmol/l]. Päivystyks- sessä oli otettu verikokeita, mutta potilas oli siirretty jatkohoitoon ennen tulosten valmistumista.)</i>	

(taulukko 10 jatkuu)

	Kirjattu tulosyy	Päivystyksessä asetettu diagnoosi (suluissa tutkijan kirjaama selvennys /lisätieto)	Tutkijan arvio päivystyskäynnin aiheellisuudesta
9	Oikean alaraajan turvotus	R60.9 Määrittämätön turvotus <i>(Käynnillä tehtiin tutkimuksia ruusun ja syvän laskimotukoksen poissulkemiseksi.)</i>	Aiheellisuus epäselvä. Potilas lähetettiin päivystykseen terveydenhuollon ammattilaisen päätöksellä. Potilaan mielestä löydökset olivat vanhoja ja päivystyskäynti tarpeeton.
10	Hengenahdistus	J18.9 <i>(keuhkokuume)</i> J44.0 <i>(keuhkohtaumataudin pahenemismuutos)</i>	Aiheellinen
11	Vasemmassa jalassa ruusu	A46 Erysipelas <i>(ruusu eli ihon ja ihonalaiskudoksen bakteeri-infektio)</i>	Aiheellinen sikäli, että kiireellinen hoidon tarve ajoittui viikonloppuun; muutoin hoito olisi kenties voitu toteuttaa terveysasemalla ns. päiväpäivystyksessä.
12	Omalääkäri lähettää thoraxmuutoksen vuoksi	N39.0 Vti <i>(virtsatieinfektio. Haastateltavan kertoman perusteella arvioituna hänellä ei ollut virtsatieinfektion oireita, mutta päivystyksessä otetussa virtsanäytteessä havaittiin bakteriuriaa, ja potilaalle aloitettiin antibioottikuuri.)</i> J20.9 Bronkiitti <i>(keuhkoputkitulehdus. Oireena oli viikkoja kestänyt yskä. Terveyskeskuslääkäri ohjasi hänet päivystykseen, ja haastateltava kertoi lääkärin mainitseen lähettämisen syyksi tarpeen poissulkea keuhkoveritulppe. Tämä ei selvinnyt käyntitekstistä.)</i>	Hoidon tarve mutta ei päivystyksellisesti. Potilas lähetettiin päivystykseen terveydenhuollon ammattilaisen päätöksellä.
13	Kaatumisvammat	S72.8/ W01/ Y94.0 Vasemman trochanter majorin murtuma <i>(hyväasentoinen lonkkamurtuma, joka päädyttiin hoitamaan ilman leikkausta)</i>	Aiheellinen
14	Kuume ja yskä	J18.9 Pneumonia susp. <i>(keuhkokuume-epäily)</i>	Aiheellinen sikäli, että kiireellinen hoidon tarve ajoittui perjantai-iltapäivään. Potilas oli ensin yrittänyt saada aikaa terveyskeskuksesta. Muutoin hoito olisi kenties voitu toteuttaa terveysasemalla ns. päiväpäivystyksessä.

(taulukko 10 jatkuu)

	Kirjattu tulosy	Päivystyksessä asetettu diagnoosi (sulussa tutkijan kirjaama selvennys /lisätieto)	Tutkijan arvio päivystyskäynnin aiheellisuudesta
15	Hengenahdistus	I50.9 Sydämen vajaatoiminta I10 Hypertonia arterialis	(sydämen vajaatoiminta ja verenpainetauti) Aiheellinen
16	Vasen olkaluksoitunut	S43.0 Luxatio humeri I.sin habitualis	(vasemman olkanivelen toistuva sijoiltaanmeno) Aiheellinen
17	Huonovointisuus, rintatuntemukset, epäsäännöllinen syke	R00.0 Määrittämätön rytmihäiriö / tiheäyöntisyys I10 Essentiaalinen verenpainetauti ja LVH	(LVH: sydämen vasemman kamion seinämän paksuuntuminen) Aiheellinen
18	Kova kipu alaselässä	M54.3 Syndroma ischiadicum	(iskiaskipu) Kiireellinen hoidon tarve, mutta hoito olisi todennäköisesti voitu toteuttaa terveysasemalla ns. päiväpäivystyksessä. Potilas hakeutui päivystykseen, koska ei luottanut terveyskeskukseen.
19	Kotona kaatunut ja loukannut oikeaa lonkkaansa	S70.0 / W19 / Y94.0 Lonkan ruhje	(vamman taustalla kaatuminen samana iltana) Aiheellinen
20	Huimaus, muis-tamattomuus	H81.1 Hyvänlaatuinen asento huimaus, suspecta	(suspecta = epäilty. Sairauskertomuksessa arvioitiin huimauksen olevan "vasovagaalista", "ortostaattista" sekä "nikamavaltimoiden verenvirtauhäiriöstä johtuvaa", ja johtopäätelmänä mainittiin huimauksen olevan "mitä todennäköisimmin sekä niskajännityksestä että tasapainoistista asento huimausta". Perustelu diagnoosille jää epäselväksi.) Aiheellinen. Potilas hakeutui terveysasemalle, josta hänet ohjattiin päivystykseen. Jää epäselväksi, olisiko hoito voitu toteuttaa terveysasemalla ns. päiväpäivystyksessä.
21	INR 6.5	(ei kirjattua diagnosia)	(Varfariinilääkitystä käyttävä potilas oli käynyt kontrolliverikokeissa ja saanut tiedon INR-vastauksesta tekstiviestillä. Potilaan läheinen tiedusteli puhelimitse ohjeita terveyskeskuksesta, ja heitä kehoitettiin hakeutumaan päivystykseen. Potilas oli oireeton.) Todennäköisesti asia olisi voitu hoitaa puhelimitse ja käynti siten ei aiheellinen. Potilas ohjattiin päivystykseen terveydenhuollon ammattilaisen päätöksellä.

Taulukko 11. Käynnin ajankohta, tehdyt tutkimukset ja jatkohoito pääpiirteissään

	Tulo päiväkseen	Tehdyt tutkimukset*				Kotiutus vs. osastohoito; jatkosuunnitelma pääpiirteissään
		LAB	EKG	RTG	PLV	
1	To, n. klo 04	+	—	+	—	Kotiutus; oireenmukainen hoito
2	Ke, n. klo 16	+	+	+	—	Kotiutus; useita lääkemutoksia, suunniteltu rytminsiirtoa jatkoon, aika hoitajalle lääkeohjaukseen
3**	La, n. klo 10;	—	—	—	+	Kotiutus; tutkimusvastausten odottaminen ja siihen asti oireenmukainen hoito
	Ke, n. klo 16	+	—	+	+	Osastohoito; verikoekontrolli seur. päivänä
4	Ke, n. klo 17	+	+	+	—	Osastohoito, koska arvioitiin, ettei potilas pärjäisi kotona kipsin kanssa
5	Ti, n. klo 20	+	+	+	+	Osastohoito; toimenpide
6	Su, n. klo 11	+	+	+	—	Kotiutus; antibioottikuuri ja oireenmukainen hoito
7	Ti, n. klo 14	+	+	—	—	Kotiutus; ei muutoksia hoitoon
8	Ke, päivällä	+	+	+	—	Osastohoito kuntoutusosastolla; verikoekontrollit ja nesteytys
9	Su, n. klo 11	+	+	+	+	Palasi jatkamaan kuntoutusjaksoa; suositeltiin jatkotutkimuksia omalääkärin toimesta
10	Su, päivällä	+	+	+	—	Osastohoito; antibiootin aloitus, oireenmukainen hoito ja verikoekontrollit
11	Su, n. klo 14	+	—	—	—	Kotiutus; antibioottikuuri, oireenmukainen hoito ja kontrolli terveysasemalla
12	Pe, n. klo 15	+	+	—	+	Kotiutus; antibioottikuuri ja oireenmukainen hoito
13	To, n. klo 07	—	—	+	—	Osastohoito; oireenmukainen hoito
14	Pe, n. klo 18	+	—	+	—	Osastohoito; antibiootin aloitus ja verikoekontrolli
15	Pe, n. klo 11	+	+	+	—	Osastohoito; diureetin aloitus ja verikoekontrolli
16	Ma, n. klo 17	—	—	+	—	Kotiutus; lähete toimenpideharkintaan
17	Ma, n. klo 18	+	+	+	—	Kotiutus; verenpainelääkityksen muutos ja suositeltiin jatkotutkimuksia omalääkärin toimesta
18	Ma, n. klo 12	—	—	+	—	Kotiutus; oireenmukainen hoito
19	Ma, n. klo 18	—	—	+	—	Kotiutus; oireenmukainen hoito
20	Ma, n. klo 15	+	—	—	+	Kotiutus; oireenmukainen hoito
21	Ma, n. klo 18	—	—	—	—	Kotiutus; varfariinilääkityksen tauotus ja seurantaohjeistus

* Lyhenteiden selitykset:

- Potilaalle tehtiin ko. tutkimus (+) vs. potilaalle ei tehty ko. tutkimusta (—)
- LAB = verikoikeita (mukaan ei ole laskettu ns. vierimittauksia kuten verensokerin tai C-reaktiivisen proteiinin [CRP] pikamääritystä)
- EKG = ”sydänfilmi”, elektrokardiogrammi
- RTG = yksi tai useampi kuvantamistutkimus; natiiviröntgenkuvaus, tietokonetomografia ja/tai ultraäänitutkimus
- PLV = (puhtaasti laskettu) virtsanäyte

** Haastateltavalla (3) oli kaksi päivystyskäyntiä viiden vuorokauden sisällä

4.3 Menetelmät

4.3.1 Teemahaastattelu

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu, kohdennettu haastattelumenetelmä, jossa keskitytään haastateltavan henkilön subjektiivisiin kokemuksiin tietystä tilanteesta (Hirsjärvi & Hurme 2008, s. 47–48, Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 75–77). Puolistrukturoiduille haastattelumenetelmille ominaista on, että jokin haastattelun näkökohta – kuten kysymysten sanamuoto tai sisältö – on ennalta sovittu, mutta kaikkia yksityiskohtia – esimerkiksi vastausvaihtoehtoja tai kysymysten esittämisjärjestystä – ei ole lyöty lukkoon. Tämä erottaa puolistrukturoidut haastattelumenetelmät standardoidusta lomakehaastattelusta ja toisaalta avoimin kysymyksin etenevästä keskustelusta tai syvähaastattelusta. (Hirsjärvi & Hurme 2008, s. 47) Tietyistä muista puolistrukturoidusta haastattelumenetelmistä poiketen teemahaastattelulle on tyypillistä, että haastattelun aihepiirit eli teema-alueet ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat (Eskola & Suoranta 1998, s. 87, Hirsjärvi & Hurme 2008, s. 47–48, Hirsjärvi ym. 2009, s. 208). Haastattelun edetessä yksityiskohtaisten kysymysten sijaan tiettyjen teemojen varassa haastateltavien näkökulma pääsee tutkijan näkemysten takaa paremmin esiin (Hirsjärvi & Hurme 2008, s. 47–48).

Teemahaastattelussa korostetaan ihmisten tulkintoja tietyistä tilanteista, asioille annettuja merkityksiä sekä merkitysten rakentumista vuorovaikutuksessa (Hirsjärvi & Hurme 2008, s. 47–48, Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 75). Teemahaastattelussa tutkija selvittää alustavasti ennen haastatteluihin ryhtymistä tutkittavan ilmiön oletettavasti tärkeitä piirteitä, joiden perustella laaditaan haastattelurunko (Hirsjärvi & Hurme 2008, s. 47–48, 65–72). Teemahaastattelu tyypillisesti sisältää suuren joukon erityyppisiä kysymyksiä. Kysymyksiä voidaan ryhmitellä monin eri tavoin: Yksi vaihtoehto on jakaa kysymykset 1) pääkysymyksiin, jotka muodostavat kehyksen koko haastattelulle, 2) tarkentaviin kysymyksiin, joiden tehtävä on rohkaista haastateltava täydentämään tai selittämään vastauksiaan, sekä 3) jatkokysymyksiin, jotka tuovat uusia näkökulmia asiaan. Sisällöllisesti kysymykset voidaan puolestaan jakaa karkeasti esimerkiksi tosiasia- ja mielipidekysymyksiin. Toisaalta on yleistä, että haastattelu aloitetaan jollain laajalla, helpolla avauskysymyksellä ja että yleisistä kysymyksistä edetään spesifimpiin kysymyksiin. Keinoja jäsentää haastattelutilannetta ovat myös esimerkiksi haastattelijan esittämät toteamukset ja haastateltavan vastausten toistaminen tai tiivistäminen sekä tämän muistin virkistäminen. (Hirsjärvi & Hurme 2008, s. 102–112)

Tutkimuksessa käytetty teemahaastattelurunko (liite 3) laadittiin aihetta koskevaan aiempaan kirjallisuuteen perehtymisen jälkeen. Jokainen haastattelu aloitettiin lyhyellä maininnalla siitä, että haastattelijä tekee väitöskirjatutkimusta koskien iäkkäiden potilaiden hoitoa päivystyksessä. Tämän jälkeen haastateltavaa pyydettiin kertomaan päivystyskäynnistään. Haastatteluissa edettiin avoimin kysymyksiin, joiden järjestystä ja sanamuotoa voitiin muokata tilannekohtaisesti esimerkiksi haastateltavan aiempien vastausten pohjalta. Kysymyksiin ei annettu ennalta vastausvaihtoehtoja. Tarvittaessa haastateltaville esitettiin täydentäviä tai selventäviä lisäkysymyksiä. Haastattelurungon mukaisia kysymyksiä voitiin jättää pois, mikäli haastateltava oli antanut niihin vastauksen jo muiden kysymysten yhteydessä. Tavoitteena oli, että kaikki haastattelurungossa mainitut teemat tulisivat haastattelun aikana jollain tapaa käsitellyiksi. Muutaman haastateltavan kohdalla vaikeus muistaa tarkasti kaikkia päivystyskäynnin yksityiskohtia tai väsyminen kesken haastattelun rajoitti joidenkin teemojen käsitteilyä.

Haastattelut nauhoitettiin ja sitten tutkijan toimesta litteroitiin eli saatettiin puhuttu aineisto kirjalliseen muotoon kuuntelemalla haastattelunauhoitukset useaan kertaan ja kirjoittamalla ne sanatarkasti auki. Haastateltavien naurahdukset, eleet ja muu ei-verbaalinen viestintä kirjattiin litteroituun aineistoon, mutta esimerkiksi puheessa pidettyjen taukojen pituutta ei katsottu tarpeelliseksi merkitä tarkasti. Tutkimusraportin tulososion sitaateissa haastateltavien puhe on pyritty esittämään lukijalle ymmärrettävässä muodossa esimerkiksi välimerkkejä virkkeissä käyttäen mutta samalla haastateltavien alkuperäinen ilmaisutapa ja puhekielisyys säilyttäen. Osassa haastatteluotteista on korvattu kahdella viivalla (--) sellaisia sanoja tai ilmaisuja, joiden poisjättämisen ei katsottu muuttavan haastatteluotteen sisältöä merkittävästi ja joiden korvaamisen arvioitiin tekevän sitaatin sujuvammaksi lukea (esim. ilmaisut ”niinku” ja ”että sitä että tuota noin”).

4.3.2 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Haastatteluin kerätty aineisto analysoitiin käyttäen kahta laadullista analyysimenetelmää: aineistolähtöistä sisällönanalyysiä sekä jäsenkategoria-analyysiä.

Sisällönanalyysi on laadullisessa tutkimuksessa yleisesti käytetty menetelmä kirjallisen, verbaalisen tai visuaalisen kommunikaation keinoin tuotetun aineiston analyysiin (Elo & Kyngäs 2008). Tavoitteena sisällönanalyysissä on aineiston sisällöllisten väittämien tunnistaminen ja inhimillisten merkitysten ymmärtäminen (Kylmä ym.

2008, Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 104). Tutkittava ilmiö pyritään kuvaamaan mahdollisimman tiiviissä ja selkeässä muodossa kadottamatta kuitenkaan sen merkityssisältöä, jolloin pätevien johtopäätösten tekeminen tulee mahdolliseksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 108).

Sisällönanalysille ei ole yhtä tiettyä määritelmää. Alun perin sillä on tarkoitettu tekstin tai muun kommunikaation ilmeisen sisällön objektiivista, systemaattista ja kvantitatiivista kuvaamista, mutta vähitellen käsite on laajentunut tarkoittamaan myös kvalitatiivista sisällön tarkastelua ja tekstin piilotetun sisällön tulkintaa (Graneheim & Lundman 2004, Hsieh & Shannon 2005). Nykyisin tunnetaan sekä laadullinen että määrällinen sisällönanalyysi, joista jälkimmäistä voidaan kutsua myös sisällön erittelyksi. Siinä missä kvantitatiivinen sisällön erittely kuvaa aineiston ilmeisiä ominaisuuksia kuten tiettyjen sanojen tai ilmausten toistumistiheyttä numeerisessa ja tilastollisessa muodossa, laadullisella sisällönanalysillä pyritään kuvaamaan tekstiä sanallisesti sekä löytämään myös rivien väliin piilotettuja merkityksiä, joista tehtyjen tulkintojen ja päätelmien avulla on mahdollista vastata tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 105–107, Krippendorff 2013, s. 88–90) Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen analyysitapa eivät kuitenkaan ole toisensa poissulkevia vaan toisiaan täydentäviä ja usein yhdessä käytettyjä menetelmiä, joiden antama informaatio on aivan yhtä validia mutta erilaista (Kylmä ym. 2008, Krippendorff 2013, s. 22–26, s. 88–90).

Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa joko aineisto- tai teorialähtöisesti. Aineistolähtöinen analyysi pyrkii teoreettisen kokonaisuuden luomiseen aineistosta nousevien havaintojen pohjalta ja etenee usein induktiivisesti eli yksittäisistä havainnoista yleiskuvaukseen. Induktiivinen lähestymistapa on suositeltavin silloin, kun aiheesta ei ole riittävästi aiempaa tietoa tai tieto on pirstaleista. Tavoitteena aineistolähtöisessä sisällönanalysissä on ymmärtää tutkittavien henkilöiden kuvaamaa merkityskokonaisuutta. (Kylmä ym. 2008, Elo & Kynge 2008, Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 95–103, Krippendorff 2013, s. 41–43) Ennakkoon valittuja kategorioita vältetään ja sen sijaan käsitteiden annetaan muotoutua aineiston pohjalta (Hsieh & Shannon 2005). Teorialähtöinen sisällönanalyysi sen sijaan nojaa deduktiiviseen eli yleisestä yksittäiseen etenevään päättelyyn ja soveltuu jonkin aiemman teorian tai ajattelumallin testaamiseen uudessa kontekstissa sekä teoreettisten käsitysten uudistamiseen (Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 95–100, Krippendorff 2013, s. 41–43, Vilka 2015, s. 170–171). Jotkut tutkijat erottavat vielä abduktiivista päättelytapaa hyödyntävän, teoriaohjaavan analyysin, jossa edetään osittain aineistolähtöisesti ja osittain valmiiden teoreettisten mallien ohjaamana (Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 96–97, Krippendorff 2013, s. 41–43).

Tässä tutkimuksessa käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Siihen kuuluu useita eri vaiheita (Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 105):

- Haastattelujen kuunteleminen ja aukikirjoitus sana sanalta eli litterointi
- Haastattelujen lukeminen ja sisältöön perehtyminen
- Pelkistettyjen ilmausten etsiminen ja alleviivaaminen
- Pelkistettyjen ilmausten listaaminen
- Samankaltaisuuksien ja erilaisuuksien etsiminen pelkistetyistä ilmauksista
- Pelkistettyjen ilmauksien yhdistäminen ja alaluokkien muodostaminen
- Alaluokkien yhdistäminen ja yläluokkien muodostaminen niistä
- Yläluokkien yhdistäminen ja kokoavan käsitteen muodostaminen

Valmisteluvaiheessa pyritään aineiston kokonaisuuden hahmottamiseen aineistoa toistuvasti lukemalla ja sen sisältöön tarkasti perehtymällä (Hsieh & Shannon 2005, Kylmä ym. 2008, Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 108–109). Tämän jälkeen siirrytään aineiston yksityiskohtaiseen ja systemaattiseen analyysiin. Yksityiskohtainen analyysi alkaa reduktio- eli tiivistämis- tai pelkistämisvaiheella, jossa aineisto luokitellaan karkeasti erilaisiin alaryhmiin analyysiyksiköiden (merkitysyksiköiden) avulla. (Hsieh & Shannon 2005, Elo & Kyngäs 2008, Kylmä ym. 2008, Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 109–110) Analyysiyksikkö voi olla esimerkiksi yksittäinen sana, lauseen osa tai useita virkkeitä sisältävä ajatuskokonaisuus (Graneheim & Lundman 2004, Elo & Kyngäs 2008, Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 109–110, Vilka 2015, s. 164). Aineistossa olevat alkuperäiset ilmaukset pelkistetään tai tiivistetään niin, että niiden olennainen sisältö säilyy (Kylmä ym. 2008). Tämä voi tapahtua esimerkiksi muistiinpanoja tekemällä tai alleviivaamalla aineistossa esiintyvät ilmaukset, kirjoittamalla pelkistetyt ilmaukset marginaaliin ja sitten kokoamalla ne erilliselle konseptille (Hsieh & Shannon 2005, Elo & Kyngäs 2008, Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 109–110). Pelkistäminen on kuitenkin huono termi siinä mielessä, ettei reduktion tarkoituksena ole tiedon määrän vähentäminen vaan päinvastoin aineiston informaatioarvon lisääminen luomalla hajanaisesta aineistosta yhtenäisen ja mielekäs kokonaisuus (Eskola & Suoranta 1998, s. 138, Kylmä ym. 2008, Elo & Kyngäs 2008, Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 108–109).

Tämän jälkeen alkaa kategorisointi- eli ryhmittelyvaihe, jossa aineisto järjestellään uudelleen tarkastelemalla pelkistettyjen ilmausten eroja ja yhtäläisyyksiä. Luokkia yhdistellään kokoamalla samankaltaisuuksia tai säännönmukaisuuksia sisältävät ilmaukset alaluokiksi, nämä edelleen yläluokiksi ja nämä pääluokiksi sekä mahdollisesti nämä vielä yhdistäviksi luokiksi. (Graneheim & Lundman 2004, Hsieh & Shannon

2005, Elo & Kyngäs 2008, Kylmä ym. 2008, Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 109–111) Ryhmittelyä tehdään sen mukaan, mitä tutkimusaineistosta ollaan etsimässä (Vilka 2015, s. 164). Kukin luokka nimetään niiden sisällön mukaan (Hsieh & Shannon 2005, Elo & Kyngäs 2008, Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 110–111). Luokittelua jatketaan niin pitkälle kuin se on mielekästä, ja koko ajan kategorioita luotaessa arvioidaan kunkin luokan tarpeellisuutta, painoarvoa ja luokkien yhteyttä toisiinsa (Hirsjärvi & Hurme 2008, s. 147–149, Elo & Kyngäs 2008). Luokkien tulisi mieluiten olla toisensa poissulkevia, mutta laadullisissa analyysissä ne voivat olla myös osittain toisensa peittäviä (Graneheim & Lundman 2004).

Keskeinen osa analyysiä on abstrahointi eli käsitteellistäminen, joka alkaa jo ryhmittelyä tehtäessä (Kylmä ym. 2008, Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 111). Abstrahointi tarkoittaa yleiskäsitteen muodostamista tutkittavasta aiheesta pelkistysten ja luokitteluiden avulla (Elo & Kyngäs 2008). Abstrahoinnissa edetään siis aineiston alkuperäisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 111). Tutkimuksen tuloksena ryhmittelyistä muodostuu käsitteitä, luokitteluita tai teoreettinen malli, ja tuloksen avulla yritetään ymmärtää tutkittavien kuvaamaa merkityskokonaisuutta (Vilka 2015, s. 164). Johtopäätöksiä tehtäessä päämääränä onkin ymmärtää, mitä asiat tutkittaville henkilöille merkitsevät (Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 110–113). Näin on edetty aineiston analyysistä synteisivaiheeseen, jossa pyritään luomaan tutkittavasta ilmiöstä kokonaiskuva ja esittämään se tiiviimmässä, syvällisemmässä perspektiivissä (Hirsjärvi & Hurme 2008, s. 143–144, Elo & Kyngäs 2008). Ryhmittelyn ja abstrahoinnin avulla rakennettu synteesi (kokoava ja yhdistävä esitys) antaa siten vastauksen tutkimuksen tarkoituksiin ja tehtäviin (Kylmä ym. 2008).

Esimerkki aineiston redusoinnista ja ryhmittelystä on esitetty ohessa (taulukko 12). Vasemmalla on esitetty aineistosta otettu alkuperäinen ilmaus. Sitaatin perässä suluissa on asian maininnee haastateltavan tunnusnumero. Seuraavassa sarakkeessa on sama asia pelkistettynä ilmauksena. Pelkistetyt ilmaukset on koottu alaluokiksi ja nämä edelleen yläluokiksi. Taulukossa on esitetty vain yksi yläluokka (*oireiden lievittämisen tarve*) ja sen molemmat alaluokat (*sietämättömät fyysiset oireet; toimintakykyä heikentävät oireet*). Nämä alaluokat muodostavista pelkistetyistä ilmauksista ja alkuperäisistä ilmauksista on näiden suuresta määrästä johtuen esitetty tässä vain muutama esimerkki.

Taulukko 12. Esimerkki aineiston redusoinnista ja ryhmittelystä

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS	ALA-LUOKKA	YLÄ-LUOKKA
<i>Semmonen polttava kipu, se on niin äärettömän tuskallinen se kipu</i> (1)	Kova kipu	Sietämättömät fyysiset oireet	Oireiden lievittämisen tarve
<i>Ottaa niin pirusti tonne kylkeen</i> (5)			
<i>Rupes hengenahdistusta olemaan, ei tahtonu, oikeen vinku silleen ku hengitti</i> (3)	Voimakas hengenahdistus		
<i>Hengitys oli ihan tukossa</i> (10)	Kotona pärjäämättömyys	Toimintakykyä heikentävät oireet	
<i>Tiän jotta kun yksin kun on, niin ei sitä pärjää</i> (3)			
<i>Mä aattelin etten mä uskalla jäädä kotiin</i> (15)	Liikkumisvaikeudet		
<i>Ku ei enää pystyssäkään tahtonu pysyä</i> (20)			
<i>Tuntuu ettei saa jalkaa liikkeelle, se vie niin voimattomaksi</i> (17)			

Toisessa esimerkissä (taulukko 13) on havainnollistettu, miten alaluokat yhdistyivät yläluokiksi ja ne edelleen pääluokiksi. Taulukossa on esitetty kaikki ne ala- ja yläluokat, jotka sama pääluokka (*pakottava avuntarve*) kattaa.

Taulukko 13. Esimerkki ala- ja yläluokkien yhdistymisestä pääluokaksi

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Sietämättömät fyysiset oireet	Oireiden lievittämisen tarve	Pakottava avuntarve
Toimintakykyä heikentävät oireet		
Pelko vakavasta sairaudesta	Pelkojen ja huolien lievittämisen tarve	
Epätietoisuus ja epävarmuus tilanteen vakavuudesta		
Käsitykset ongelman aiheuttajasta	Hoidon ja tutkimusten tarve	
Käsitykset tutkimusten tarpeellisuudesta		
Käsitykset tarvittavasta hoidosta		
Läheisten käsitykset avuntarpeesta	Muiden ihmisten käsitykset avuntarpeesta	
Hoitotalon ammattilaisten käsitykset avuntarpeesta		
Sivullisten käsitykset avuntarpeesta		

Kolmannessa esimerkissä (taulukko 14) on kuvattu, miten pääluokat muodostivat yhdistäviä luokkia. Esimerkissä yhdistävä luokka kuvaa sitä, miten päätöksessä päivitykseen hakeutumisesta keskeisiä seikkoja olivat sekä kokemus pakottavasta avuntarpeesta että erilaiset puoltavat ja jarruttavat tekijät.

Taulukko 14. Esimerkki pääluokkien muodostamista yhdistävistä luokista

YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ LUOKKA
Oireiden lievittämisen tarve		
Pelkojen ja huolien lievittämisen tarve		
Hoidon ja tutkimusten tarve	Pakottava avuntarve	
Muiden ihmisten käsitykset avuntarpeesta		Päätös päivystykseen hakeutumisesta
Päivystykseen hakeutumisen vaihtoehtojen puute	Päivystykseen lähtöä puoltaneet tekijät	
Luottamus avun saamiseen päivystyksestä		
Päivystykseen hakeutumisen vaihtoehdot	Päivystykseen lähtöä jarruttaneet tekijät	
Epäluottamus avun saamiseen päivystyksestä		

Luokitteluiden suuren määrän vuoksi tutkimuksen tulososiossa ei ole esitetty niitä kaikkia vaan ainoastaan tutkimuskokonaisuuden kannalta tärkeimmät ja havainnollisimmat luokittelut. Luokittelu näkyy tulososion rakenteessa ja otsikoinneissa: yhdistävät luokat ovat tulososion suuria aihekokonaisuuksia, pääluokat niiden alaotsikoita ja yläluokat puolestaan niiden alaotsikoita.

4.3.3 Jäsenkategoria-analyysi

Toisena analyysimenetelmänä tutkimuksessa käytettiin jäsenkategoria-analyysiä.

Jäsenkategoria-analyysi kytkeytyy vahvasti ns. etnometodologiseen tutkimusperinteeseen. Yhdysvaltalaisen sosiologin Harold Garfinkelin 1950-luvulla kehittämässä etnometodologisessa lähestymistavassa ollaan kiinnostuneita siitä, miten ihmiset kohdatessaan toisiaan tuottavat, ylläpitävät ja ymmärtävät arkielämän sosiaalista järjestystä omalla toiminnallaan ja omien itsestään selvänä pidettyjen ajatusmallien ja tapojensa kautta. (Firth 2009, s. 66–67, Jokinen ym. 2012 s. 20–22) Etnometodologian tarkoituksena ei ole tuottaa selityksiä ihmisten käyttäytymisestä, arvoista tai päätöksistä vaan selvittää, miten ihmiset itse tekevät niitä selonteoissaan ja kuvauksissaan ymmärrettäviksi (Jokinen ym. 2012, s. 23). Etnometodologiassa keskeisiä käsitteitä ovat seuraavat (Firth 2009, s. 70–73, Jokinen ym. 2012, s. 20–22):

- Arkielämä (ihmisten keskinäinen toiminta jokapäiväisessä elämässä, ”tässä ja nyt”)
- Arkielämän metodit ja käytännöt (se, miten ihmiset tekevät päätelmiä toistensa toiminnasta ja suhteuttavat siihen oman toimintansa)

- Selonteot (erilaiset kuvaukset ja selitykset, joilla asiat ja teot tehdään ymmärrettäväksi eli joilla arkielämän metodit ja käytännön järjeilyt tehdään näkyviksi)
- Selontekovelvollisuus (korostunut tarve selontekoihin poikkeaviksi tulkituissa tilanteissa)
- Sosiaalinen järjestys (joka syntyy edellä mainittujen yhteissummana)
- Indeksikaalisuus (tilanteinen koodaaminen; sosiaalinen järjestys ei ole tilanteesta ulkopuolisten yleisten normien noudattamista vaan tilanteisesti tulkittujen ja tarkentuvien käytäntöjen ylläpitoa; lähikäsitteenä kontekstuaalisuus)
- Refleksiivisyys (tilanteinen järjeily, jonka avulla ihmiset soveltavat normeja ja sääntöjä arkielämän vaihtelevissa tilanteissa)

Etnometodologian yksi ydinajatus on, että yhteisöllinen jäsenyys saa ihmiset näkemään jokapäiväisen elämän siihen liittyvien tapoineen ja rutineineen itsestäänselvänä ja normaalina. Normaalisuus puolestaan tuottaa moraalista järjestystä eli kulttuurista tietoa siitä, miten eri tilanteissa tulee toimia ja käyttäytyä. Moraaliset järjestykset paljastuvat, kun jokapäiväiset rutinit eivät sujukaan ennakoidusti. Sillä henkilöllä, joka on murtanut moraalisen järjestyksen toimimalla odotusten ja yhteisten ”itsestäänselvien” pelisääntöjen vastaisesti, on selontekovelvollisuus. Kun poikkeavuus on selontekojen kautta saanut selityksensä, palataan taas normaaleihin rutineihin. (Jokinen ym. 2012, s. 132–134, 141)

Etnometodologia on myöhemmin jakautunut moniin suuntauksiin, joista yksi on yhdysvaltalaisen Harvey Sacksin kehittämä jäsenkategoria-analyysi (*myös jäsenyyuskategorisaatioanalyysi, JKA; membership categorization analysis, MCA*) (Lepper 2000, s. 2–4, Nikander 2010, s. 243, Jokinen ym. 2012, s. 24–25). Jäsenkategoria-analyysi lähtee ajatuksesta, että ihmisten ja asioiden luokittelu on keskeinen osa ihmisten keskinäistä kanssakäymistä. Ilman luokitteluita ihmisten olisi mahdotonta ymmärtää toisiaan erilaisissa tilanteissa ja koordinoida yhteistä toimintaa. Tätä luokittelua kutsutaan kategorisoinniksi tai kategorisaatioksi ja luokittelun pohjalta syntyneitä nimeämisiä kategorioiksi. (Jokinen ym. 2012, s. 18–19) Arkielämässä ihmiset tunnistetaan sijoittamalla heidät erilaisten kategorioiden jäseniksi ja orientoitumalla toiminnassa näiden kategorioiden mukaisesti (Jokinen ym. 2012, s. 27).

Jäsenkategoria-analyysin keskeisiä käsitteitä ovat kategoria, kategoriakokoelma ja -pari, kategoriasidonnainen toiminta, jäsenyyuskategorisaatioväline sekä erilaiset jäsenyyuskategorisoinnin soveltamissäännöt (Nikander 2010, s. 243–244, Jokinen ym. 2012, s. 27, Stokoe 2012). Analyysimenetelmän kehittäjä Sacks tarkoitti kategorioilla nimenomaan ihmisiä; Sacksin jälkeen tosin on kiinnostuttu myös ei-personoiduista kategorisoinneista kuten fyysisten objektien, ympäristöjen ja paikkojen luokitteluista

(Lepper 2000, s. 25–27, Housley & Fitzgerald 2002, Nikander 2010, s. 247, Jokinen ym. 2012, s. 27, 55–58). Osa tutkijoista erottelee toisistaan vielä jäsenkategoriat ja jäsenkategorisaatiot. Tällöin ensin mainitut ovat luokitteluita, joita ihmiset käyttävät rutiininomaisemmin arjessa (*esim. nainen, eläkeläinen, potilas*), ja jälkimmäiset taas rakennetaan enemmän tilannesidonnaisesti ja muodostetaan käyttäen sekä kategoriaa että adjektiivia (*esim. iäkäs mies, mukava lääkäri*). (Järviluoma & Roivainen 1997) Jäsenkategorioista muodostuu kategoriapareja, joiden kulttuurisesti oletetaan kuuluvan yhteen (*esim. nainen – mies, potilas – lääkäri*), sekä tiimin kaltaisia kategoriakokoelmia (*esim. isä, äiti ja lapset muodostavat perheen kokoelman*) (Nikander 2010, s. 244, Jokinen ym. 2012, s. 27–30, Stokoe 2012). Kategoriakokoelmaan kuuluvat, toisiinsa liittyvät kategoriat positioituvat usein hierarkkisesti toisiinsa (*esim. johtaja – työntekijä*) (Jokinen ym. 2012, s. 27–30, Stokoe 2012).

Kategoriasidonnaisilla toiminnoilla tarkoitetaan, että kuullessaan yksittäisen kategorian ihmiset liittävät siihen kulttuurisesti tyypillisiä toimintoja (*esim. lapsi leikkii, muistisairas unohtelee*) (Nikander 2010, s. 244, Jokinen ym. 2012, s. 27). Toimintojen lisäksi kategorioihin voidaan liittää myös muita määreitä, kuten kategoriasidonnaisia piirteitä eli ”luonnollisia” ominaisuuksia, motiiveja, oikeuksia ja velvollisuuksia sekä tietoja ja kompetenssia, joita tiettyyn kategoriaan sijoitetulla ihmisellä tyypillisesti oletetaan olevan (Järviluoma & Roivainen 1997, Housley & Fitzgerald 2002, Jokinen ym. 2012, s. 59–63, Stokoe 2012). Vastaavasti voidaan kiinnittää huomio niihin ominaisuuksiin ja toimintaan, jotka eivät ole tiettyyn kategoriaan sijoitetulle ihmiselle toivottuja tai odotettuja (Nikander 2010, s. 245).

Kategoriakokoelman ja siihen liittyvien soveltamissääntöjen yhdistelmää kutsutaan jäsenkategorisointivälineeksi (Lepper 2000, s. 17, Jokinen ym. 2012, s. 27–29). Taloudellisuus- eli tehokkuussääntö tarkoittaa, että yleensä tilanteessa yhden kategorian käyttäminen riittää henkilön kuvaamiseen, eikä lisäluokitteluita välttämättä tarvita (*esim. henkilö voidaan kuvata Alzheimer-potilaaksi, eikä lisäluokitteluita 73-vuotiaaksi, eläkkeellä olevaksi ja entiseksi opettajaksi välttämättä tarvita*). Näin on siitäkin huolimatta, että jokainen ihminen on mahdollista kategorisoida lukuisin eri tavoin. (Järviluoma & Roivainen 1997, Lepper 2000, s. 19, Jokinen ym. 2012, s. 27–29) Kategorioiden tekeminen sisältääkin aina tilannesidonnaista valintaa (Jokinen ym. 2012, s. 49–52). Johdonmukaisuussääntö tarkoittaa, että yhden ihmisen saama kategorisaatio johdattaa kategorisoimaan muutkin ihmiset saman kategoriakokoelman jäsenyyden kautta (*esim. isästä ja tyttärestä puhuminen johdattaa tulkitsemaan, että henkilöt ovat nimenomaan toistensa isä ja tytär eli saman perheen jäseniä*) (Lepper 2000, s. 18–19, Jokinen ym. 2012, s. 29, Stokoe 2012). Kuulijan maksimi puolestaan tarkoittaa, että jos eri kategoriat on mahdollista kuulla saman kokoelman jäsenyyksinä, ne yleensä kuullaan niin (*esim. isä,*

äiti ja vauva luokituvat saman kategoriakokoelman eli perheen jäseniksi) (Jokinen ym. 2012, s. 29, Stokoe 2012).

Se, miten kategoria valitaan ja kuka kategorian määrittää, vaikuttaa kategorisoinnin seurauksiin. Olennainen merkitys on esimerkiksi sillä, kohdistetaanko kategorisointi itseen vai toisiin; itsekategoriisaatio nimittäin sisältää aina jonkinlaista eron tekemistä muihin. (Jokinen ym. 2012, s. 51–56) Kategorisointien kautta rakennetaan jatkuvasti identiteettiä eli käsityksiä kaikesta siitä, millaiseksi joku henkilö on kuvattavissa ja toisten kanssa neuvoteltavissa (Jokinen ym. 2012, s. 90–91). Kategorioiden seurauksellisuus on sidoksissa siihen, miten muut ihmiset ne tunnistavat. Tunnistaminen voi johtaa kategorioiden kiistämiseen, niiden vahvistamiseen tai niistä neuvotteleamiseen; ihminen ei välttämättä koe kuuluvansa siihen kategoriaan, johon joku toinen hänet kategorisoi. (Jokinen ym. 2012, s. 53, 66, 69)

Etnometodologian periaatteita noudattaen jäsenkategoria-analyysin keskeinen tausta-ajatus on, etteivät kategoriat ole olemassa valmiina tai itsestäänselvinä, vaan ihmiset tuottavat ja ylläpitävät niitä itse (Jokinen ym. 2012, s. 25–26, 49–50). Jäsenyysskategorisoinnin voidaankin katsoa tutkivan kulttuuria toimintana, jossa sosiaalista ja moraalista järjestystä toteutetaan, siitä neuvotellaan ja sitä korjataan (Jokinen ym. 2012, s. 69–70). Kun ihmiset sijoittavat itseään tai toisiaan tiettyihin kategorioihin, he samalla rakentavat moraalisia jäsenyyksiä vastuista ja velvollisuuksista sekä arvostettavasta ja tuomittavasta käytöksestä (Nikander 2010, s. 246). Kategorioiden käytössä onkin kyse moraalisen järjestyksen tuottamisesta, vaikka moralisuus helposti jää huomaamatta (Jokinen ym. 2012, s. 69). Kategorioihin liittyy tiettyjä määreitä, esimerkiksi käsityksiä oikeuksista ja velvollisuuksista, ja nämä kantavat tiettyjä moraalisia oletuksia siitä, miten tähän kategoriaan kuuluvan ihmisen tulee toimia tai miten häneen tulee suhtautua. Kategoriasidonnaisesta toiminnasta poikkeaminen aiheuttaa moraalisen järjestyksen murtuman ja siten selontekovelvollisuuden. (Jokinen ym. 2012, s. 70–72)

Kategoria-analyysiä voidaan käyttää esimerkiksi sen tutkimiseen, miten puheen ja kuvausten kautta rakennetaan jäsenyyttä tai ei-jäsenyyttä tietyissä ryhmissä eli miten ympäröivää maailmaa jaetaan ”meihin” ja ”heihin” (Nikander 2010, s. 248). Kategoriapari ”me” ja ”he” liittyy aina yhteen, eli toisesta kategoriasta puhuttaessa toinenkin tulee samalla läsnä olevaksi ja määritellyksi. Jako meihin ja heihin synnyttää toiseutta, mikä helposti näyttäytyy negatiivisena, stereotyyppioita tuottavana ja leimaavana kategorisointina. (Jokinen ym. 2012, s. 178–180) Stereotyyppiselle kategorisoinnille ominaista on se, että ihminen tulee määritellyksi ja hänen toimintaansa arvioidaan ryh-

mään kytkettävien ominaisuuksien kautta. Jokainen kategorian jäsen siis nähdään kategoriansa edustajana, ja toisaalta se, mitä ”tiedetään” kategoriasta, liitetään kaikkiin kategorian edustajiin. (Jokinen ym. 2012, s. 183–185)

Jäsenkategoria-analyysiä voidaan käyttää myös sen tutkimiseen, miten ihmisiä kategorisoidaan institutionaalisissa käytännöissä, esimerkiksi lääkärin ja potilaan välisessä hoitotilanteessa (Nikander 2010, s. 248, Jokinen ym. 2012, s. 227–266). Taus-talla on ajatus, jonka mukaan instituutiot ajattelevat ja toimivat kategorioiden poh-jalta. Instituutioiden on esimerkiksi kategorisoitava, kenen kanssa asioidaan ja millai-sia asioita tai ongelmia käsitellään. Kategorioilla voidaan myös tehdä rajanvetoa pal-velun käyttäjän ja työntekijän välille sekä tehdä työnjakoa organisaation sisällä. Kate-gorioihin liittyy tiettyjä oikeuksia ja velvollisuuksia; esimerkiksi asiakkaan oikeutena voi olla palvelun saaminen mutta velvollisuutena ilmoittaa tiedot rehellisesti ja toimia annettujen ohjeiden mukaan. Odotusten vastaisesti toimiminen voi johtaa asiakkuu-den menettämiseen tai ”vaikean asiakkaan” kategoriaan joutumiseen. Työntekijän oi-keuksiin ja velvollisuuksiin taas kuuluu toimia organisaation edustajana kyseisen or-ganisaation käytäntöjen ja rutiinien mukaisesti. (Jokinen ym. 2012, s. 128–129)

Institutionaalisella vuorovaikutuksella on tiettyjä ominaispiirteitä verrattuna arki-päiväiseen keskusteluun: se on päämääräorientoitunutta ja sidottua tiettyihin identi-teettikategorioihin (*esim. lääkäri – potilas*), se on yhteydessä kyseisen instituution va-kiintuneisiin toimintatapoihin ja kontekstiin sekä sisältää joitain rajoitteita liittyen suoritettaviin tehtäviin eli siihen, miksi vuorovaikutus ylipäättään tapahtuu ja mitä sillä tavoitellaan. Ollessaan vuorovaikutuksessa toistensa kanssa institutionaalisessa kon-tekstissa ihmiset toteuttavat institutionaalisia roolejaan (*esim. lääkäreinä ja potilaina*). Yhtäältä toimijat rakentavat institutionaalista kontekstia omalla toiminnallaan, ja toi-saalta institutionaalinen konteksti vaikuttaa siihen, millaiseksi vuorovaikutus muo-toutuu. (Jokinen ym. 2012, s. 231–232)

Institutionaalisissa yhteyksissä tehdään kategorisointia myös dokumentoinnin yh-teydessä (Jokinen ym. 2012, s. 241–248), esimerkiksi sairauskertomusta laadittaessa. Institutionaalisesti tuotetuista teksteistä tulee helposti virallisia totuuksia, vaikka nii-denkin tuottamisessa tehdään monia valintoja ja ne voitaisiin laatia monella vaihto-ehtoisella tavalla (Jokinen ym. 2012, s. 241). Institutionaalisilla teksteillä onkin tietyt tuottamistapansa ja ominaispiirteensä: tyypillistä on, että teksteihin suodattuu palve-lun käyttäjistä vain sellaisia tietoja, jotka ovat kiinnostavia ja tärkeitä instituution teh-tävän kannalta (Jokinen ym. 2012, s. 242–243).

Institutionaaliset kategoriat ja valta kietoutuvat monin tavoin yhteen. Kyse voi olla esimerkiksi ammatillisuuteen liittyvästä määrittelyvallasta (*esim. lääkärin asettaessa*

diagnoosin) tai erilaisista oikeuksista, velvollisuuksista ja sanktioiden uhasta. Instituutionaalisissa yhteyksissä ilmenee valtaa myös vuorovaikutukseen kietoutuneena, esimerkiksi palvelun käyttäjän osallisuudessa. (Jokinen ym. 2012, s. 262–266)

Tässä tutkimuksessa jäsenkategoria-analyysia käytettiin metodisena apuvälineenä tarkasteltaessa haastateltavien mainintoja päivystyskäynnin aikaisista ihmisten välisistä vuorovaikutussuhteista. Kiinnostus kohdistui erityisesti siihen, miten haastateltavat luokittelivat itsensä, muut päivystyksessä samanaikaisesti olleet potilaat sekä kohtaamansa henkilökunnan edustajat. Jäsenkategoria-analyysin avulla tarkasteltiin, millaista päivystyspalveluiden käyttäjän identiteettiä haastateltavat puheessa rakensivat, millaisia arvioita he kohdistivat muihin potilaisiin ja miten he joko samaistuivat tai erottautuivat muista potilaista, luoden ”me” tai ”he” -tyyppisiä kategorisointeja. Tarkastelun kohteena oli myös se, millaisiksi eri toimijoiden (potilaiden ja päivystyksen työntekijöiden) kategoriat muotoutuivat päivystyksen institutionaalisessa kontekstissa; miten haastateltavat luokittelivat henkilökunnan edustajia ja miten he itse kokivat tulewansa henkilökunnan toimesta kategorisoiduiksi.

4.3.4 Menetelmien luotettavuus

Luotettavuutta kuvaavien käsitteiden käytössä on kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimusperinteen välillä joitain eroja (Graneheim & Lundman 2004). Kvantitatiivisissa tutkimuksissa luotettavuutta kuvataan perinteisesti käsitteillä validius ja reliabiliteetti. Ensin mainitulla tarkoitetaan mittaamenetelmän kykyä mitata sitä, mitä sen on tarkoitettu mittaavan, ja jälkimmäinen puolestaan mittaustulosten toistettavuutta ja valitun mittarin kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Hirsjärvi ym. 2009, s. 231–233). Tällöin oletuksen mukaan tutkimuksen tulosten pitäisi olla samat tutkimuskerrasta, tutkijasta tai tutkimusmenetelmästä riippumatta (Lepper 2000, s. 173, 178–179, Hirsjärvi & Hurme 2008, s. 184–188).

Kvalitatiivisen tutkimusperinteen piirissä validiteetin ja reliabeliuden käsitteiden käyttöä on kritisoitu, koska näitä käsitteitä käytetään mittaamisesta puhuttaessa, ja niiden ala vastaakin lähinnä määrällisen tutkimuksen tarpeisiin. Lisäksi validiuden ja reliabiliteetin käsitteet perustuvat ajatukseen siitä, että tutkija voisi päästä käsiksi objektiiviseen todellisuuteen ja totuuteen. (Hirsjärvi & Hurme 2008, s. 184–188, Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 136–137). Kvalitatiivisessa tutkimusperinteessä ei oleteta, että esimerkiksi haastatteluteksteillä olisi vain yhdenlaisia merkityksiä, jotka voitaisiin löytää ja kuvailla juuri sellaisina kuin ne ovat, täysin lukijastaan ja tulkitsijastaan riippu-

mattomasti (Krippendorff 2013, s. 19–26). Eri ihmiset antavat samoille ilmiöille erilaisia merkityksiä (Eskola & Suoranta 1998, s. 45), ja merkitykset liittyvät aina tiettyyn kontekstiin (Krippendorff 2013, s. 19–26). Asioiden merkitykset eivät ole olemassa ilman ihmistä, joka antaa nuo merkitykset – tapahtumien kokija antaa asioille erilaisia merkityksiä kuin niiden ulkopuolinen tarkkailija (Krippendorff 2013, s. 33–35). Haastatteluteksti ei siis puhu puolestaan, vaan sitä voidaan tulkita monin eri tavoin ja eri näkökulmista (Graneheim & Lundman 2004, Hirsjärvi & Hurme 2008, s. 151, Krippendorff 2013, s. 19–26). Kvalitatiiviseen tutkimukseen kuuluu se, että tulkintoja tehdään monessa vaiheessa: tutkija tulkitsee haastateltavan tulkintoja ja lukija tulkitsee tutkijan tulkintoja (Hirsjärvi & Hurme 2008, s. 151).

Haastatteluin kerättyä aineistoa tulkittaessa on myös huomioitava, että haastattelutilanne itsessään on olosuhde, jonka puitteissa aineistoa tuotetaan. Tutkija siis vaikuttaa saatavaan tietoon jo niiden keruuvaiheessa. Ei voida olettaa, että yhdessä tilanteessa yhdelle haastattelijalla annetut vastaukset toistaisivat täsmällisesti jossain muussa kontekstissa kerättyä aineistoa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, s. 185–189) Haastattelu onkin nähtävä vuorovaikutustilanteena, jossa osapuolet vaikuttavat toinen toisiinsa (Eskola & Suoranta 1998, s. 86).

Edellä mainituista syistä kvalitatiivisessa tutkimusperinteessä validiuden ja reliabiliteetin käsitteitä pääsääntöisesti vältetään (Hirsjärvi & Hurme 2008, s. 185–190, Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 136–137). Silloin jos näitä käsitteitä käytetään, validiudella tarkoitetaan yleensä kuvauksen ja siihen liitettyjen selitysten ja tulkintojen yhteensovittuvuutta (Hirsjärvi ym. 2009, s. 231–233). Reliabiliteetti puolestaan koskee esimerkiksi sitä, onko kaikki aineisto otettu huomioon, litteroitu oikein, analysoitu johdonmukaisesti ja raportoitu tarkasti. Molemmat koskevat siis paljolti tutkijan toimintaa. (Elo & Kyngäs 2008, Hirsjärvi & Hurme 2008, s. 188–189) Validiteettiin ja reliabiliteettiin liittyy vaatimus kuvata tutkimusprosessi niin yksityiskohtaisesti, että lukija pystyy ymmärtämään, miten analyysi tehtiin, ja tarkastelemaan sen vahvuuksia ja heikkouksia (Elo & Kyngäs 2008).

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuuden (*trustworthiness*) arviointiin käytetään yleisemmin käsitteitä uskottavuus (*credibility*), vahvistettavuus (*confirmability*), siirrettävyys (*transferability*) ja luotettavuus (*dependability*). Kullekin näistä on olemassa useita eri määritelmiä, ja näitä käsitteitä käytetään osittain päällekkäin. (Eskola & Suoranta 1998, s. 221–220, Graneheim & Lundman 2004, Kylmä ym. 2008, Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 136–139) Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin tutkimusaineisto ja sen pohjalta tehty analyysi kuvaavat tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä (Graneheim & Lundman 2004, Kylmä ym. 2008). Toisen määritelmän mukaan us-

kottavuudessa on kyse siitä, että tutkijan tekemät käsitteellistykset ja tulkinnat vastaavat tutkittavien käsityksiä (Eskola & Suoranta 1998, s. 221–220, Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 138). Uskottavuus vahvistuu, jos tutkija on riittävän pitkään tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa, keskustelee tutkimukseen osallistuvien ja kollegoiden kanssa tutkimuslöydöksistä tai käyttää aineistotriangulaatiota (Kylmä ym. 2008). Aineistotriangulaatiossa yhdistellään useammanlaisia aineistoja keskenään ja vertaillaan niiden tuottamaa tietoa (Eskola & Suoranta 1998, s. 69, Hirsjärvi & Hurme 2008, s. 189, Hirsjärvi ym. 2009, s. 233).

Luotettavuuden kannalta olennaista on kuvata tutkimusprosessi riittävän kattavasti. Tutkimusaineisto, käytetyt menetelmät, tulokset, tulkinnat ja ylipäätään kaikki tutkimusprosessin aikana tehdyt ratkaisut ja päättely kuvataan niin seikkaperäisesti, että lukija voi seurata tutkimusprosessin kulkua. Tätä kutsutaan tutkimuksen vahvistettavuudeksi. (Kylmä ym. 2008, Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 138–139) Pohjimmiltaan samasta asiasta puhutaan kirjallisuudessa myös tutkimuksen arvioitavuutena ja toistettavuutena (Eskola & Suoranta 1998, s. 217).

Reflektiivisyydellä tarkoitetaan, että tutkijan on osoitettava olevansa tietoinen omista tutkimuslähtökohdistaan ja arvioitava, kuinka itse vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa. Refleksiivisyyttä voidaan pitää joko osana vahvistettavuutta tai erillisenä luotettavuuden arviointikriteerinä. (Kylmä ym. 2008) Tutkijan kuvatessa ja perustellessa menetelmänsä uskottavasti mahdollisuus siitä, että toinen tutkija olisi päätenyt erilaisiin tuloksiin, ei siten välttämättä ole merkki tutkimuksen tai tutkimusmenetelmän heikkoudesta (Hirsjärvi & Hurme 2008, s. 189).

Siirrettävyydellä puolestaan tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin tutkimuksen tulokset ovat siirrettävissä toiseen kontekstiin, muihin tilanteisiin tai ryhmiin. Siirrettävyyden arviointi on pohjimmiltaan lukijan tehtävä, mutta tutkijan vastuulla on kertoa riittävästi tutkimukseen osallistujista, heidän valinnastaan, aineiston keruusta ja tutkimuksen kontekstista. Siirrettävyys riippuu paljolti siitä, kuinka samanlaisia tutkittu ympäristö ja sovellusympäristö ovat. (Graneheim & Lundman 2004, Kylmä ym. 2008, Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 138–139)

Luotettavuutta (*dependability*) voidaan osaltaan arvioida sen perusteella, miten aineisto, sen keräämisen tapa sekä tutkijan päätöksenteko muuttuvat tutkimusprosessin aikana. Haastatteluprosessin aikana tutkijalle avautuu tutkimuskohteena olevaan ilmiöön uusia näkökulmia, mikä saattaa vaikuttaa esimerkiksi haastateltaville esitettäviiin kysymyksiin sekä kaventaa tai laajentaa tutkimuksen fokusta alkuperäisestä tutkimusaiheesta. Tämä sisältää riskin epäjatkuvuudesta aineiston keruun aikana mutta toisaalta kuuluu olennaisena osana kvalitatiiviseen, aineistolähtöiseen tutkimukseen, jossa valmiiden teorioiden testaamisen sijaan tavoitteena on nimenomaan selvittää

haastateltavien henkilöiden näkemyksiä tutkimusaiheesta. (Graneheim & Lundman 2004)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteerejä ovat myös aineiston riittävyys ja analyysin kattavuus (Eskola & Suoranta 1998, s. 216). Ensin mainitun osalta puhutaan usein aineiston saturaatiosta eli kylläntymisestä: tietty määrä aineistoa riittää tuomaan esiin sen teoreettisen peruskuvion, mikä tutkimuskohteesta on mahdollista saada, eivätkä uudet tapaukset enää tuota tutkimusongelman kannalta uutta tietoa (Eskola & Suoranta 1998, s. 62–63, Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 87). Kattavuus puolestaan tarkoittaa, että tulkintoja ei perusteta satunnaisiin poimintoihin aineistosta (Eskola & Suoranta 1998, s. 216). Sen sijaan analyysi on systemaattinen prosessi (Kylmä ym. 2008). Aineistolähtöisessä sisällönanalyyysissä keskeistä on, että muodostetut kategoriat kattavat aineiston keskeisin osin: olennaisia seikkoja ei ole jäänyt pois eikä epäolennaisia seikkoja ole otettu mukaan (Graneheim & Lundman 2004, Elo & Kyngäs 2008).

Luotettavuuden kannalta keskeistä on osoittaa yhteys tulosten ja aineiston välillä (Elo & Kyngäs 2008, Kyngäs ym. 2011). Tämä voidaan tehdä paitsi kuvaamalla tutkimusprosessi riittävän tarkasti myös esimerkiksi käyttämällä suoria lainauksia, taulukoita ja liitteitä (Elo & Kyngäs 2008). Kvalitatiivisessa tutkimusperinteessä suorien lainausten systemaattista käyttöä pidetään luotettavuuden kannalta hyödyllisenä tai jopa keskeisenä (Hirsjärvi ym. 2009, s. 231–233, Kyngäs ym. 2011). Haastatteluotteilla tutkija vahvistaa argumentointiaan. Suoria otteita voidaan käyttää myös aineiston vaihtelun ja poikkeusten esittelyyn sekä siten aineiston vivahteikkouden esiintuomiseen. (Hirsjärvi & Hurme 2008, s. 194)

4.4 Tutkimuksen eettisyys

Eettinen toimikunta antoi tutkimukselle puoltavan lausunnon. Tutkimukseen osallistuminen oli tutkittaville vapaaehtoista, ja heille annettiin sekä suullinen että kirjallinen informaatio tutkimuksen luonteesta ja tarkoituksesta. Tutkittavilla oli mahdollisuus myös kysymysten esittämiseen. Tutkimuksesta oli poissuljettu henkilöt, jotka vaikea-asteisen muistisairauden, äkillisen sekavuustilan tai muun merkittävää vajaa-kykyisyyttä aiheuttavan tilan vuoksi eivät pystyisi antamaan tietoista suostumustaan tutkimukseen osallistumiseen. Tutkittaville korostettiin, että kieltäytyminen tai keskeyttäminen oli missä tahansa vaiheessa mahdollista eikä tämä vaikuttaisi päivystyksessä annettavaan hoitoon millään tavoin. Haastattelut pyrittiin suorittamaan siten,

ettei niihin osallistumisesta aiheutunut tutkittaville kustannuksia tai kohtuutonta rasittumista. Kaikkea haastattelujen tuottamaa sekä sairauskertomusmerkinnöistä kerättyä aineistoa käsiteltiin henkilötietolain edellyttämällä tavalla luottamuksellisesti, nimettömästi ja tutkimukseen osallistuvien henkilöiden tietosuojaa kunnioittaen. Aineistoa analysoitaessa pyrittiin noudattamaan edellä mainittuja tutkimusmenetelmien luotettavuuteen liittyviä periaatteita. Tutkimuseettisten vaatimusten katsottiin täyttyvän myös tutkimusaiheen relevanssin, otoskoon riittävyden sekä tutkimusmenetelmien soveltuvuuden osalta.

5 Tulokset

5.1 Päätös päivystykseen hakeutumisesta

Tämän luvun asiasisältöä on käsitelty myös aiemmassa julkaisussa (Mylläri ym. 2014).

5.1.1 Jaottelu päätökseen vaikuttaneista tekijöistä

Aineiston pohjalta pyrittiin selvittämään, miksi iäkäs ihminen lähtee päivystykseen. Tutkimushavaintojen mukaan tähän kysymykseen on itse asiassa annettava kaksi vastausta, joista ensimmäinen koskee hoitoon hakeutumisen syytä ja toinen sitä, miksi potilas oli päätenyt juuri päivystykseen juuri tietynä ajankohtana. Tulkittiin, että pääasiallinen syy päivystykseen hakeutumiseen oli pakottava avuntarve. Se liittyi oireiden lievittämisen tarpeeseen, pelkojen ja epätietoisuuden aiheuttamaan taakkaan, käsityksiin vaivan aiheuttajasta ja tarvittavasta hoidosta tai muiden ihmisten kuten omaisten ja hoitoalan ammattilaisten näkemyksiin (taulukko 15). Tyypillisesti pakottavan avuntarpeen taustalla oli samanaikaisesti useita näistä tekijöistä.

Taulukko 15. Pakottavan avuntarpeen taustalla olleet tekijät

Oireiden lievittämisen tarve	lökäs henkilö oli kokenut sairauden oireiden olleen sietämättömän voimakkaat tai heikentäneen merkittävästi hänen toimintakykyään.
Pelkojen ja epätietoisuuden lievittämisen tarve	lökäällä henkilöllä oli ollut sairauden aiheuttajaa ja vakavuutta koskevia voimakkaita pelkoja, huolia ja epätietoisuutta.
Tutkimusten ja hoidon tarve	lökäällä henkilöllä oli ollut tietoon, uskomuksiin tai kokemuksiin perustuvia käsityksiä sairauden aiheuttajasta, sen vaatimista tutkimuksista ja hoidosta.
Muiden ihmisten käsitykset	Läheinen, hoitoalan ammattilainen tai sivullinen oli kehottanut iäkästä henkilöä hakeutumaan päivystykseen tai tehnyt päätöksen hänen puolestaan.

Toissijaisesti päätökseen olivat vaikuttaneet käsitykset siitä, miten, missä ja milloin avuntarpeeseen voitaisiin vastata parhaiten. Näistä käsityksistä osa oli puoltanut ja osa taas jarruttanut päivystykseen hakeutumista (taulukko 16).

Taulukko 16. Päivystykseen hakeutumista puoltaneet ja jarruttaneet tekijät

	Puoltaneet tekijät	Jarruttaneet tekijät
Avun saaminen päiväystyksestä	LUOTTAMUS AVUN SAAMISEEN – Myönteiset ennakkokäsitykset – Käsitykset oikeudesta hoitoon	EPÄLUOTTAMUS AVUN SAAMISEEN – Kielteiset ennakkokäsitykset – Epävarmuus omista oikeuksista
Avun saaminen muualta	PÄIVYSTYKSEEN HAKEUTUMISEN VAIHTOEHTOJEN PUUTE – Kiireellinen avuntarve – Muiden hoitovaihtoehtojen saatavuuden tai laadun ongelmat	PÄIVYSTYKSEEN HAKEUTUMISEN VAIHTOEHDOT – Pyrkimys pärjätä omillaan – Mahdollisuus saada apua yksityissektorilta tai omaisilta

Seuraavassa käsitellään ensin pakottavan avuntarpeen taustalla olleita tekijöitä, sitten päivystykseen hakeutumista puoltaneita ja estäneitä tekijöitä.

5.1.2 Pakottava avuntarve

Oireiden lievityksen tarve. Koettu oireiden lievittämisen tarve oli vaikuttanut lähes kaikkien haastateltavien päätökseen hakeutua päivystykseen. Vain kaksi haastateltavaa oli ollut subjektiivisesti oireettomia. Yleisimmin mainittuja oireita olivat kipu, hengenahdistus, rytmihäiriötuntemukset, kuume, yskä, pahoinvointi, liikkumisvaikeudet, huimaus, heikotus, väsymys sekä yleinen huonovointisuus.

Päivystykseen lähtöä koskeneesta ratkaisusta kertoessaan haastateltavat tyypillisesti käyttivät ilmaisuja, joissa korostui oireiden poikkeuksellinen voimakkuus ja sietämättömyys. ”Kertakaikkisen kova kipu”, ”niin kauhea hengenahdistus”, ”hirveän huono olo”, ”oikein korkea kuume” ja ”kamalan ahdistava olo” -tyyppisiä ilmauksia oli aineistossa runsaasti. Yleisiä olivat myös ilmaisut kuten ”jouduin käymään”, ”oli pakko lähteä”, ”oli mentävä” ja ”piti lähteä”. Tällaisilla sanavalinnoilla haastateltavien voidaan tulkita korostaneen, että päivystykseen oli lähdetty vasta tilanteessa, jossa muita vaihtoehtoja ei ollut. ”Kun tulee semmonen kipu, semmonen polttava kipu, se on niin äärettömän tuskallinen se kipu, että siitä täytyy jollain tavalla päästä pois, ja mää leikin päälle mä oon aina sanonukkin että kyllä minä konstin siihenkin tiedän että se on toi kaksipiippunen haulikko, mutta kun en minä halua semmoseen, se on niin kun leikin päälle puhuttaessa, pois minusta sellainen, ei mulla koskaan oo sellaisia ajatuksia että mun tarvii tarttua väkivaltaisesti itseeni sekä muihin.-- Mutta -- se on tuskastuttava olo, ja se on niinkun paniikinomainen tuska että jotain pitää tähän saada”, miespotilas (1) luonnehti olotilaa, joka oli pakottanut hänet hakemaan apua. Vaikka hän edellä olevassa haastatteluoitteessa kuittasi itsetuho-

puheet pelkäksi huumoriksi, hän totesi vielä toistamiseen haastattelun aikana ymmärtävänsä hyvin, että ihminen tekee jo itselleen jotain, jos ei muutoin pääse sietämättömistä kivuista eroon. Oireiden näyttäytyessä näin voimakkaina ja hallitsemattomina on helppo ymmärtää päivystykseen hakeutuminen haastateltavan näkökulmasta ainoaksi vaihtoehdoksi.

Oireiden lievittämisen tarpeen taustalla oli osalla potilaista ollut sekin, että akuutti sairaus oli vaikuttanut toimintakykyyn. Parille haastateltavalle kaatumisvammat olivat aiheuttaneet kävelyvaikeuksia, ja muutamat muut kertoivat kokeneensa vointinsa niin heikoksi, että he pelkäsivät kaatuvansa tai eivät pysyneet kunnolla edes istuvillaan. Pari yksinasuvaa haastateltavaa mainitsi tunteneensa hengenahdistuksen vuoksi olo-tilansa niin heikoksi, ettei sellaisessa kunnossa pärjätty yksin kotona.

Pelkojen ja huolien lievityksen tarve. Käsitukset avun saamisen välttämättömyydestä eivät selittyneet vain oireiden vaikeusasteella, sillä jokainen haastateltavista oli havainnoinut ja tulkinnut oireitaan eri tavoin. Melko lieväkin oire oli saattanut johtaa päivystykseen hakeutumiseen, jos siihen oli liittynyt pelko vakavasta tai jopa henkeä uhkaavasta sairaudesta. Pelko, huoli tai epätietoisuus oli ollut päivystykseen hakeutumisen yhtenä keskeisenä syynä reilulla puolella haastatelluista.

Haastatelluilla oli ollut monenlaisia huolenaiheita. Muutamat olivat pelänneet jostain tiettyä sairautta, esimerkiksi sydänkohtausta tai murtumaa. Pari haastateltavaa toi esiin kuolemanpelon. Jotkut olivat murehtineet sairastumisen kielteisiä seurauksia kuten leikkaukseen joutumista ja leikkauksen epäonnistumista, pitkää toipumisaikaa, kävelykyvyn menettämistä, avuntarpeen lisääntymistä ja kotona pärjäämisen hankaloitumista. Monet ilmaisivat vähemmän tarkasti kohdentuneita huolia ja epätietoisuutta siitä, mistä on kyse, kuinka vakavaa se on ja mitä tulee tapahtumaan.

Keuhkokuumeediagnoosilla osastohoitoon otettu miespotilas (10) kuvaili päätöstä päivystykseen hakeutumisesta dramaattiseen sävyyn. *”Tyypillinen suomalainen mies, en antanu vaimoni soittaa ambulanssia ennen ku sitten vasta ku mä pelkäsin kuolevani. Ja... mä sitä kuolemaa pelänny mutta sitä kuoleamisen tapaa, sitten mä tajusin kuinka kaubeeta on kun kuolee tukehtumalla. -- No sitten mä annoin vaimolle tän, lopultakin luvan. -- Enhän mä siis enää henkittäny, -- mä olin jo ollut vaikka kuinka monta tuntia semmosessa tilassa ja... bullu niin uskoohan vaan että tää hellittää, se mitään hellittäny. Sitten mä jouduin paniikkiin. Siinä vaiheessa kun vaimo oli yhteydessä sinne ambulanssiin, sinnehän pidetään yhteyttä koko ajan yllä. Ja oonhan mä kaikista pienistä paniikkihäiriöistä lukuun, mutta sitten mä, myönnän, kehtaan sanoa, kun mä tajusin että mähän voin kuolla tässä nyt ja elämä päättyy tähän, niin mä aloin huutaa että -- tulkaa pian, mä pelkään”*, mies kertoi.

Kyseinen potilas luonnehti haastattelussa varsin värikkäin ilmaisuin sitä, kuinka huono hänen terveydentilansa oli ennen hoitoon hakeutumista ollut. Hän mainitsi

tilanteensa olleen ”todella dramaattinen jo”, kertoi ”venyttäneensä ja venyttäneensä” hoitoon hakeutumista ”olemattomalla hapenottokyvyllä” ja kuvaili keuhkojensa olleen ”toimimattomassa tilassa”, sairauden ”lamaannuttamat” ja kuin niissä olisi ollut ”käsijarru päällä”. Haastateltava korosti useaan otteeseen, ettei hän lähde päivystykseen kovin matalalla kynnyksellä. Edes vaimon patistelut eivät olleet aluksi tehonneet tähän ”suomalaiseen jässikkään”. Kun oireet eivät vastoin odotuksia olleetkaan hellelläneet, paniikinomainen hätä omasta selviytymisestä oli päässyt valloille. Ratkaisu ambulanssin kutsumisesta ei ollutkaan syntynyt fyysisten oireiden vaan niiden laukaisemien negatiivisten tunnereaktioiden pohjalta.

Tutkimusten ja hoidon tarve. Suurimmalla osalla haastatelluista oli ennen päivystykseen hakeutumista ollut mielessä jokin arvio siitä, mistä vaivasta on kyse, mikä sen aiheuttaa ja/tai mitä hoitoa ja tutkimuksia tarvitaan. Usein käsitykset olivat pohjautuneet omiin aikaisempiin kokemuksiin, joskus taas siihen, että jollain sukulaisella tai tuttavalla oli esiintynyt samankaltaista vaivaa. Muutamalla haastateltavalla käsitykset olivat perustuneet siihen, mitä läheinen tai hoitoalan ammattilainen oli sanonut kehottaessaan potilasta hakeutumaan päivystykseen. Usein käsitykset tutkimusten ja hoidon tarpeesta olivat yhteydessä siihen, millaisia vaivan aiheuttajaa ja vakavuutta koskevia pelkoja haastateltavilla oli ollut.

Monet haastatelluista toivat esiin etukäteisarvioita siitä, mikä sairaus oli kyseessä. Osa heistä mainitsi myös aavistelleensa, millaista hoitoa vaiva vaatisi. ”*Se pissatulehdus oli suurin syy kun mä läksin. Jotta siihen olis saanu sitä antibioottilääkettä*”, naispotilas (3) kertoi taudinaiheuttajaa ja hoidon tarvetta koskevista käsityksistään.

Moni haastatelluista mainitsi ajatelleensa päivystykseen hakeutuessaan, että heidän oireensa edellyttivät tarkempia tutkimuksia ja lääkärin arviota. Harva kuitenkaan mainitsi odottaneensa, että päivystyksessä tehtäisiin juuri tietynlaisia tutkimuksia. Vain pari haastateltavaa toi epäsuorasti esiin käsityksen kuvantamistutkimusten tarpeellisuudesta.

Muiden ihmisten käsitykset. Päätökseen hakeutua päivystykseen olivat keskeisesti vaikuttaneet muiden ihmisten näkemykset. Enemmistö haastatelluista oli etukäteen keskustellut asiasta jonkun hoitoalan ammattilaisen (päivystyksen tai terveysaseman sairaanhoitajan, omalääkärin tai kotihoitajan) ja/tai jonkun läheisensä (puolison, lasten, muun omaisen tai ystävän) kanssa. Toiset ihmiset olivat vaikuttaneet lähtöpäätökseen joko niin, että joku muu oli tehnyt ratkaisun potilaan puolesta, tai niin, että toisten kehotukset ja mielipiteet olivat myötävaikuttaneet haastateltavan itse tekemään päätökseen. Jälkimmäinen vaikutustapa oli tässä aineistossa selvästi yleisempi.

Muiden ihmisten mielipiteiden vaikutus oli niin suuri, että noin puolet haastatelluista todennäköisesti ei olisi hakeutunut päivystykseen ilman läheisen ja/tai hoitoalan ammattilaisen kehotusta. Vain yksi haastateltava ei ollut kysynyt muiden mielipiteitä tai etukäteen ilmoittanut päivystykseen hakeutumisesta kenellekään. Potilaiden voidaan kuitenkin tulkita korostaneen muiden ihmisten mielipiteitä haastattelussa myös siitä syystä, että omaisten ja etenkin hoitoalan ammattilaisten puoltava näkemys teki päätöksestä jollain tapaa ”pätevämmän” kuin pelkkä potilaan oma käsitys. Haastateltavat saattoivatkin ensin perustella hyvin monisanaisesti sitä, kuinka sietämätön heidän olonsa oli ollut, kuinka huolissaan he olivat olleet tai kuinka vakuuttuneita he olivat olleet tietyn hoidon tarpeellisuudesta – ja sitten ikään kuin viimeisetkin vastaväitteet kumotakseen he mainitsivat puolison, tyttären tai kotihoitajankin olleen asiasta ihan samaa mieltä.

Noin kaksi kolmasosaa haastatelluista mainitsi läheisen mielipiteen vaikuttaneen keskeisesti päätökseen päivystykseen hakeutumisesta. Osa haastatelluista oli itse kysynyt läheisensä mielipidettä, osa kertoi läheisen olleen asiassa aloitteellinen, osa taas mainitsi tehneensä päätöksen läheisen kanssa yhdessä. Haastateltavien mukaan omaiset olivat perustelleet kehotusta päivystykseen hakeutumisesta sillä, että tilanteen vakavuus vaati sitä, hankalat oireet huomioiden se oli ainoa vaihtoehto, läheiset olivat heistä huolissaan ja/tai aikuisilla lapsilla ei ollut omaan perheeseen ja työhön liittyvien syiden vuoksi mahdollista jäädä seuraamaan heidän vointiaan. Muutamana haastateltavan kohdalla kyse oli ollut nimenomaan lääkärinä tai hoitajana työskentelevän omaisen mielipiteestä. Noin puolet haastatelluista oli saapunut päivystykseen läheisensä saattamana. Kukaan haastatelluista ei maininnut läheisensä vastustaneen päivystykseen hakeutumista tai pakottaneen heitä sinne. Muutamat kertoivat jättäneensä tietoisesti ilmoittamatta lapsilleen päivystykseen joutumisesta, jotta nämä eivät huolestuisi tai ”pistäisi heti isoja rattaita pyörimään”, kuten yksi haastatelluista epäili saatavan käydä.

Noin kaksi kolmasosaa haastatelluista kertoi hoitoalan ammattilaisten mielipiteiden vaikuttaneen ratkaisuun päivystykseen lähtemisestä. Muutamat mainitsivat saaneensa hoitajalta kehotuksen hakeutua päivystykseen joko itse soitettuaan tai omaisensa soitettua terveysasemalle tai päivystykseen. Pari potilasta oli ensin hakeutunut terveysasemalla, josta hoitaja oli ohjannut heidät päivystykseen. Kaksi potilasta oli käynyt joitain päiviä aiemmin terveyskeskuslääkärillä, joka nyt lähetti heidät päivystykseen. Yksi haastateltava oli kysynyt kotihoitajan mielipidettä.

Yksi haastatelluista (9) oli lähetetty päivystykseen vastoin tahtoaan. Miespotilas oli ollut ennalta sovitulla kuntoutusjaksolla, jonka aikana hoitaja oli lähettänyt hänet alaraajan punoitukseen ja turvotukseen liittyneen ruusuepäilyn vuoksi päivystykseen.

Haastateltavan mukaan nämä löydökset olivat kuitenkin vanhoja, joten hän piti päivystykseen lähettämistä aiheettomana. ”Mä panin hanttiin sitä etten minä, -- kun ne pani pyhäämuna mua sinne, minä sanoin että kyllä tämmönen vaiva ny voitaa hoitaa arkipäivinä, -- mutta ei ne antanu se hoitaja periks muuta ku sinne autoon vaan. Ei, se oli ihan turba käynti, ei sillä tehny mitään, ei siinä mitään operaatioita tehty. Eikä mulla oo mitään -- näyttöö siis vaivasta. Muuta kun se että toi toinen jalka on, ja kyllä ne molemmatkin punottaa joskus, mutta ei siinä mitään vaivaa ollu. Silloinkaan, mä tiesin sen ihan hyvin lähtiessä että ei siinä jalassa mitään vikaa oo”, kertoi ambulanssilla sunnuntaiaamuna päivystykseen tuotu potilas, jolla ei todettu ruusua tai muuta päivystysluonteista hoitoa vaativaa sairautta.

Edellä mainitulla miespotilaalla oli vuoden aikana ollut kaksi muuta päivystyskäyntiä, joiden syynä oli julkisella paikalla tapahtunut kaatuminen ja pään vamma. Molemmilla kerroilla ohikulkijat olivat soittaneet ambulanssin, jolla potilas oli kuljettu päivystykseen. Näin ollen voidaan todeta myös sivullisten käsityksillä olevan merkitystä päätöksessä päivystykseen päättämisestä.

5.1.3 Päivystykseen hakeutumista puoltaneet tekijät

Siihen, miksi apua oli lähdetty hakemaan nimenomaan päivystyksestä, olivat vaikuttaneet myös erilaiset puoltavat ja jarruttavat tekijät. Päivystykseen hakeutumista tulkittiin puoltaneen 1) se, että päivystykseen hakeutuminen koettiin ainoaksi vaihtoehdoksi, sekä 2) se, että potilas luotti saavansa päivystyksestä tarvitsemaansa apua (taulukko 17).

Taulukko 17. Päivystykseen hakeutumista puoltaneet tekijät

Äkillisesti alkaneet tai pahentuneet oireet	Kiireellinen hoidon	Päivystykseen hakeutumisen vaihtoehtojen puute
Käsitykset viivyttelyn haitallisuudesta	tarve	
Virka-ajan ulkopuolinen ajankohta	Muiden vaihtoehtojen saatavuuteen tai	
Terveyskeskukseen ei saa aikaa	laatuun liittyvät	
Yksityispuolella on liian kallista	ongelmat	
Negatiiviset kokemukset muista vaihtoehdoista		
Osastohoitoon ei pääse muutoin kuin päivystyksen kautta		
Aiemmat myönteiset kokemukset	Luottamus hyvän	Luottamus avun saamiseen päivystyksestä
Varautunut suhtautuminen muualta kuultuun kritiikkiin	hoidon saamiseen	
Luottamus omiin vaikutusmahdollisuuksiin		
Veronmaksajan oikeus hoitoon	Käsitykset oikeudesta hoitoon	
Avuntarvitsijan oikeus hoitoon		

Päivystykseen hakeutumisen vaihtoehtojen puute. Päivystykseen hakeutuminen oli koettu ainoaksi vaihtoehdoksi silloin, kun avuntarvetta pidettiin kiireellisenä ja/ tai muiden vaihtoehtojen saatavuudessa tai laadussa miellettiin olevan ongelmia. Käsitys tutkimusten ja hoidon kiireellisyydestä oli vaikuttanut lähes kaikkien haastateltavien päätökseen. Oireiden alkamisajankohta kuitenkin selitti hoitoon hakeutumisen ajankohtaa vain osittain. Suurempi merkitys oli ollut sillä, kuinka nopeasti vaiva oli pahentunut, miten potilas oli tulkinnut oireidensa merkitystä ja mikä oli ollut muiden ihmisten käsitys hoidon kiireellisyydestä. Päivystykseen oli lähdetty saman tien tai muutaman tunnin kuluessa sairauden oireiden alkamisesta, mikäli oireet oli koettu niin sietämättömiksi, pelottaviksi tai vakaviksi, ettei niiden helpottumista ollut voitu jäädä odottelemaan. Muutaman vuorokauden sisällä ensioireista hoitoon oli hakeuduttu siinä tapauksessa, että vaiva oli alkanut ja vaikeutunut pikkuhiljaa sietämättömäksi tai äkillisesti alkaneet lievemmät oireet eivät olleet menneet ohi odottelemalla ja kotikonsteja kokeilemalla. Pidempään kestäneiden oireiden vuoksi päivystykseen oli menty silloin, jos vaivat olivat pahentuneet äkillisesti tai jos joku muu oli kehotanut potilasta lähtemään päivystykseen.

Hoitoon hakeutumisen ajankohtaan olivat vaikuttaneet käsitykset siitä, kuinka kiireellistä hoitoa tarvitaan. Moni kertoi kokeneensa olonsa niin hankalaksi, ettei olisi pystynyt odottamaan seuraavaan aamuun tai arkipäivään asti. Muutamat mainitsivat epäilleensä, että ongelmat pahenisivat, mikäli hoitoon hakeutumista pitkittäisi. Viivyttelyn pelättiin voivan johtaa esimerkiksi sairauden oireiden pahenemiseen, yleiskunnon heikentymisestä aiheutuviin kaatumisiin tai korkean kuumeen provosoimiin rytmihäiriöihin.

Päätös päivystykseen hakeutumisesta oli riippunut myös siitä, mitä muita vaihtoehtoja oli arveltu olevan. Vuorokaudenaika ja viikonpäivä, terveyskeskus- ja yksityispuolen palveluiden saatavuus sekä käsitykset näiden muiden palveluiden laadusta olivat usein vaikuttaneet ratkaisuun. Haastatelluista noin kaksi kolmasosaa oli hakeutunut hoitoon virka-ajan ulkopuolella eli viikonloppuna, ilta- tai yöaikaan, jolloin apua oli ollut saatavilla ainoastaan päivystyksestä. Hoitoon hakeutumisen ajankohtaan olivat joissain tapauksissa vaikuttaneet myös muiden ihmisten kehotukset sekä potilaan käsitys siitä, milloin ja miten päivystykseen kannattaa mennä, jotta siellä pääsee hoitoon mahdollisimman nopeasti.

Muutamat haastatelluista olivat yrittäneet päästä hoidettavaksi terveysasemalle mutta saaneet hoitajalta kehotuksen hakeutua päivystykseen. Haastateltavat arvelivat, että terveyskeskuksessa oli ruuhkaa ja sinne oli vaikea saada aikaa. Kuvaava esimerkki on keuhkokuumetta itsellään epäilleen miespotilaan (14) maininta puhelinkeskustelusta hoitajan kanssa. *”Sanoi heillä ei oo mitään mahdollisuutta, soita maanantaiaamuna niin*

saattaa olla pika-aika viis minuuttia jossakin vaiheessa mutta ei voi luvata varmaksi. Niin tota... terveyskeskuksiin ei pääse”, perjantai-iltapäivänä terveyskeskukseen yhteydessä ollut ja samana iltana lääkitettävänsä kehotuksesta päivystykseen hakeutunut mies kertoi.

Yksi haastateltava kertoi hakeneensa äkillisesti alkaneeseen kipuunsa apua juuri päivystyksestä, koska häntä oli aiemmin kohdeltu terveyskeskuksessa epäasiallisesti. Hän ei tuolloin ollut kokenut saaneensa terveyskeskuksesta mitään apua eikä siksi luottanut saavansa sitä sieltä nytkään.

Myös taloudelliset tekijät olivat vaikuttaneet siihen, mistä apua oli haettu. Muutamat huomauttivat, ettei kaikilla ole varaa hakeutua hoitoon yksityissektorille, vaikka haluaisi. Pari haastateltavaa kertoi yleensä tapaavansa käyttää yksityissektorin palveluja, mutta nyt esimerkiksi kiireellinen avuntarve ja virka-ajan ulkopuolinen ajankohta olivat pakottaneet heidät hakeutumaan päivystykseen.

Aineistosta löytyi vielä eräs hämmentävä perustelu sille, miksi apua oli haettu juuri päivystyksestä: sen tiedettiin olevan pakollinen välietappi ennen ”varsinaiseen” hoitoon eli vuodeosastolle pääsyä. Yksi potilaista jopa tiedusteli haastattelijalta, voisiko jatkossa hoitoa tarvittaessaan ”tilata” osastopaikan suoraan sen sijaan, että menisi päivystykseen, jossa tiesi joutuvansa odottamaan tuntikausia lääkärille pääsyä.

Luottamus avun saamiseen päivystyksestä. Tärkein päivystykseen hakeutumista puoltava tekijä oli käsitys muiden vaihtoehtojen puutteesta. Selvästi vähäisemmässä määrin ratkaisua oli puoltanut luottamus siihen, että päivystyksestä saisi tarvittavaa apua. Tämän luottamuksen taustalla olivat päivystystä koskevat myönteiset käsitykset sekä näkemykset oikeudesta hoitoon.

Muutaman potilaan kohdalla päätökseen olivat vaikuttaneet ennako-odotukset hyvän hoidon saamisesta. Myönteiset käsitykset perustuivat haastateltavien omiin tai joskus puolison kokemuksiin. Päivystyksen julkisuuskuva näyttäytyi huonona, mutta monet haastatelluista kertoivat suhtautuvansa kriittisesti muiden ihmisten valituksiin ja välttävänsä uskomasta huhupuheisiin.

Positiivisten ennako-odotusten taustalla vaikuttivat myös käsitykset siitä, että potilas itse voi vaikuttaa todennäköisyyteen saada päivystyksessä hyvää hoitoa. Käytännöllä itse asiallisesti koettiin ansaittavan hyvä kohtelu henkilökunnan taholta, ja päivystykseen hoidettavaksi pääsy saatettiin varmistaa soittamalla sinne etukäteen. Muutamat haastatelluista puolestaan olivat havainneet, että keino päästä päivystyksessä suoraan petipaikalle ja välttää ”luukulta luukulle” kulkemiselta oli hakeutua hoitoon ambulanssikydyillä.

Ratkaisuun päivystykseen lähtemisestä olivat vähäisessä määrin vaikuttaneet myös potilaiden käsitykset omista oikeuksistaan. Pari haastateltavaa totesi, että palvelut oli-

vat asiakkaita varten olemassa ja että heillä oli ikänsä raskasta työtä tehneinä veronmaksajina oikeus käyttää palveluita silloin harvoin, kun he niitä tarvitsivat. Toisaalta monet korostivat, ettei heillä ollut tapana lähteä päivystykseen pikkuvaivojen takia vaan ainoastaan silloin, kun oli aivan pakko. Annettiinkin ymmärtää, että apu oli erityisen ansaittua ihmiselle, joka pyysi sitä vain ”tositarpeeseen”.

5.1.4 Päivystykseen hakeutumista jarruttaneet tekijät

Kaikki haastatelluista mainitsivat tekijöitä, jotka olivat saaneet heidät harkitsemaan päivystykseen menemättä jättämistä tai viivyttämään sinne lähtöä. Päivystykseen hakeutumista tulkittiin jarruttaneen 1) se, että päivystykseen hakeutumiselle koettiin olevan muita, parempia vaihtoehtoja, sekä 2) se, että potilas ei täysin luottanut saavansa päivystyksestä tarvettaan vastaavaa apua (taulukko 18).

Taulukko 18. Päivystykseen hakeutumista jarruttaneet tekijät

Selviytymiskeinot ja kotikonstit	Pyrkimys pärjätä omillaan	Päivystykseen hakeutumisen vaihtoehdot
Sisukkuus ja muut periaatteelliset syyt		
Terveyskeskus	Mahdollisuus saada apua muualta	Epäluottamus avun saamiseen päivystyksestä
Yksityissektori (Hoitoalalla työskentelevä) omainen		
Pelko päivystyksestä poiskäännyttämisestä	Kielteiset ennakkokäsitykset	Epäluottamus avun saamiseen päivystyksestä
Pelko pitkästä ja tuskallisesta odotuksesta		
Pelko epäystävällisestä kohtelusta	Vaativattomuus ja epävarmuus omista oikeuksista	Epäluottamus avun saamiseen päivystyksestä
Haluttomuus aiheuttaa vaivaa henkilökunnalle		
Muiden avuntarvitsijoiden huomioiminen		

Päivystykseen hakeutumisen vaihtoehdot. Päivystykseen hakeutumista parempina vaihtoehtoina tuotiin esiin pyrkimys omillaan pärjäämiseen sekä mahdollisuus saada apua muualta. Moni haastatelluista painotti yrittävänsä ”viimeiseen asti” pärjätä omillaan. Monenlaisia kotikonsteja oli kokeiltu ennen päivystykseen lähtemistä. Liikunnan, levon, lääkkeiden, syvään hengittelyn tai konjakkiryypyn oli havaittu helpottavan oloa. Monet korostivat, etteivät lähde heti ensioireista lääkäriin, vaikka olo olisi kuinka hankala, vaan odottelevat kärsivällisesti, menisikö vaiva ohi itsestään. Moni mainitsi olevansa selviytyjätyyppi, sisukas luonteeltaan tai omaavansa korkean kipukynnyksen. Joidenkin potilaiden halukkuutta hakeutua päivystykseen oli vähentänyt

se, että he olivat olleet oireettomia tai pitkään kestäneet oireet olivat olleet jo lievitymään päin; tällöin syynä päivystyskäyntiin oli ollut hoitajan tai lääkärin kehoitus hakeutua sinne jonkin tutkimuslöydöksen syyn ja vakavuuden selvittämiseksi.

Päivystykseen menemisen tarvetta vähentävänä tekijänä mainittiin myös halu hakea apua mieluummin jostain muualta. Muutamat mainitsivat käyttävänsä yleensä yksityissektorin palveluita, koska he mielsivät hoidon ja etenkin kohtelun paremmaksi. Muutamilla oli hoitoalalla työskentelevä läheinen, jonka puoleen he saattoivat ainakin pienemmissä vaivoissa kääntyä.

Epäluottamus avun saamiseen päivystyksestä. Tärkeimmäksi päivystykseen hakeutumista jarruttavaksi tekijäksi osoittautui epäluottamus tarpeita vastaavan avun saamiseen. Aineiston perusteella tulkittiin, että epäluottamuksen taustalla olivat päivystystä koskevat kielteiset ennakkokäsitykset sekä vähäisemmässä määrin myös vaatimattomuus ja epävarmuus omista oikeuksista.

Kielteiset ennakkokäsitykset perustuivat aiempiin omakohtaisiin kokemuksiin, tuttavilta kuultuihin mielipiteisiin sekä julkisuudessa esitettyihin seikkoihin kuten lehtien yleisönosastojen kirjoituksiin. Lähes kaikki haastatelluista mainitsivat kuulleensa kielteisiä kommentteja pitkästä odotusajasta, ruuhkasta, epäystävällisestä kohtelusta tai päivystyksestä poiskäännyttämisestä, ja muutamilla oli näistä omakohtaisia kokemuksia. Parilla haastateltavalla oli käsitys, ettei päivystykseen pääse suoraan, vaan on aina oltava lähete esimerkiksi terveysasemalta. Yhdellä heistä tämä käsitys perustui aiempaan kokemukseen päivystyksen luukulta poiskäännyttämisestä tilanteessa, jossa hän oli pyrkinyt lääkärin arvioon kuumeen ja kasvojen punoituksen vuoksi. Potilas, joka sitten yksityislääkärillä käytyään oli päätenyt läheteellä päivystykseen ja edelleen sairaalahoitoon kasvojen ruusun vuoksi, oli ymmärrettävästi harmissaan poiskäännyttämiseen liittyneestä vähätellyksi tulemisen kokemuksesta ja ylimääräisistä kustannuksista.

Lähes kaikilla haastatelluista oli käsitys, että päivystyksessä voi joutua odottamaan pitkään. Monet mainitsivat pelänneensä pitkäksi aikaa yksin jätetyksi tulemista tai olotilan pahentumista odotuksen aikana. Muutamia oli huolestuttanut, että heitä kohdeltaisiin epäystävällisesti, heitä ei otettaisi tosissaan tai heidän sanottaisiin tulleen päivystykseen ihan turhaan.

Päivystykseen hakeutumista olivat jarruttaneet myös sellaiset seikat, joiden voidaan tulkita ilmentävän omista oikeuksista tinkimistä, muiden avuntarvitsijoiden huomioimista ja vaivan aiheuttamisen välttelemistä. Muutamat olivat vältelleet hakeutumasta päivystykseen kaikkein ruuhkaisimmaksi olettamaansa vuorokaudenaikaan, perustellen päätöstään sekä pitkän odotusajan pelolla että pyrkimyksellä antaa

etusija kiireellisempää hoitoa tarvitseville potilaille. Jotkut huomauttivat, etteivät halunneet aiheuttaa kiireiselle henkilökunnalle vaivaa. Voidaan kuitenkin tulkita, että vaatimattomuutta ja harkitsevaisuutta korostavat maininnat olivat haastateltaville myös epäsuora keino perustella oikeuttaan hoitoon; näillä maininnoilla samaistuttiin sellaisiksi ihmisiksi, jotka tulivat päivystykseen vain, kun oli välttämättä pakko.

5.2 Käynnin tapahtumat ja niiden odottaminen

5.2.1 Päätös ambulanssin soittamisesta

Noin kolmasosa haastatelluista oli tuotu päivystykseen ambulanssilla. Päätöstä ambulanssin soittamisesta tai soittamatta jättämisestä oli pohdittu tarkkaan. Ratkaisua perusteltiin ensisijaisesti sillä, että voinnin ollessa niin huono muu kyyti ei tullut kyseeseen. Ambulanssin etuina mainittiin mahdollisuus olla makuuasennossa kuljetuksen ajan sekä se, että tutkimus ja hoito voitiin aloittaa jo kotona tai matkalla.

Päätöstä kutsua ambulanssi perusteltiin kuitenkin myös muilla kuin voinnin huonouteen liittyvillä syillä. Ratkaisuun oli saattanut vaikuttaa käsitys siitä, että ambulanssilla tuotavat potilaat pääsivät päivystyksessä hoitoon muita nopeammin. Useita kertoja päivystyksessä asioineella miespotilaalla (5) oli tästä ensikäden tietoa. *”Yleensä ambulanssilla meen koska silloin pääsee käsitteelyyn heti. -- Ambulanssimiehet on sanonu että jos tuut taksilla niin sää saat varrota siellä tuntikaupalla, kipristellä siellä odotushuoneessa. Mutta kun mennään heidän autolla eri ovesta sisään niin pääset heti”*, mies totesi. Toinen haastateltava antoi ymmärtää pidättäytyneensä oman auton käytöstä huonovointisuuden ja siihen liittyneen ajamisen vaarallisuuden vuoksi mutta myös siksi, ettei hän tiennyt, mihin auton saisi päivystyksen läheisyydessä jätettyä ilman sakkojen saamisen uhkaa; taksilla tai omaisen kyydillä päivystykseen menemisen mahdollisuutta hän ei haastattelussa pohtinut. Muutamien potilaiden kohdalla aloite ambulanssin soittamiseen oli tullut läheiseltä, hoitoalan ammattilaiselta tai sivullisilta.

Muutamit haastatelluista olivat murehtineet sitä, että ambulanssin kutsuminen osoittautuisi huonoksi ratkaisuksi. He mainitsivat pelänneensä turhan vaivan aiheuttamista ja erityisesti sitä, että jos ensihoitajat toteaisivat heidät ”liian hyväkuntoisiksi” ja tekisivät päätöksen kuljettamatta jättämisestä, he itse joutuisivat noloon asemaan. Aiempia kokemuksia kuljettamatta jätetyksi tulemisesta oli kahdella haastateltavalla, joista toisella kokemukset olivat kielteisiä.

Useat tekijät olivat vaikuttaneet kaatuessa lonkkamurtuman saaneen naispotilaan (13) yhdessä puolisonsa kanssa tekemään päätökseen hakeutua päivystykseen omalla autolla. Haastateltava vaikutti suorastaan kehuskelevan sisukkuudellaan ja vetosi siihen, ettei edelliselläkään kerralla 16 vuotta aiemmin toisen lonkan murtuessa ollut ambulanssia tarvittu. Hän teki selväksi, ettei ole niitä ihmisiä, jotka soittavat ambulanssin ”heti kun vähänkin jotain on”. Nainen perusteli ambulanssin soittamatta jättämistä myös tuttavansa kokemuksiin perustuvalla käsityksellä, että samalla kotiin saattaisi tulla myös poliisi ja paloyksikkö. Hän antoi ymmärtää varoneensa sekä vaiivan aiheuttamista että turhan valittajaksi leimautumista. *”En mä ambulanssia pelkää enkä tällai. Mutta tota, paljon on usein kirjoituksia että aina ambulanssi tulee mutta se sitten tykkää että ei he viekään, te ette oo tarpeeksi huonossa kunnossa”*, nainen totesi.

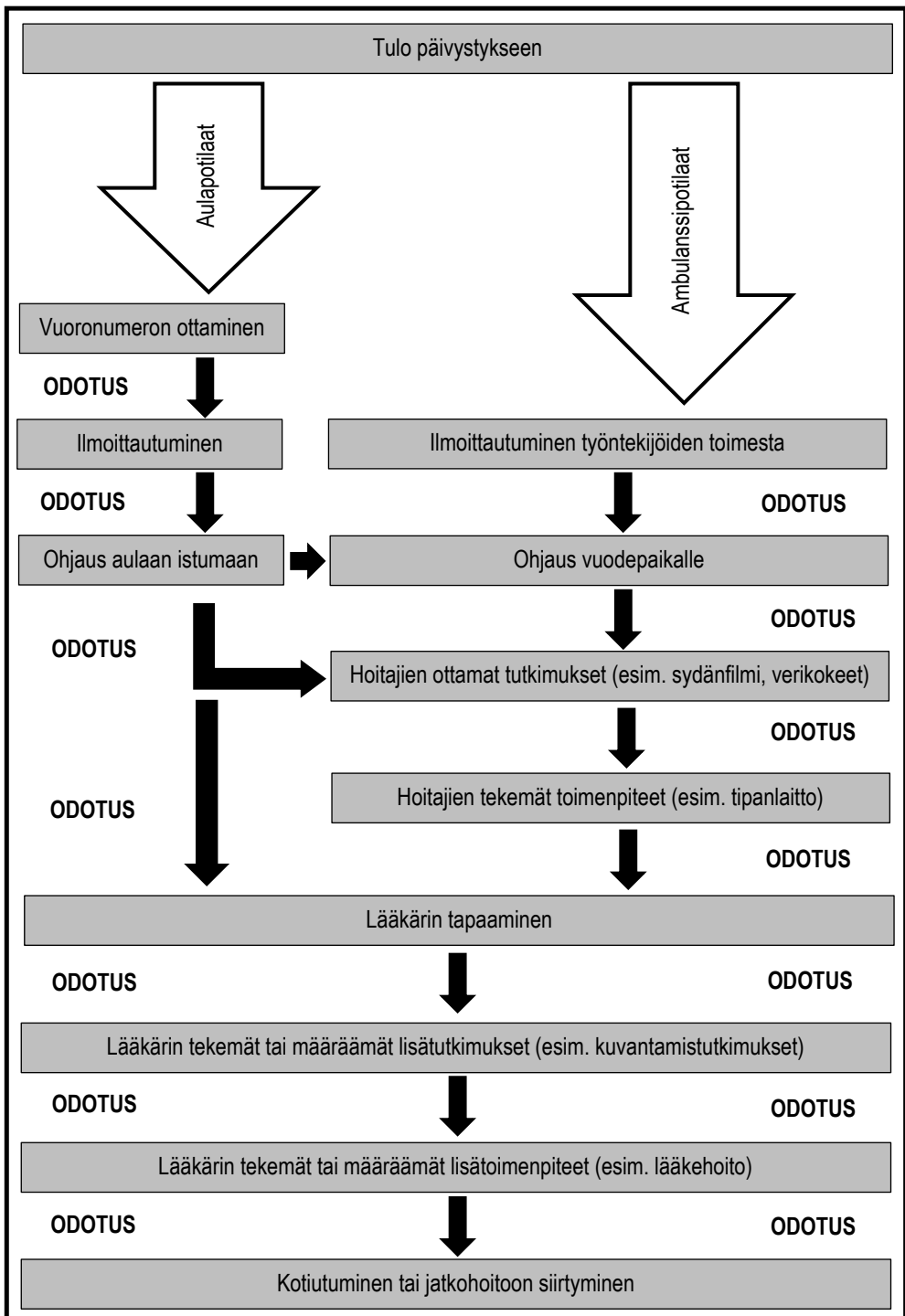
5.2.2 Päivystyskäynnin vaiheet

Ambulanssilla tulleiden potilaiden kokemukset päivystyskäynnin alkuvaiheista olivat keskenään varsin samankaltaisia ja pääosin hyvin myönteisiä: ensihoitajien ja päivystyksen henkilökunnan saatua keskenään selvitettyä ”paperinsa” ja siirrettyä potilaan vuodepaikalle ensimmäiset tutkimukset ja toimenpiteet olivat alkaneet lähes saman tien. Aulan kautta tulleiden potilaiden kokemukset sen sijaan vaihtelivat suuresti. Heidän maininnoistaan ilmeni, että heti ovesta sisään tultua oli täytynyt tehdä ensimmäinen tärkeä toimenpide – ei kuitenkaan henkilökunnan suorittama hoitotoimenpide, vaan se, että joko potilaan tai saattajan oli pitänyt ymmärtää ottaa vuoronumero ”ilmoittautumislukulle” pääsyä varten. Kutsua luukulle oli odoteltu muutamista minuuteista yli tuntiin, tyypillisimmin 10–15 minuuttia. Luukulta käynti oli jatkunut kehotuksella istua aulaan odottamaan joko lääkärin vastaanottohuoneeseen kutsumista, toimenpidehuoneeseen pääsyä tai petipaikalle ohjaamista. Aulasta tarkkailutiloihin ohjatut potilaat puhuivat hyvin myönteiseen sävyyn siitä, että vuodepaikalle ohjaaminen oli tapahtunut jo 10–15 minuutin sisään ja ensimmäiset tutkimukset ja hoitotoimenpiteet oli tehty lähes saman tien. Selvästi kielteisempiä kokemuksia toivat esiin ne haastateltavat, jotka olivat odottaneet aulatiloissa lääkärille pääsyä, arvionsa mukaan keskimäärin 2,5–4 tuntia.

Päivystykseen tulotavalla (ambulanssi vs. muu kyyti) sekä odotuksen aikaisella sijoittelulla (aula vs. petipaikka) oli siis ollut melko suuri vaikutus kokemuksiin päivystyskäynnin alkuvaiheen kulusta. Ero kuitenkin tasoittui ensimmäisten tutkimusten ja henkilökuntakontaktien jälkeen. Käynnin kokonaiskesto oli vuodepaikkapotilailla ollut hieman aulapotilaita pidempi, mutta käynnin kestoa koskevissa kokemuksissa ei

ollut havaittavissa selvää eroa. Käynnin loppuvaiheen keskeisiä tapahtumia olivat olleet henkilökunnan kanssa käyty keskustelu jatkohoitosuunnitelmista ja sen jälkeen joko kotiutuminen tai siirtyminen osastolle.

Päivystyskäyntiin oli tyypillisesti liittynyt kontakteja lukuisiin eri työntekijöihin: yhteen tai useampaan lääkäriin ja hoitajaan, ”ilmoittautumislukun” työntekijään, verinäytteiden ja/tai röntgenkuvien ottajiin, kenties myös ensihoitajiin ja taksinkuljettajiin. Potilaalle oli saatettu tehdä lukuisia eri tutkimuksia ja toimenpiteitä useassa eri vaiheessa ja monien eri henkilöiden toimesta. Haastateltavien mainintojen valossa päivystyskäynti ei kuitenkaan näyttäytynyt tutkimusten ja toimenpiteiden sekä henkilökuntakontaktien saumattomana jatkumona vaan eri tapahtumien ja niiden odottamisen rikkonaisena ketjuna (kuvio 3).



Kuvio 3. Päivystyskäynnin tapahtumien kulku aula- ja ambulanssipotilailla

5.2.3 Tutkimukset ja toimenpiteet haastateltavien kokemana

Tässä aluvussa tarkoituksena oli tarkastella haastateltavien kokemuksia päivystyskäynnillä tehdyistä tutkimuksista ja hoitotoimenpiteistä. Asiaa hankaloitti se, että aineistossa oli näistä seikoista vain niukasti puhetta. Mainintojen vähäisyys kuitenkin tulkittiin itsessään merkitykselliseksi havainnoksi.

Yksi mahdollisuus on, ettei haastatteluissa koettu tarpeelliseksi kertoa yksityiskohdaisesti sellaisista seikoista, joita pidettiin itsestään selvinä. Poissulkea ei voi senkään seikan vaikutusta, että pyydetessä suostumusta tutkimukseen osallistumiseen potilaille oli kerrottu haastattelijan olevan koulutukseltaan lääkäri ja tutustuvan sairauskertomusmerkintöihin.

Osa haastatteluista vaikutti muodostaneen aiempien kokemusten perusteella käsityksen siitä, mitkä toimet ilman muuta kuuluivat päivystyskäyntiin. ”*Sehän on se ruutiinitoimenpide -- että verenpaineet ja ynnä muut tämmöset ja sydänfilmit otetaan sitten siellä verhon takana*”, edeltävän kolmen vuoden aikana neljästi aiemmin päivystyksessä asioinut miespotilas (5) kertoi käynnin alkuvaiheen tapahtumista. Aiemmat hoitokokemukset näkyivät puheessa tällä haastateltavalla, joka preesens-muotoa käyttämällä antoi ymmärtää tietävänsä sen, mitä päivystyksessä tavanomaisesti tapahtuu, eikä vain sitä, mitä juuri hänelle juuri tällä käynnillä tapahtui. Tapa kuitata yllätyksettömästi sujuneet tutkimukset ja toimenpiteet pikemmin toteavaan kuin kuvailevaan sävyyn näkyi monen muunkin haastateltavan maininnoissa. Tyypillistä oli todeta, että verikokeita ja sydänfilmi otettiin, verenpaine ja lämpö mitattiin sekä nesteytystä ja lääkitystä annettiin. Haastateltavien maininnoissa tutkimukset ja toimenpiteet näyttäytyivät asioina, jotka päivystyskäynnillä vain ”tehtiin”, sen sijaan, että juuri tietynlainen henkilö olisi tehnyt ne juuri tietyllä tavalla.

Tarkemmin yksityiskohtia kuvailtiin esimerkiksi silloin, kun tapahtumien kulku oli poikennut ennakkokäsityksistä. Miespotilaan (10) kuvaus keuhkokuvien ottamiseen liittyneistä haasteista oli yksi harvoista maininnoista, joissa paljastettiin yksityiskohtia siitä, miltä tutkimukset ja toimenpiteet olivat tuntuneet. ”*Mut raahattiin sitten sinne röntgeniin. Ja mähän olin vähän kun nahkareppu, kun -- se joka otti ne kuvat, niin se lähti siitä että mä pystyn seisoon ja niin mä lähdin ittekin, mutta mä kyllä sitten, se oli todella vaikeeta, se oli vähän ehkä koomistakin kun mä roikuin siinä*”, mies muisteli.

Tutkimusten ja toimenpiteiden ajallinen osuus koko päivystyskäynnistä oli usein ollut vähäinen. Mielekkäät tapahtumat olivatkin usein jääneet odotuksen varjoon. Tämä havainnollistuu hyvin miespotilaan (8) kuvauksessa. ”*Aikansa sitten odoteltiin siinä. Vai vietiinkö beti sitte, vähän siitä kun päästiin sisälle, aika pianhan siitä tuli noutaja ja kävinkö mä kuvassa, vai oliko siinä väliodottelua sitten, no, oli mitä oli. Ja sen jälkeen meni sinne*”

niinku odottelemaan jatkotoimenpiteitä, sängyssä. Ja... se, se ei ole mitenkään miellyttävä paikka. Kaubee liikenne siellä, hoitajia, lääkäreitä, ja kaikilla kiire. Pirunmoinen veto. Ainakin siinä kulmasängyssä missä mä olin verbon takana heti. Ja niin mahdollottoman levotonta kuin ikinä voi olla. Siinä sitten aikansa, pari kolme tuntia olin, odottelin, ja ihan loppupäästä sitten aukeni paikka. Olin käynny niinku röntgenissä siinä välillä ja sitte osastolle”, haastateltava muisteli.

Sitaatti on otettu potilaan vastauksesta haastattelun aluksi esitettyyn kehoitukseen kertoa päivystyskäynnistä. Kysymyksenasettelu huomioiden voidaan katsoa, että haastateltavalla oli mahdollisuus valita, mitkä yksityiskohdat hän koki merkitykselliseksi nostaa esiin. Vastauksessa korostuivat tapahtumien kulun sujumattomuuteen, odotukseen sekä olosuhteiden epämiellyttävyyteen liittyneet kokemukset. Tutkimuksista ja toimenpiteistä hän ei kertonut samanlaisella yksityiskohtaisuudella. Haastateltavan kuvauksessa ne eivät näyttäneetkään asioina, jotka käynnin aikana tapahtuivat, vaan pikemminkin asioita, joiden tapahtumista odoteltiin.

5.2.4 Odotus

Odotuksen merkitys. Haastatteluaineistossa oli odotuksesta enemmän mainintoja kuin mistään muusta teemasta. Haastateltavien välillä oli havaittavissa eroja siinä, mikä miellettiin odotukseksi ja mikä ei: esimerkiksi laboratoriotutkimusten keskenräisyydestä saatettiin puhua joko negatiivisessa mielessä odottamisena tai positiivisessa merkityksessä tutkittavana olemisena. Aulapotilaat tyypillisesti viittasivat odotusajalla aikaan, joka kului lääkärin vastaanotolle kutsumiseen, jotkut petipaikkapotilaat taas käynnin kokonaiskestoan. Moni jaotteli puheessaan käynnin erillisiin tapahtumiin, joiden välinen aika koettiin odotukseksi.

Haastateltavien maininnoista oli tulkittavissa, että olennaisinta ei ollut odotusaika esimerkiksi lääkärin tapaamiseen vaan se, mitä tänä aikana tapahtui tai jäi tapahtumatta. Parhaassa tapauksessa potilas oli tultu ottamaan vastaan hyvin pian päivystykseen saapumisen jälkeen, häntä käytiin katsomassa tihein väliajoin ja hänet pidettiin ajan tasalla tapahtumista ja niiden syistä. Tärkeää oli siis, että potilasta ei hylätty oman onnensa nojaan ja että odotukselle oli tiedossa jokin mielekäs syy.

Haastateltavat voitiin jakaa odotusajan kokemusten perusteella kolmeen ryhmään. Noin kolmasosa antoi ymmärtää kokeneensa, että päivystyskäynti oli edennyt pääosin sujuvasti ja että heistä oli pidetty hyvää huolta koko käynnin ajan. Noin puolet haastatelluista oli päinvastoin kokenut odotusaikansa aivan liian pitkäksi ja kuormittavaksi. Heillä oli kielteisiä kokemuksia yksin jäämisestä, epätietoisuudesta ja

puutteellisesta huolenpidosta. Lopuilla haastateltavista kokemukset odotusajasta olivat osittain kielteisiä ja osittain neutraaleja. He kokivat odotusajan hieman turhan pitkäksi mutta ei kohtuuttoman kuormittavaksi suhteessa omaan sietokykyynsä. Henkilökunnan antama huomio odotusaikana oli ollut vähäistä, mutta nämä potilaat olivat olleet niin hyväkuntoisia, ettei erityisen tiivistä huolenpitoa ollut tarvittukaan.

Odotuksen syyt. Haastateltavien käsitykset odotuksen syistä vaihtelivat. Muutamat mainitsivat pitävänsä ilman muuta selvänä, että tutkimustulosten valmistuminen, hoitopäätösten tekeminen sekä jatkohoitopaikan järjestäminen veivät aikansa. Haastateltavien mielestä oli myös ymmärrettävää, että päivystyksen tilanteet ja potilasmäärät vaihtelivat, kiireellisimmät potilaat hoidettiin ensin ja tutkimuslaitteet saattoivat olla juuri varattuina.

Ylivoimaisesti yleisimmin mainittu käsitys odotuksen syistä koski kuitenkin päivystyksen henkilökuntamäärän riittämättömyyttä suhteessa potilaiden lukumäärään. Muutamien haastateltavien mielestä taustalla oli päivystyspalveluiden liiallinen keskittäminen: arveltiin, että pienten päivystysasemien lakkauttamisen myötä lähes koko maakunnan alueelta oli ”haalittu” kaikki potilaat saman katon alle ilman, että henkilökuntaresursseja olisi lisätty samassa suhteessa. Osa haastatelluista näki päivystyksen resurssipulan osana laajempaa yhteiskunnallista ongelmaa: arveltiin, että rahalle annetaan liikaa painoarvoa eikä terveydenhuoltoon, vanhuspalveluihin ja kansalaisten hyvinvointiin panosteta Suomessa riittävästi. Muutamat arvelivat päivystyksen organisaatiossa ja johtamisessa olevan puutteita, joskaan näitä käsityksiä ei tarkemmin perusteltu. Pari haastateltavaa epäili pitkien odotusaikojen osasyiksi henkilökunnan välinpitämättömyyttä.

Kielteisenä koettu odotus. Haastateltavat puhuivat odotuksesta hyvin kielteisillä ilmauksilla. Siitä puhuttiin vartomisena, jonottamisena, makuutetuksi tulemisena, istua törröttämisenä tai könöttämisenä, kamalan hitaana toimintana, homman venymisenä sekä avun viipymisenä. Odotuksen mainittiin kestäneen kamalan kauan, hirveän pitkään, monta tuntia, melkein puoli päivää, tuntitolkulla, vaikka kuinka kauan ja aivan liian pitkään. Odotus oli koettu harmillisena, tuskallisena, raskaana, epätoivoisena ja kurjana. Sen kerrottiin aiheuttaneen ärtymystä, hermostuneisuutta, hätääntymistä ja jännitystä. Odotus miellettiinkin yhdeksi hoidon laatua eniten heikentäneeksi tekijäksi. Pahimmillaan se oli tuskallista, turvatonta ja turhauttavaa (taulukko 19).

Vaikka päivystykseen oli lähdetty hakemaan lievitystä tuskallisiin oireisiin, pelkoihin ja epävarmuuteen, pitkän odotuksen aikana olotila oli saattanut pikemmin pahentua kuin helpottua. Monet olivat kokeneet odotusajan raskaaksi, pelottavaksi ja suorastaan epätoivoiseksi. ”*Se tietysti pitkälle tuntui. Kipu on ja, eikä mitään apua tule että. Toivoo koko ajan että tulis pian vaan*”, kovista kivuista kärsinyt miespotilas (16) totesi.

”En mä tiedä onko sitte niin vähän hermostunut, -- eihän se nyt mikään hyvä olo ole, että mä oon täällä nyt että, semmonen, -- että nyt kun pääsis pian, tämmönen. Niin. Mutta ei pääse, siellä on niin monta niitä ja aina lisää tulee”, hengenahdistuksesta kärsinyt naispotilas (15) kuvaili sitä, miltä oli tuntunut odottaa tiedostaen, että oma avuntarve oli vaarassa jäädä kiireellisempää hoitoa tarvitsevien potilaiden tarpeiden varjoon. *”Ku siitä ei uskalla lähteees mihinkään että kävelis vähäsen. Ku se on istuttava siinä, niin siinä väsy selät ja jalat ja sitten väsy siihen oottamiseen. Kun ei sitten sano mitään muuta ku vuorollaan kutsuvat sieltä, muutenkin siinä jotain sanoisivat, että niin kauan menee tai saa mennä vaikka kabville, mutta ei mitään semmosta”,* naispotilas (3) harmitteli odotusajan kuormittavuutta ja huolenpidon riittämättömyyttä. Moni oli kokenut turhauttavaksi joutua vartomaan avun saamista loputtoman pituiselta tuntuvalta tovin ilman, että odotukselle oli tiedossa mielekäs syy. Haastateltavien mielestä oli kohtuutonta, että huonokuntoisena, kivuliaana ja hätäantyneenä ihminen pakotettiin odottamaan kauan avun saamista. *”Emmää nyt tarkota sitä että kun menee ovesta sisälle niin tarttis lääkärin odottaa ovelta käsi ojossa. Mutta tuntimääränä, siis nämä tuntikausien odottamiset, ne eivät sovi sairaiden hoitoon”,* mieshaastateltava (2) tähdensi.

Taulukko 19. Kielteisenä koettu odotus

Odotus ilman riittävää oireita lievittävää hoitoa	Kärsimystä aiheuttava	
Odotus ilman, että perustarpeista huolehditaan	odotus	Tuskallinen odotus
Odotus levottomissa ja meluisissa olosuhteissa	Epäviihtyisä odotus	
Tylsä ja pitkäväteinen odotus		
Sairautta koskevien pelkojen paheneminen	Pelottava ja ahdistava	
Yksin jäämisen ja hylätyksi tulemisen kokemus	odotus	Turvaton odotus
Epätietoisuus odotuksen syistä ja pituudesta	Hallitsemattomissa	
Epävarmuus siitä, saako apua ollenkaan	oleva odotus	
Odotukseen ei voi itse vaikuttaa mitenkään		
Odotus tuntuu kohtuuttoman pitkältä	Kohtuuton ja	
Odotus johtuu syistä, joita ei pidetä hyväksyttävänä	tarpeeton odotus	Turhauttava odotus
Apua ei saa, vaikka sitä kipeästi tarvitsee	Epäoikeudenmu-	
Odotus koetaan osoituksena vähätellyksi tulemisesta	kaiseksi koettu odotus	
Käsitykset iäkkäisiin kohdistuvasta syrjinnästä		

Odotukselta vältyminen. Noin kolmasosa haastatelluista puhui käynnin tapahtumien sujuvuudesta enimmäkseen myönteiseen sävyyn. Useimmat muutkin mainitsivat edes yksittäisten käynnin vaiheiden edenneen sujuvasti. Eniten myönteistä sanot-

tavaa haastateltavilla oli henkilökunnan kanssa ensikontaktiin pääsyn riipeydestä. Tyyppillistä kuitenkin oli, että ensiarvion jälkeen käyntiin oli liittynyt pitkä, jopa usean tunnin mittainen suvantovaihe. Yleensä jonon pullonkaulana oli ollut lääkärille pääsy. Haastateltavien maininnoista oli kuitenkin tulkittavissa, ettei keskeistä ollut odotuksen kesto vaan se, tunsiko potilas saavansa hyvää huolenpitoa turvallisessa hoitoympäristössä vai jäävänsä kiireen ja ruuhkan keskelle yksin. ”Kyllähän mä vähän aikaa yksinkin olin siinä jossain, mutta siinähän oli henkilökuntaa, mähän olin koko ajan niinku valvonnassa tavallaan siinä”, mainitsi miespotilas (10), joka käynnin useiden tuntien mittaisesta kokonaiskestosta huolimatta koki välttyneensä odotukselta lähes kokonaan, sillä hänet oli tultu heti ottamaan vastaan ja hänestä oli pidetty koko ajan hyvää huolta. Monet muut yhtä kauan aikaa päivystyksessä viettäneet potilaat mainitsivat joutuneensa odottamaan, kun taas tämä haastateltava koki olleensa valvottavana, tutkittavana ja hoidettavana.

Osa haastatelluista koki tapahtumien edenneen siinä järjestyksessä ja sillä nopeudella, kuin ylipäättään oli mahdollista. ”Eihän sitä voi ajatella niin että koko aika olis joku vieressä, vaan se tuli aina ja lähti, jotakin mitä hänelle kuulu, kokeita tehdä -- ja siirtää sitte johonki koneelle. -- Että kun siellä sydänfilmi otettiin ja keuhkokuva otettiin, niin ei ne pitkiä ne kestoajat ollu, ja sitte mä olin jo varmaan jo kymmenen aikaan eli neljä tuntia oli menny, niin olin sitte jo Hatanpäällä”, kaupunginsairaalaan lähetetty miespotilas (14) kuvaili tapahtumien kulkua. Hän mainitsi yllättyneensä myönteisesti siitä, kuinka sujuvasti käynti oli edennyt. Haastateltavan voidaan kuitenkin tulkita myös kritisoineen käytäntöä, että vähän väliä joku eri ihminen kävi tekemässä jonkin yksittäisen asian ja lähti taas pois. Hän mainitsi vaarana olevan, että henkilökuntakontaktien välille jäi odotusaikaa, jona potilas voisi hätäntyä ja miettiä, miksi kukaan ei tule hänen luokseen.

Odotuksen kestäminen. Haastateltavat olivat kokeneet erityisen harmilliseksi sen, ettei odotukseen voinut juuri mitenkään itse vaikuttaa. Se oli vain ollut pakko kestää. Haastateltavien maininnoista voidaan tulkita suoranaista epätoivoa liittyneen niihin tilanteisiin, joissa odotus oli vain täytynyt sietää ja jaksaa, vaikka ei olisikaan sietänyt eikä jaksanut. Vain yksi haastateltava (3) mainitsi odotuksen kestämiselle vaihtoehdon: poislähdön. ”Vaikka mäkin olin huonokuntoinen, niin siellä oli vielä toisiakin huonokuntoisia, kaksi vanhaa rouvaa, niin ne lähti pois kun ne ei jaksanu istua ja eivät tienny koska pääsee”, pitkäksi ja raskaaksi odotusaikansa kokenut naispotilas huomautti. Hänen maininnoistaan oli tulkittavissa, että odotusajan kestämistä oli edesauttanut se sama tekijä, joka hänet oli päivystykseen saanut lähtemään: välttämättömäksi koettu avuntarve. ”Tietysti siinä mielessä oottaa mielellään, kun tuota, jos apua sais väivaan. Että kyllähän sitä jokainen varmaan, jos on oikeen kipeä, niin oottaa että tulee se apu”, nainen totesi.

Hän antoi ymmärtää, että voimakasoireisuuteen pohjautuva avuntarve yhtäältä heikensi hänen kykyään sietää odotusta ja toisaalta sai hänet pinnistelemaan enemmän kestääkseen sen.

Haastatteluissa mainittiin muitakin tekijöitä, jotka olivat auttaneet odotuksen kestämistä. Joitain potilaita oli auttanut se, että he olivat osanneet varautua odotukseen jo ennalta. Pari kohtalaisen hyväkuntoista haastateltavaa oli lohduttanut ajatuksella, että aika kuluisi yhtä nopeasti, vietettiin se sitten päivystyksessä tai jossain muualla. Muutamat mainitsivat odotuksen olevan helpommin siedettävissä, kun säilytti rauhallisuuden ja asennoitui siten, että kaikki se kestäisi mikä kestävä oli. Joitain oli auttanut huomion suuntaaminen jonkin mielekkään ajanvietteen avulla pois senhetkisestä epämurkavasta olotilasta. Osa taas antoi ymmärtää odotuksen kestämistä helpottaneen vertailu vielä kielteisempiin aiempiin kokemuksiin tai toteutumatta jääneisiin etukäteispeleihin.

5.3 Olotila käynnin aikana

5.3.1 Fyysinen olotila

Oireet. Lähes kaikilla haastatelluista oli päivystykseen hakeuduttaessa kiusallisia somaattisia oireita kuten kipua, hengenahdistusta, kuumetta tai huonovointisuutta. Muutamat mainitsivat kärsineensä sellaisista oireista, jotka olivat alkaneet vasta käynnin aikana, esimerkiksi pitkän istumisen tai makaamisen provosoimista selkä- ja jalkakivuista.

Haastateltavat mainitsivat useita tekijöitä, jotka olivat lievittäneet oireita (taulukko 20). Vain osa liittyi lääketieteellisiin toimenpiteisiin, jollaisia olivat esimerkiksi kipulääkityksen tai lisähapen antaminen. Henkilökunnan koettiin voivan helpottaa oireita myös keskustelun ja huolenpidon kautta. Voinnan kysymisen, avun tarjoamisen ja myötätunnon osoitusten mainittiin voivan esimerkiksi antaa potilaalle lisää kestäkykyä. Monet haastatelluista arvelivat, että kun olo tuntui turvalliselta, myös somaattiset oireet tuntuivat vähäisemmiltä, ja päinvastoin. *”Minusta tuntuu että jos näyttää siltä että kukaan ei välitä, siinä tilanne pahenee. Koska sitä itekkin hermostuu siihen. -- Minun tuli heti niinku parempi olo kun minä näin että se hoitaja on jo tosissaan ja, kattoo, käy kattomassa välissäkin että miten, jaksanko minä siinä istua ja. Niin sitä voi niinku yrittää itekkin enemmän, että jaksaa, tai jostakin saa niitä voimia vähän enemmän kuitenkin”*, naispotilas (17) kuvaili hoitajan kiinnostuneisuuden vaikutusta olotilaansa.

Taulukko 20. Somaattisia oireita lievittäneet tekijät

Henkilökunnan toiminta	Lääketieteelliset toimenpiteet
	– Lääkehoito, lisähapen anto, sijoiltaan olevan nivelen asetus paikoilleen
	Potilaan kohtaaminen, keskustelu ja rauhoittelu
Muut tekijät	– Voinnin ja tarpeiden tiedustelu, kiinnostuneisuus, myötätunto
	Oireiden rajoittuminen itsestään
	– Oireiden spontaani lievittyminen tai kivuttomuus makuuasennossa
	Turvalliseksi koettu hoitoympäristö
	– Muiden ihmisten läsnäolo ja tieto siitä, että apu on lähellä
Potilaan oma toiminta ja asennoituminen	
– Rauhallisuus, kärsivällisyys, käveleskely, sopivan asennon etsiminen	

Osalla haastatelluista fyysinen olotila oli helpottunut ilman henkilökunnan aktiivista panostusta. Muutamat mainitsivat oireiden lievittyneen odotusaikana itsestään tai lepoasentoon pääsyn jälkeen. Monien olotilaa oli helpottanut jo tieto turvallisessa hoitoympäristössä olemisesta. Jotkut kokivat pystyneensä itse lievittämään oireitaan esimerkiksi venyttämällä kivuliasta raajaa, käveleskelemällä tai etsimällä mahdollisimman miellyttävän asennon. Muutamia oli auttanut rauhallinen suhtautumistapa tai se, että he olivat vain päättäneet kestää oireensa. Huomionarvoista on, että monet haastatelluista antoivat ymmärtää kokeneensa oireiden lievittymisen henkilökunnan ”ansioksi” myös silloin, kun kyse oli esimerkiksi päivystykseen saapumisen aikaansaamasta turvallisuuden tunteesta ja sen myötä oireiden helpottumisesta eikä välttämättä suoranaisesti henkilökunnan toiminnasta.

Oireita kuvaillessaan haastateltavat käyttivät voimakkaita ja tunnepitoisia ilmauksia, puhuen esimerkiksi kertakaikkisen sietämättömistä kivuista tai tosi tuskaisesta olost. Muutamat painottivat myös muiden ihmisten havaittavissa olleita seikkoja kuten kivuliaisuuden näkymistä jo potilaan naamasta, hengityksen vinkunan äänekyyttä tai rytmihäiriötuntemuksiin ja huonovointisuuteen liittynyttä sykkeiden ja verenpainoiden voimakasta vaihtelua. Kenties otaksuttiin, että silmin nähtävissä, korvin kuultavissa tai monitorilta havaittavissa olevat sairauden ilmentymät tulisivat huomioiduiksi varmemmin kuin potilaan subjektiiviset tuntemukset. Toisaalta pidettiin erityisen moitittavana, jos oireet olivat jääneet huomiotta silloinkin, kun ne haastateltavien mielestä näkyivät myös päällepäin.

Haastateltavat pitivät tärkeänä, että olotilaa helpottavat toimenpiteet aloitettaisiin heti päivystykseen saapumisen yhteydessä, ne olisivat teholtaan riittäviä ja niitä jatkettaisiin tai toistettaisiin tarvittaessa. Muutamien mielestä oli oleellista, että potilasta informoitiin esimerkiksi kipulääkityksen antamisesta; oireiden ei välttämättä ollut koettu lievittyneen sellaisella hoidolla, jonka tarkoituksesta oltiin epä tietoisia.

Haastateltavilla oli oireita lievittävästä hoidosta sekä myönteisiä että kielteisiä kokemuksia. Positiiviset kokemukset mainittiin haastattelussa usein vain lyhyesti; tyyppillistä oli todeta, että kipulääkettä oli annettu ja se oli auttanut. Negatiivisista kokemuksista sen sijaan kerrottiin yksityiskohtaisemmin, kuten teki kovista kivuista kärsinyt miespotilas (16). Olkanivelen sijoiltaanmenon vuoksi päivystykseen hakeutunut potilas oli kertomansa mukaan ohjattu toimenpidehuoneeseen makuuasentoon riipputtamaan yläraajaansa. Noin kahden tunnin kuluttua lääkintävahtimestari oli tullut vetämään nivelen paikoilleen. ”Kipupiikki” oli potilaan ja saattajana olleen puolison mukaan annettu vasta noin puoli tuntia ennen toimenpidettä eli 1,5 tunnin kuluttua päivystykseen tulosta. Haastateltava kertoi olleensa odotusaikana erittäin kivulias. Särkylääkkeen anto oli viivästynyt huolimatta siitä, että potilas oli maininnut tuskaisesta olostaan henkilökunnalle. ”Kyllä kai se tuli sanottua sille, joka sitten boiti siellä hoito-huoneessa, sen ajan mitä hän kerkes siellä olemaan, kyllä se varmaan tuli sanottua että... Ja ties se kyllä että särkee kovasti. Ja taisi ittekin, ittekin vielä sanoa että te saatte vielä kipupiikin mutta se sitten aina kuitenkin viipy”, mies muisteli.

Oireita lievittävä hoito oli kyseisen haastateltavan mainintojen perusteella arvioituna ollut riittämätöntä paitsi odotuksen myös nivelen paikoilleen asettamisen aikana. ”Se tuli ja veti sitten vaan niin kauan että se meni paikalleen. Se oli aika tiukassa kyllä mutta. Koko ajan siinä vain hoki ’anna olla rentona vaan’ ja sitte. Kyllähän se vähän kipeetä teki mutta kun se meni paikalleen ja sitten lakkas kipukin”, mies kertoi. Maininnat tiukassa olleesta nivelestä ja toimenpiteen kivuliaisuudesta kielivät särkylääkityksen riittämättömyydestä, ja kehoitus ”anna olla rentona vaan” kuulostaa jokseenkin absurdilta lausuttuna ihmiselle, jolla on nivelen sijoiltaan oloon ja sen aiheuttamaan kipuun luontaisesti liittyvä voimakas lihasjännitys.

Kipulääkityksen saanti oli viivästynyt vielä enemmän edellisellä kerralla, kun tämä toistuvista olkanivelen sijoiltaanmenoista kärsivä mies oli joutunut hakeutumaan saman vaivan vuoksi erään toisen paikkakunnan päivystykseen. ”Siellä oli melkein vielä heikompi se, kysyttiin vaan että ootteko saanu kipupiikkiä, ku sanottiin että ei oo saatu, niin ei siitä sen kummempaa, ne kulki vaan siinä edestakasin”, mies totesi.

Haastateltava itse arveli kipulääkkeen antoa viivyttävän siksi, että sen teho olisi lakannut ennen aikaansa, jos se olisi annettu heti päivystykseen tullessa. Tätä käsitystään hän toisteli useita kertoja, ikään kuin hakien haastattelijalta vahvistusta arviolleen tai yrittäen vakuutella itseään siitä, että ongelmien oli joku hyväksyttävä syy, jolloin luottamus hoitoa antavaa tahoja kohtaan ei olisi uhattuna. Toisaalta haastateltava antoi ymmärtää epäilleensä viivytysten syyksi hoitajien kiirettä. Kuitenkin hän vaikutti välttelevän henkilökunnan syylistämistä ja mainitsi useaan otteeseen ymmärtävänsä, että päivystyksessä oli muitakin potilaita.

Perustarpeet. Perustarpeilla tarkoitetaan tässä yhteydessä juotavan ja syötävän saamisen, WC:ssä käymisen sekä levon tarvetta. Haastateltavien välillä oli eroja siinä, missä määrin nämä tarpeet ja riippuvuus toisten ihmisten avusta niiden tyydyttämisessä olivat päivystyskäynnin aikana nousseet oleellisiksi kysymyksiksi. Tätä selittivät erot potilaiden toimintakyvyssä, sairauden vakavuudessa sekä käynnin kestossa.

Puutteellinen juotavan ja syötävän tarpeeseen vastaaminen oli yleinen ja hyvin kiu-salliseksi koettu ongelma. Noin puolet haastatelluista mainitsi kärsineensä käyntinsä aikana kovasta janosta ja/tai nälästä. Riittämätöntä nesteiden ja ravinnon saantia har-mittelivat etenkin ne potilaat, joiden päivystyskäynti oli kulunut vuodepaikalla maa-ten. Haastatteluaineisto tarjosi tälle havainnolle kaksi selitystä: Petipaikalla olleilla po-tilailla käynnin keskimääräinen kokonaiskesto oli ollut pidempi kuin aulapotilailla, ja todennäköisesti siksi nälkä ja jano olivat heillä herkemmin ehtineet muodostua on-gelmaksi. Toisaalta aulassa mainittiin olleen vesipiste kertakäyttömukeineen sekä maksullinen ruoka-automaatti kaikkien näköksillä. Pääosa aulapotilaista oli siis kyen-nyt huolehtimaan juomisistaan ja syömisistään itsenäisesti tai saattajana olevan omai-sen avustuksella, kun taas huonokuntoisemmat, liikkumisvaikeuksista kärsineet tai esimerkiksi tippaletkuissa tai EKG-monitoreissa kiinni olleet vuodepaikkapotilaat olivat olleet henkilökunnan avusta riippuvaisia.

Naispotilas (4) kertoi heti haastattelun alkajaisiksi, mitä hänelle oli jäänyt käynnistä päällimmäisenä mieleen. *”Yks puute siellä on. Ku ei siellä saa, vaikka kuinka olis potilaalla kaubee jano niin siellä ei, siellä on varmaan vesi kortilla, mutta sieltä ei vettä saa edes lasillista. Mutta onko siellä vesi kortilla sitte. Sinne täytyy edes vähän sen verran että vanhuk-sien kuivaa suuta jos ne koko päivän joutuu siellä makaan”*, totesi potilas, joka toi perustarpeiden lai-minlyöntiä koskeneet kokemukset esiin useaan otteeseen haastattelun aikana. Asian tekee erityisen mielenkiintoiseksi se, että haastateltavalla oli jonkin verran vaikeuksia muistaa käynnin muita yksityiskohtia. Tämä ei vähennä haastateltavan kokemusten painoarvoa vaan päinvastoin mahdollistaa huomion kiinnittämisen niihin seikkoihin, jotka hän itse koki merkityksellisiksi. Potilaalla oli parin vuoden sisällä ollut useita päivystyskäyntejä, joita kaikkia yhdisti sama epäkohta. *”Joka kerta mulla oli kaubee nälkä ja jano. En saanu kertaakaan mitään suuhuni”*, hän huomautti.

Monet haastatelluista kertoivat pitävänsä tärkeänä, että henkilökunta kävisi oma-aloitteisesti tiedustelemassa potilaan tarvetta syötävän ja juotavan saamiseen. Kukaan haastatelluista ei maininnut tällaista tapahtuneen. Perustarpeiden tuleminen huomi-oiduksi vaatikin aloitteen potilaalta itseltään, mitä haastateltavat pitivät epäoptimaal-lisena tilanteena etenkin kaikkein iäkkäimpien ja huonokuntoisimpien potilaiden

kohdalla. Osa haastateltavista kertoi, että käynnin aikana oli saatu juotavaa ja mahdollisesti syötävääkin, kun sitä pyysi. Muutamat huomauttivat joutuneensa toistamaan pyynnöt useaan kertaan, ennen kuin niihin vastattiin.

Aineistossa oli syötävän ja juotavan saamisesta vain vähän myönteisiä mainintoja. Kaksi haastateltavaa mainitsi positiivisena seikkana sen, että odotusaulassa oli vesipiste ja maksullinen voileipäautomaatti. Yksi potilas harmitteli kertakäyttömukien loppumista ja piti arveluttavana ostaa automaatista ruokaa, jonka tuoreudesta ei voinut olla varma. Pari potilasta oli jäänyt kaipaamaan odotustiloihin kahviota.

Kaikki eivät olleet kokeneet ruoan tai juotavan saamista välttämättömäksi. Parilla potilaalla käynti oli ollut kestoaltaan sen verran lyhyt, ettei heille ollut ehtinyt tulla nälkä tai jano. Muutamilla oli ollut ruokahaluttomuutta tai pahoinvointia. Jotkut olisivat kertomansa mukaan mielellään ottaneet jotain syötävää tai juotavaa, mikäli niitä olisi tarjottu, mutta he olivat kokeneet kestävänsä odotuksen ilmankin niitä.

Sujuvaan WC:hen pääsyyn liittyviä mainintoja oli aineistossa vain vähän, ja ne olivat pääosin neutraaleja. Avustusta olivat tarvinneet vain muutamat vuodepaikkapotilaat. Paria aulapotilasta oli mietityttänyt, uskaltavatko he lähteä käymään WC:ssä, jos lääkäri sattuisikin kutsumaan heitä juuri sillä hetkellä ja oma vuoro menisi ohi.

Levon tarve oli useimpien haastateltavien mielestä huomioitu riittävän hyvin. Vuodepaikan tarjoamista pidettiin hyvän huolenpidon osoituksena. Muutamat aulapotilaat harmittelivat lepomahdollisuuksien puutetta pitkän odotuksen aikana. Pari haastateltavaa mainitsi väsähtäneensä tai selkensä ja jalkojensa kipeytyneen tuntien istuskelun tai makailun myötä.

5.3.2 Olosuhteet ja ajanvietemahdollisuudet

Päivystyspoliklinikan tilat ja olosuhteet. Kaikki haastatteluista kommentoivat jollain tavoin päivystyksen olosuhteita kuten tilojen toimivuutta ja käytännöllisyyttä, siisteyttä, lämpötilaa, valaistusta, melutasoa ja/tai yksityisyyden suojaa. Haastateltavien näkemykset olivat kuitenkin hyvin vaihtelevia ja jopa toisilleen vastakkaisia (taulukko 21). Maininnoista oli pääteltävissä, että potilaat olivat kiinnittäneet huomiota lähinnä sellaisiin seikkoihin, jotka olivat poikenneet heidän ennakkokäsityksistään tai joiden osalta omakohtaiset kokemukset olivat kielteisiä. Hyvin toimivia yksityiskoh-tia mainittiin lähinnä silloin, kun niitä verrattiin johonkin huonompaan, esimerkiksi aiempiin kielteisiin kokemuksiin.

Maininnoista oli tulkittavissa, että olosuhteiden epäviihtyisyydellä oli suurempi kielteinen vaikutus kuin viihtyisyydellä myönteinen vaikutus. Esimerkiksi sopivan

lämpötilan ja valaistuksen positiivista vaikutusta ei mainittu, mutta palelun, hikoilun ja häikäistymisen huomautettiin tekevän olon epämiellyttäväksi, ja tilojen ahtauden tai epäsiisteyden arveltiin voivan vaikuttaa kielteisesti potilaiden mielikuviin hoitopaikasta kokonaisuudessaan. Aineistosta oli myös tulkittavissa, että päivystyksen potilasmäärillä oli keskeinen merkitys siinä, millaisena olosuhteet koettiin: rauhallisena ajankohtana päivystyksessä asioineet haastateltavat tyypillisesti kehuivat tilojen toimivuutta ja viihtyisyyttä, kun taas monet ruuhkaisena ajankohtana hoidettavana olleet potilaat olivat kokeneet tilat aivan liian ahtaiksi ja olosuhteet kaikkiaan epämiellyttäväksi, meluisiksi ja levottomiksi.

Taulukko 21. Kielteiset ja myönteiset maininnat päivystyspoliklinikan olosuhteista

	Kielteiset maininnat	Myönteiset maininnat
Tilojen koko ja toimivuus	<ul style="list-style-type: none"> - Liian pienet tilat, ahdasta, kapeat käytävät, petipaikat liian tiheässä ja aulassa liian vähän istumapaikkoja - Hämmäntävän suuret ja sokkeloiset tilat 	<ul style="list-style-type: none"> - Aulassa riittävästi istumapaikkoja - Mukavan tilavaa
Siisteys	<ul style="list-style-type: none"> - Epäsiistiä, likaiset lattiat ja rikkiäisiä tuoleja - WC-tilat epäsiistit, koska ovat naisille ja miehille yhteiset 	<ul style="list-style-type: none"> - Todella siistiä, puhdasta ja hygieenistä
Lämpötila	<ul style="list-style-type: none"> - Aulassa kuumat ja tunkkaiset tilat, joissa ei riittävästi tuuletusta - Vuodepaikoilla kylmät, vetoiset ja liian tehokkaasti ilmastoidut tilat 	(ei mainintoja)
Valaistus	<ul style="list-style-type: none"> - Vuodepaikalla pimeää; petipaikka on kuin kellarissa oleva pieni koppi - Katossa liian kirkkaat loisteputkivalot, jotka osuvat petipaikkapotiilaan silmiin aiheuttaen häikäistymistä 	(ei mainintoja)
Viihtyisyys	<ul style="list-style-type: none"> - Meluista, levotonta ja ruuhkaista - Ankeaa ja epäviihtyisää - Liian paljon potilaita, joista osa metelöi, rähinöi tai muuten aiheuttaa häiriötä - Kiireinen henkilökunta kulkee vauhdilla edestakaisin ja huutelee toisilleen ohjeita huoneen poikki 	<ul style="list-style-type: none"> - Hiljaista, rauhallista ja viihtyisää - Käytännöllisyys on tärkeintä, esim. istuimet ovat kestäviä ja helposti puhdistettavia
Yksityisyys	<ul style="list-style-type: none"> - Pelkät verhot vuodepaikkojen välillä eivät tuo riittävästi yksityisyyden suojaa, jolloin ulkopuoliset kuulevat potilaan ja henkilökunnan välisen keskustelun - Petipaikalla verhojen takana tuntee jäävänsä yksin ja tulevansa eristetyksi 	<ul style="list-style-type: none"> - Petipaikalla verhojen taakse pääsee mukavasti suojaan

Haastateltavat esittivät ymmärrystä sille, ettei olosuhteita koskaan saada kaikille mieluisiksi. Koettiin kuitenkin harmilliseksi, etteivät olosuhteiden siedettävyyteen juuri mitenkään voinut itse vaikuttaa; korkeintaan potilas saattoi pyytää lisäpeittoa pale-

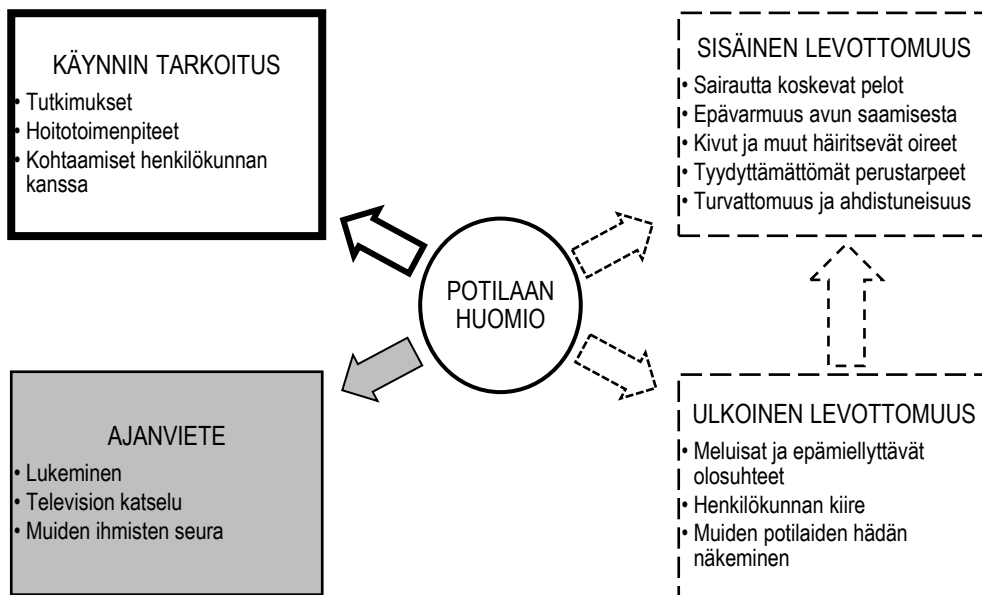
luun. Voidaan tulkita, että päivystyksen olosuhteet eivät olleet mukautettavissa potilaiden tarpeisiin, vaan olosuhteet sanelivat, mihin potilaiden tarpeisiin oli mahdollista vastata ja mihin ei. Toisaalta haastateltavien maininnoista kävi selväksi, että olosuhteiden siedettävyys riippui olennaisesti siitä, kauanko noissa olosuhteissa vietettiin aikaa. Tämä havainto korostaakin odotusajan ja päivystyskäynnin kokonaiskeston merkitystä.

Ajanvietemahdollisuudet. Ennen kuin tarkastellaan haastateltavien kokemuksia ajanvietemahdollisuuksista, on syytä pohtia, miksi niillä ylipäätään oli hoidon laadun kannalta merkitystä. Aineiston pohjalta tulkittiin, että ajanvietteen tärkein tehtävä oli osittain kompensoida muita hoidon laadun ongelmia. Päivystyskäynnistä nimittäin vain murto-osa oli kulunut tutkimuksiin, toimenpiteisiin ja henkilökunnan kanssa vuorovaikutuksessa olemiseen eli siihen, mitä haastateltavat pitivät käynnin pääasiallisena tarkoituksena. Enemmistö päivystyksessä vietetystä ajasta oli kulunut odotte- luun, istuskeluun ja makailuun.

Edellä todettiin, että odotuksen aikana potilaan olotila saattoi pahimmillaan olla tuskallinen, turvaton ja turhautunut. Olosuhteet päivystyksessä olivat usein epäviihtyisät ja levottomat. Haastateltavat olivatkin saattaneet kokea sekä ulkoisten olosuhteiden että oman olotilansa olevan kaaoksen vallassa. Ulkoinen levottomuus vielä lisäsi sisäistä levottomuutta. Ajanvietemahdollisuudet voidaan haastateltavien mainintojen valossa tulkita keinoiksi suunnata huomio pois sisäisestä sekä ympärillä valitsevasta myllerryksestä eli välttää yksin jäämiseen, epätietoisuuteen ja tekemisen puutteeseen liittyvältä ahdistumiselta ja turhautumiselta (kuviot 4).

Ajanvietemahdollisuuksilla voidaan tulkita olleen sitä enemmän merkitystä, mitä enemmän ongelmia muissa hoidon osatekijöissä oli. Mitä suurempaa oli ulkoinen ja sisäinen kaaos, sitä tärkeämpää oli olla mielekästä ajankulua, joka vei huomiota siitä pois. Jos taas muut hoidon osatekijät olivat kohdallaan, ajanvietteen hyöty ja tarve jäi vähäiseksi. Toisaalta mikään määrä ajanvietettä ei riittänyt kompensoimaan selvästi riittämättömän huolenpidon ja kohtuuttoman pitkän odotuksen haitallisuutta.

Haastateltavilla oli erilaisia käsityksiä siitä, millaista ajankulua päivystyksessä tuli olla tarjolla. Yleisimmin kaivattiin mahdollisuutta lehtien lukemiseen ja television katseluun. Joidenkin mielestä juttelu muiden potilaiden ja saattajan kanssa tai ympäristön tapahtumien seuraaminen kävi ajankulusta. Ajanvietemahdollisuudet olivat luokiteltavissa aktiiviseen, sosiaaliseen ja passiiviseen ajanvietteeseen sekä ajanvietteen puutteeseen (kuviot 5). Eri haastateltavat viittasivat puheessaan joko 1) vain aktiivisiin, 2) aktiivisiin ja sosiaalisiin tai 3) sekä aktiivisiin, sosiaalisiin että passiivisiin ajanvietemahdollisuuksiin.



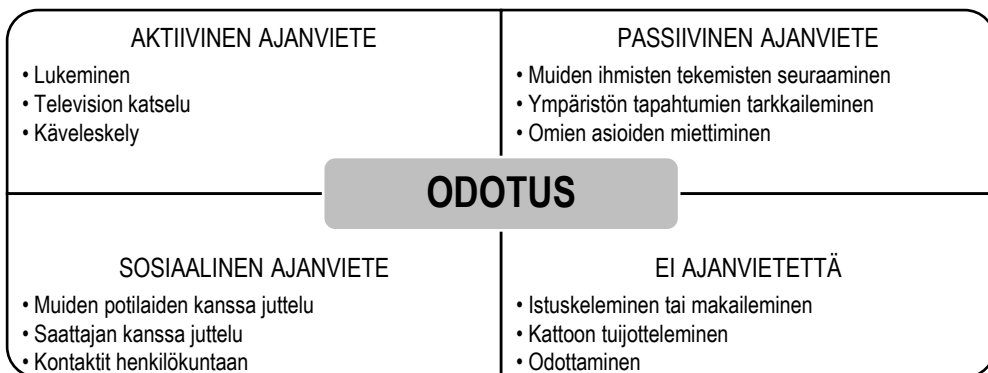
Kuvio 4. Ajanviete auttaa viemään huomiota pois sisäisestä ja ulkoisesta levottomuudesta

Aulapotilailla oli ollut paremmat mahdollisuudet valita mielekästä ajanvietettä kuin vuodepaikalla olleilla potilailla. Esimerkiksi television katseluun, lehtien lukemiseen sekä saattajan juttelemiseen oli ollut mahdollisuus vain ensin mainituilla. Yksilöllisissä mieltymyksissä oli eroja: televisiosta oli jonkun mielestä tullut mukavaa ohjelmaa, ja jonkun toisen mielestä televisiossa oli ollut auki ihan väärä kanava. Vuodepaikkapotilaiden ajanvietemahdollisuudet olivat rajoittuneet lähinnä passiiviseen oleskeluun. Monella enin osa ajasta oli kulunut istuskellessa tai loikoillessa, kattoon tuijotellessa, tietoja ja henkilökunnan huomiota odotellessa, ympäriltä kuuluvaa hälinää ihmetellessä ja kiireellä ohi kulkevia ihmisiä katsellessa.

Yksi aulapotilaista (19) oli ehtinyt kokeilla monenlaista ajanvietettä neljän tunnin odotuksensa aikana. *”Mä koitin vaan vähän torkkua ja. Mä siinä seisoin ja kävelin ja istuin ja odottelin vaan siinä sitten, ei siinä muuta oo. Seurustelin yhden rouvan kanssa siinä ja, joka oli kans loukannu jalkaansa, ja siinä sitten vaan niitä surtiin kummatkin niitä lapsia, jotka siellä joutu itkemään”*, muisteli naispotilas, joka oli kuluttanut aikaa myös lehtiä lueskellen, rollaattorin kanssa aulatiloissa kävellen ja saattajana olleen puolison kanssa keskustellen. Hänen odotusaikaansa oli siis sisältynyt sekä aktiivista ajankulua, sosiaalista kanssakäymistä, passiivista muiden ihmisten (itkevien lapsien) tekemisten seuraamista että ajanvietteen puutetta.

Myös muutama muu aulapotilaista oli käyttänyt odotusajan muiden potilaiden kanssa seurustellen. Pitkästä odotuksesta ja sairauksista oli riittänyt puhuttavaa. *”Siitä*

kun odotetaan ja ei pääse ja semmosta ihan tavallista. Useimmiten vaivoista. Mikä milläkin on”, naispotilas (3) kuvaili kohtalotoverien kanssa käytyjen keskusteluiden sisältöä. Iloisempiakin puheenaiheita oli kuitenkin löytenyt. ”Siinä oli yks semmonen rouva, puhuttiin lapsista ja lapsenlapsista. Aika meni ihan hupasasti siinä”, toinen naispotilas (18) kertoi.



Kuvio 5. Ajanvietemahdollisuudet päivystyskäyntiin liittyneen odotuksen aikana

Moni oli viettänyt odotusaikansa muita ihmisiä ja heidän tekemisiään sivusta seuraten. Etenkin ruuhka-aikaan ympärillä oli riittänyt katseltavaa ja kuunneltavaa, halusi tai ei. Haastateltavat kuvailivat muutamien potilaiden torkkuneen odotusaulan penkeillä, joidenkin kulkeneen ulkona tupakalla, pikkulasten itkeneen, päihtyneiden hუudelleen ja liikkuneen levottomasti edestakaisin sekä ”pojanvinttiöiden” kurvailleen luvatta ottamallaan pyörätuoleilla ja rollaattoreilla pitkin sairaalan käytäviä. Pari haastateltavaa oli kokenut muiden ihmisten toiminnan seuraamisen mielenkiintoiseksi ajankuluksi, kun taas enemmistön mielestä oli ollut häiritsevää joutua tahtomattaan katselemaan ja kuuntelemaan toisten tekemisiä.

Kaikki haastateltavista eivät maininneet ajanvietemahdollisuuksien tarvetta. Eriytyisen voimakasoireisiksi itsensä tunteneilla potilailla olotilan sietämättömyys oli vienyt kaiken huomion. Muutamat mainitsivat saaneensa ajan kulumaan mukavasti ihan vain omien ajatustensa parissa. Pari haastateltavaa kertoi olleensa niin väsyneitä, että he olivat viettäneet pääosan odotusajasta nukkuen.

5.3.3 Turvallisuus

Turvallisuuden uhkatekijät. Yksi keskeisistä olotilan siedettävyyteen vaikuttaneista tekijöistä oli se, kuinka turvalliseksi olo oli koettu. Turvallisuutta olivat yhtäältä

uhanneet ja toisaalta edistäneet lukuisat eri tekijät. Turvallisuus ja turvattomuus nousivat haastatteluaineistossa esiin lähinnä tunnetason kokemuksina. Sen sijaan fyysistä turvallisuutta uhanneita tai sitä edistäneitä seikkoja (esim. kaatumisriskiin vaikuttavat tekijät) ei mainittu. Aineistossa ei ollut myöskään mainintoja siitä, että olisi pelätty tutkimuksia ja toimenpiteitä tai hoitovirheitä. Turvallisuutta olivat kuitenkin uhanneet monenlaiset pelot, ahdistuneisuus ja epävarmuus (taulukko 22). Osa huolenaiheista oli liittynyt sairauteen, osa sen sijaan joko hoitoon ja hoidossa olemiseen tai ilman hoitoa jäämiseen, osa taas taloudellisiin tai omaisia koskeviin seikkoihin.

Taulukko 22. Turvallisuuden uhkatekijät päivystyskäynnin aikana

Kuolemanpelko	Sairastumiseen ja sen kielteisiin seurauksiin liittyvät pelot
Terveydentilan, liikunta- tai muun toimintakyvyn heikentymisen pelko	
Pitkäksi aikaa sairaalaan tai pysyvästi laitoshoitoon joutumisen pelko	
Raskaita hoitoja tai pitkää toipumisaikaa vaativan sairauden pelko	
Somaattisiin oireisiin ja henkiseen hätääntymiseen liittyvä ahdistus	
Ilman apua jäämisen pelko	Hoitoa ja hoidotta jäämistä koskevat huolet
– Pelko päivystyksestä poiskäännyttämisestä, vähätellyksi tulemisesta tai vain pintapuolisesti tutkituksi ja hoidetuksi tulemisesta	
Nolatuksi tulemisen pelko	
– Pelko tyllystä, ivallisesta tai syyllistävästä kohtelusta	
Hallitsemattomaan tilanteeseen joutumisen pelko	Arkielämään liittyvät huolet
– Pelko pitkästä ja tuskallisesta odotusajasta, yksin jäämisestä ja hylätyksi tulemisesta, itseä koskevissa asioissa sivuutetuksi tulemisesta sekä leivottomien ja epäviihtyisien olosuhteiden armoille joutumisesta	
Rahahuolet	Arkielämään liittyvät huolet
Omaisia koskevat huolet	

Sairauden aiheuttajaa ja vakavuutta koskevaan epävarmuuteen oli usein liittynyt pelkoa terveydentilan sekä liikunta- ja muun toimintakyvyn pitkäaikaisesta tai pysyvästä heikentymisestä tai jopa hengenmenetyksestä. Pari haastateltavaa mainitsi murehtineensa, että heillä todettaisiin sairaus tai vamma, joka vaatisi pitkän toipumisajan, sairaalahoitajakson tai leikkaushoidon. Pelättiin, että sairastumisen vuoksi arkielämän kulku muuttuisi pitkäksi aikaa, jos koskaan palautuisi ennalleen.

Somaattiset oireet olivat vahvasti yhteydessä turvattomuuden tunteisiin. Haastateltavien maininnoissa ruumiillinen ja henkinen hyvin- tai pahoinvointi kytkeytyivät toisiinsa eikä näiden välille välttämättä tehty puheessa selvää eroa. Hyvä esimerkki tästä oli ”ahdistus”, jota kolme haastateltavaa kuvaili sekä hengityksen työläytenä ja hapensaannin vaikeutena että paniikki- ja pelkoreaktiona.

Noin puolet haastatelluista otti puheeksi kuolemaan liittyvät asiat. Muutamat kertoivat pelänneensä menehtyvänsä, kun taas jotkut mainitsivat kuolemaa koskevien ajatusten käyneen heidän mielessään ilman, että mietteisiin oli liittynyt ahdistusta. Iäkkäiden ja nuorempien potilaiden tasavertaisia hoidon saamisen mahdollisuuksia pohtiessaan muutamat mainitsivat toivovansa, ettei henkilökunta ajatellut iäkkäitä potilaita hoitaessaan, että ”sehän nyt on sen ikäinen että joutaa mennä”, tai ”se kumminkin kuolee ettei sitä kannata hoitaakaan”. Tätä pohti esimerkiksi potilas, joka oli hakeutunut päivystykseen sydänperäisiksi otaksumiensa oireiden ja kuolemanpelon vuoksi. Haastattelussa hän otti vanhenemiseen, toimintakyvyn heikentymiseen sekä kuolemaan liittyvät pelot useaan otteeseen puheeksi. Haastateltava kertoi kokeneensa, että hänet oli päivystyksessä jätetty useiksi tunneiksi yksin makoilemaan ilman tietoa siitä, mitä hänelle tapahtuu, mistä on kyse ja kuinka vakava tilanne on. Kuolemanpelon voidaankin tulkita saaneen tämän potilaan kohdalla kaksi erilaista merkitystä: Päivystykseen hakeutumisesta harkittaessa pelolla oli ollut turvallisuutta edistävä vaikutus, sillä se oli saanut potilaan hakemaan apua. Tuntikausien yksinäisen odotuksen ja hylätyksi tulemisen kokemusten yhteydessä henkeä uhkaavan sairauden pelko lienee puolestaan saanut haastateltavan tuntemaan olonsa kovin suojattomaksi.

Muutamat haastatelluista ottivat kuolemaan liittyvät asiat puheeksi nimenomaan kieltämällä tätä kokeneet pelot. *”No, tunteet oli semmosia että, että mikä tää tällöinen mulla voi olla, että mistä tää voi johtua, mutta en mä ny pelänny mitään. En mä pelänny mitään että. En mä pelänny että mä ny kuolisin, että mä kuolen sinne, taikka monella ihmisellä voi tulla semmonen tunne että kauheeta jos kuolee. Mutta mä oo koskaan ollu sillai, mä oo pelänny mitään kuolemaa. Siis mä, mä yritän ottaa kaikki sillai rauhallisesti. Oli minkäläinen tabansa asia. Koitan ainaki”*, naispotilas (20) vastasi tiedusteltaessa, millaisia tunteita ja ajatuksia hänellä oli käynnin aikana ollut mielessä. Väittämät pelottomuudesta eivät vaikuta järin uskottavilta, kun ne toistuvat samassa haastatteluotteessa neljään kertaan. Voidaan tulkita, että potilas, joka vielä haastatteluhetkellä oli epätietoinen huimausoireidensa aiheuttajasta ja vakavuudesta, pyrki tällä puheellaan vakuuttelemaan itseään pelkäämisen tarpeettomuudesta.

Edellä käsiteltyjen seikkojen perusteella voidaan todeta, että päivystyskäynti ja sen taustalla oleva äkillinen sairastuminen voivat herättää iäkkäässä potilaassa syvällisiä, jopa oman olemassaolon rajallisuutta koskevia mietteitä. Haastateltavien oma-aloitteisuus elämän ja kuoleman kysymysten ottamisessa puheeksi kertoo siitä, että aiheella koettiin olevan päivystyskäyntikokemusten kannalta merkitystä. Onkin syytä epäillä, että mikäli haastateluissa olisi suoraan kysytty kuolemaan liittyneistä ajatuksista, mainintoja olisi todennäköisesti ollut aineistossa vielä enemmän. Iäkkään potilaan päivystyskäyntiin liittyvää vakavien seurauksien mahdollisuutta kuvastaa myös

se, että yksi tutkimukseen suostumuksensa antaneista mutta haastatteleematta jääneistä henkilöistä oli menehtynyt päivystyskäyntinsä syynä olleeseen sairauteen.

Joidenkin haastateltavien turvallisuutta olivat heikentäneet hoitoon ja kohteluun liittyneet huolet sekä pelko ilman hyvää hoitoa jäämisestä. Moni oli etukäteen pelännyt pitkää ja tuskallista odotusaikaa, tyytä kohtelua, päivystyksestä poiskäännyttämistä tai sitä, ettei heitä oteta tosissaan eikä tutkita kunnolla. Monet toivat esiin kokemuksia puutteellisesta oireiden ja perustarpeiden huomioinnista, yksin jäämisestä ja tuntikausien odotuksesta epä tietoisena siitä, mitä tapahtuu ja miksi. Turvallisuuden tunnetta olivat siis heikentäneet kokemukset tai pelko ilman apua jäämisestä, nolatuksi tulemisesta sekä hallitsemattomaan tilanteeseen joutumista.

Muutamalla haastateltavalla oli ollut mielessä huoli omaisen puolesta: he olivat murehtineet sitä, miten saisivat omaiselleen viestin päivystyksessä olemisesta, tai sitä, että omainen säikähtäisi kuultuaan heidän sairastumisestaan. Paria potilasta taas oli huolettanut, miten heidän rahansa riittäisivät päivystys- ja sairaalahoitomaksuihin.

Turvallisuutta edistäneet tekijät. Turvallisuutta edistäneiksi tekijöiksi tulkittiin tarpeita vastaavan avun saaminen, rauhalliset olosuhteet sekä tunne siitä, että tilanne oli omassa hallinnassa (taulukko 23). Erityisen tärkeänä haastateltavat pitivät sitä, että henkilökunta osoittaisi oma-aloitteisuutta potilaan voinnin tiedustelemisessa sekä avun, huolenpidon ja tietojen tarjoamisessa. Monen mielestä oli tärkeää kokea olevansa henkilökunnan tiiviissä seurannassa. Tällä ei tarkoitettu työntekijän jatkuvaa konkreettista läsnäoloa potilaan vieressä vaan sitä, että potilaan luona käytiin riittävän tiheästi ja hänen vointiaan sekä sen muutoksia tarkkailtiin. Myös esimerkiksi EKG-tai muissa valvontalaitteissa kiinni oleminen oli saatettu kokea osoituksena tiiviissä seurannassa olemisesta.

Muutammat haastatelluista mainitsivat vointinsa kohentuneen heti sillä hetkellä, kun he olivat päässeet päivystyksen ovesta sisään. He kertoivat kokeneensa helpottavaksi tietää, että ”apu oli lähellä”. Maininnat sisälsivät viittauksia sekä ajalliseen että fyysiseen avun läheisyyteen: Päivystykseen saapuminen oli merkinnyt sitä, että avun saaminen olisi vain muutaman tuokion päässä. Toisaalta henkilökunta oli kirjaimellisesti vain pienen etäisyyden päässä potilaasta, eli auttajat olisivat lähellä siltä varalla, että vointi äkillisesti huonontuisi. Voidaan tulkita, että päivystykseen saavuttuaan haastateltavat kokivat olleensa turvassa tilanteen pahentumiselta.

Erityisen hyvin tätä hoitoympäristöön saapumisen aikaansaamaa olotilan helpotumista havainnollistaa hengenahdistuksesta kärsineen miespotilaan (10) kuvaus. *”Kun on paniikki ollu ja on pelänny, niin siinähan tulee vähän semmonen, se, ilo, ympäristö jo antaa vähän semmosen turvallisuuden tunteen, kun sut otetaan autosta pois paareilla ja kärrätään sinne varsinaisiin hoitotiloihin ja siä sitten alkaa sun ympärillä jo jotain ihmisiä pyöriä, niin se on*

semmonen... helpotus, -- että tänne selvittiin ja tulee semmonen tunne että emmä ny tänne voi kuolla, ku mä täällä oon. Ei -- se kunto tietysti mikään erinomaisen hyvä ollu mutta -- semmonen turvallisuuden tunne -- ja helpotus että täällä ollaan. Että eiköhän tää tästä nyt taas mee”, ambulanssilla tuotu potilas kertoi. Voidaan tulkita nopean hoitopääsyn, hyvän huolenpidon ja henkilökunnan tiiviin valvonnan alla olon saaneen miehen kokemaan, että hänen auttamisekseen tehtäisiin kaikki mahdollinen. Sairastumisen laukaisema pelko- ja paniikkireaktio oli kuitenkin ollut niin voimakas, että turvalliselle hoitoympäristölle oli ollut päivystyksessä tehtyjen toimienkin jälkeen tarvetta. ”Mua olis hirvittänyt jos mulle olis sanottu että tässä vähän pillereitä, menkää kotio, ottakaa näitä kaks kertaa, kolme kertaa päivässä. Mä olisin pelännyt. Turvallisuus, semmonen oli tärkeätä”, totesi potilas, joka oli kokenut huojentavaksi tulla siirretyksi osastolle jatkohoitoon.

Taulukko 23. Turvallisuutta edistäneet tekijät päivystyskäynnin aikana

Nopea hoitopääsy ja avun saatavilla olo koko käynnin ajan	
Potilaan huolellinen tutkiminen ja tosissaan ottaminen	Tarpeita vastaavan avun saaminen
Tiedonsaanti ja muu osallisuus	
Oireiden lievityksestä ja perustarpeista huolehtiminen	
Henkilökunnan oma-aloitteisuus potilaan tarpeisiin vastaamisessa	
Myönteinen vuorovaikutussuhde potilaan ja henkilökunnan välillä	
Tunne siitä, että apu on fyysisesti ja ajallisesti lähellä	Rauhoittavat olosuhteet
Viihtyisät, hiljaiset ja miellyttävät olosuhteet	
Muiden ihmisten (henkilökunnan, saattajan ja/tai muiden potilaiden) läsnäolo	
Päivystyksen epäsuotuisista olosuhteista pois pääseminen	Omassa
Rauhallinen, kärsivällinen ja luottavainen suhtautumistapa	hallinnassa
Hoitopääsyn varmistaminen ja hyvien henkilökuntasuhteiden ylläpito	oleva tilanne

Jotkut taas olivat kokeneet huojentavaksi päästä päivystyksestä pois. Tämä liittyi yhtäältä olosuhteiden epäviihtyisyyteen ja toisaalta siihen, että sairaalassa oloon liittyi sairaana olemisen merkitys. ”Kun lääkäri sanoi ettei tartte jäädä yöks, et pääsen vielä illalla pois. Ei ei niillä sairaalas mittään, vaik siel hoitoa, taikka hoitoa annetaan ja kuntoon pannaan. Kyl niit kohtaan on vaan semmonen kammo ja kunnioitus”, mieshaastateltava (2) totesi tiedusteltaessa, mitä hänelle oli jäänyt käynnistä myönteisenä mieleen. Toisessa yhteydessä hän huomautti aina toivoneensa, ettei ikinä joutuisi ”vihannekseksi sairaalaan”, sekä tehneensä paperit siitä, ettei häntä tule ”pitää väkisin hengissä” (tarkoittaen ilmeisesti laatineensa hoitotahdon). On tulkittavissa, että haastateltava koki hoitoympäristössä olon osoituksena avuttomuudesta ja toisten armoille joutumisesta. Tiedon

kotiin pääsystä voidaan puolestaan tulkita edustaneen potilaalle luottamusta siihen, että tilanne oli jälleen palautumassa hänen omaan hallintaansa.

Muutamat haastatelluista toivat esiin sen, että turvallisuuden tunne riippui paljon potilaasta itsestäänkin. Jotkut mainitsivat olotilaansa helpottaneen se, että he olivat suhtautuneet rauhallisesti ja vain päättäneet kestävänsä kaiken, mitä piti. Muutama mainitsi lohduttautuneensa ajatuksella, että aina ennenkin elämässä oli hankalista tilanteista selvitty. Osa taas oli sanalla sanoen taktikoinut oman turvallisuutensa edistämiseksi: Pari potilasta oli pyrkinyt suojautumaan pitkältä odotukselta valitsemalla ruuhkattomaksi olettamansa ajankohdan päivystykseen hakeutumiseen tai varmistamalla hoitopääsyn etukäteen puhelinsoitolla. Jotkut taas olivat pyrkineet maksimoimaan ystävällisen kohtelun ja huolenpidon saamisen todennäköisyyden käyttäytymällä itse mahdollisimman kohteliaasti.

5.4 Osallisuus

5.4.1 Osallisuuden tasot

Aineiston perusteella tulkittiin, että potilaan osallisuutta ilmeni usealla eri tasolla. Näitä tasoja olivat ulkopuolisuus, sivuosaan jääminen, työtehtävien kohteena oleminen, huomioon otaminen keskiössä oleminen, tiedonsaanti, kuulluksi tuleminen, päätöksentekoon osallistuminen sekä itsenäinen päätöksenteko (taulukko 24).

Monen haastateltavan maininnoissa nousi esiin huoli poiskäännytetyksi tulemisesta ja kokonaan ilman apua jäämisestä. Hoidettavaksi pääsyn epäämisen voidaan tulkita ilmentävän täydellistä osallisuuden puutetta ja *ulkopuolisuutta*. Yhdellä haastatelluista oli poiskäännyttämisestä aiempia omakohtaisia kokemuksia ja monella sitä koskevia pelkoja, mutta koska yksi tutkimuksen sisäänottokriteereistä oli päivystyskäynti, kenenkään haastatellun kohdalla ei tämänkertaisella käynnillä ilmennyt täydellistä ulkopuolisuutta.

Moni haastatelluista oli kokenut, että avun saamista jouduttiin odottamaan pitkään eikä kiireinen henkilökunta ehtinyt vastaamaan potilaan tarpeisiin. Enemmistöllä haastatelluista suurempi osa päivystyksessä vietetystä ajasta olikin kulunut tutkimuksiin ja hoitoon pääsyä sekä henkilökunnan huomiota ja huolenpitoa odottaen kuin näiden kohteena ollen. Tästä seuraa määritelmällinen haaste: Onko pelkkä päivystyksessä paikalla oleminen luokiteltavissa osallisuudeksi?

Päivystyksessä paikallaolon nostamista yhdeksi osallisuuden ilmentymäksi puolsi vertailu vielä huonommaksi miellettyyn vaihtoehtoon eli poiskäännytyksi tulemiseen; odotus oli monella tapaa kiusallista, mutta päivystyksessä odottavalle potilaalle apua oli sentään luvassa. *Sivuosaan jääminen* on se käsite, jota tässä yhteydessä on käytetty kuvaamaan kokemuksia henkilökunnan huomion ja huolenpidon vähäisyydestä, tapahtumien ja toiminnan ulkopuolella olemisesta ja siitä, että päivystyksessä olemisen merkitsi enemmän avun odottamista kuin sen saamista.

Taulukko 24. Osallisuuden tasot

OSALLISUUDEN TASO	POTILAAN OSA	TYÖNTEKIJÖIDEN OSA	OSALLISUUDEN ILMENEMISMUOTO
Ulkopuolisuus	Puuttuva	Puuttuva	Ei potilaan osaa; päivystyksestä poiskäännytyksi tuleminen ja kokonaan ilman apua jääminen
Sivuosaan jääminen	Passiivinen	Passiivinen	Potilas on passiivisessa osassa vailla henkilökunnan aktiivista toimintaa ja huomiota
Työtehtävien kohteena oleminen	Passiivinen	Tietyiltä osin aktiivinen	Lääketieteellinen ongelma on henkilökunnan mielenkiinnon kohteena mutta potilas itse tulee sivuutetuksi
Huomioinnin keskiössä oleminen	Passiivinen	Aktiivinen	Potilas on passiivisessa osassa samalla, kun sekä lääketieteellinen ongelma että potilas itse ovat henkilökunnan toiminnan ja huomion keskiössä
Tiedonsaanti	Aktiivinen tai passiivinen	Aktiivinen tai passiivinen	Potilas on tietojen passiivinen vastaanottaja ja/tai aktiivinen hankkija, ja henkilökunta on joko aktiivinen tai passiivinen tietojen antaja
Kuulluksi tuleminen	Osittain aktiivinen	Aktiivinen	Henkilökunta tekee päätökset mutta ottaa aktiivisesti selvää potilaan näkemyksistä ja panostaa yhteistyön toimivuuteen
Päätöksentekoon osallistuminen	Aktiivinen	Aktiivinen	Potilas osallistuu päätösten tekemiseen mutta lopullinen päätösvalta ja -vastuu on henkilökunnalla
Itsenäinen päätöksenteko	Aktiivinen	Passiivinen	Päätösten tekemisen valta ja vastuu on pelkästään potilaalla itsellään

Työtehtävien kohteena olemisen tulkittiin edustavan piirun verran korkeampaa osallisuutta kuin sivuosaan jäämisen. Näitä osallisuuden tasoja yhdisti se, että potilaan osa oli passiivinen ja vastavuoroinen keskusteluyhteys potilaan ja henkilökunnan väliltä puuttui. Erona kuitenkin oli, että työtehtävien kohteeseen kohdistui henkilökunnan ammatillista mielenkiintoa, sivuosassa olevaan potilaaseen ei edes sitä. Lääketieteellinen ”tapaus” oli tutkimusten ja toimenpiteiden kautta henkilökunnan kiinnostuksen kohteena, mutta potilaan näkemykset jäivät huomiotta ja henkilökunta otti omavaltaisen oikeuden määritellä, mikä hoidon kohteelle oli parhaaksi.

Huomioinnin keskiössä olemisen tulkittiin edustavan hieman edellä mainittuja suu-
rempaa osallisuutta. Tällä osallisuuden tasolla potilas koki todella saavansa apua eikä
vain odottavansa sitä. Potilaan osa oli passiivinen, mutta henkilökunnan toiminta oli
aktiivista sekä lääketieteellisen ongelman ratkaisemisessa että potilaan muiden tarpei-
den huomioinnissa. Potilas siis koki henkilökunnan ottavan hänen hyvinvoinnistaan
vastuun.

Tiedonsaannilla on tässä yhteydessä tarkoitettu kaikkea sitä informaatiota, jota po-
tilas sai itseään koskevista asioista. Kolme pääosa-aluetta olivat terveysongelman ai-
heuttajaa, päivystyskäynnin kulkua ja hoitosuunnitelmaa koskeva tiedonsaanti. Edel-
lytyksiä tiedonsaannin onnistuneisuudelle olivat tiedon sopiva määrä, selkeys ja ajoi-
tus: henkilökunnan tuli selittää asiat ymmärrettävästi ja pitää potilas tilanteen tasalla.
Osallisuuden eri tasoja kuvaavassa taulukossa tiedonsaanti on sijoitettu puoliväliin,
ja siihen liittyikin sekä aktiivisia että passiivisia piirteitä. Yleisimmin potilas oli ollut
passiivisessa informaation vastaanottajan roolissa ja henkilökunta päätti, mitä tietoa
ja paljonko tietoa potilaalle annetaan. Aktiivinen tiedon hankkiminen esimerkiksi
henkilökunnalle kysymyksiä esittämällä oli ollut selvästi harvinaisempaa.

Kuulluksi tulemiseksi nimetyllä osallisuuden tasolla tulkittiin olevan kyse siitä, että
potilas koki henkilökunnan ottavan hänen näkökulmansa huomioon ja arvostavan
hänen mielipiteitään. Eri osapuolet toimivat yhteistyössä samojen tavoitteiden eteen.
Valta päätösten tekemiseen oli ensisijaisesti henkilökunnalla, mutta ennen päätösten
toimenpanoa niihin oli pyydetty ja saatu potilaan suostumus.

Päätöksentekoon osallistuminen määriteltiin tässä yhteydessä siten, että potilas oli ak-
tiivisesti vaikuttanut tehtyihin ratkaisuihin. Potilaan vaikutusvalta ei rajoittunut vain
valmiiden ehdotusten hyväksymiseen vaan näkyi myös siinä, millaisiksi päätökset
muotoutuivat. Haastateltavat kuitenkin halusivat jättää lopullisen päätösvallan ja si-
ten myös vastuun ammattilaisille. Silloin harvoin, kun päätöksentekoon oli osallis-
tuttu, se oli tehty varovaisen neuvottelun keinoin esittämällä epäsuoria tai harvem-
min suoria pyyntöjä, toiveita ja ehdotuksia. Vain poikkeustapauksissa haastateltavat
olivat valmiita esittämään vaatimuksia. Muutamit haastateltavat olivat kokeneet hen-
kilökunnan pyrkivän osallistamaan heitä päätöksentekoon kysymällä heidän mieli-
dettään tai tarjoamalla vaihtoehtoja.

Itsenäinen päätöksenteko osoittautui hyvin harvinaiseksi osallisuuden muodoksi. Tä-
mäkertaisella käynnillä sitä oli ilmennyt ainoastaan päivystykseen hakeutumista kos-
kevassa päätöksenteossa. Aiempien päivystyskäyntien osalta itsenäiseksi päätöksen-
teoksi voidaan tulkita se, että kaksi haastateltavaa oli tehnyt päätöksen lähteä kotiin
vastoin lääkärin kehotusta jäädä yöksi päivystykseen tarkkailuun.

Osallisuus näyttäytyi aineiston valossa myönteisenä ilmiönä. Aineisto ei kuitenkaan tukenut käsitystä siitä, että potilaan roolin passiivisuus olisi välttämättä kielteinen ilmiö. Haastateltavien välillä oli havaittavissa kohtalaisen suuria eroja siinä, missä määrin he halusivat olla osallisina itseään koskeissa asioissa. Aineiston perusteella päädyttiinkin tulkintaan, että oleellista ei ollut osallisuuden määrä sinänsä vaan osallistumishalujen ja -mahdollisuuksien vastaavuus (taulukko 25).

Taulukko 25. Vaikutushalujen ja -mahdollisuuksien vastaavuus

		Halu vaikuttaa itseä koskeviin asioihin	
		Suuri	Vähäinen
Mahdollisuus vaikuttaa itseä koskeviin asioihin	Suuri	- Päivystykseen hakeutuminen tai hakeutumatta jättäminen	(ei ilmennyt)
	Vähäinen	- Hoitoon pääsyn varmuus	- Lääketieteelliset tutkimus- ja hoitoratkaisut
		- Odotusaika	
		- Oma olotila käynnin aikana	

Päätöksenteko päivystykseen hakeutumisesta on esimerkki niistä seikoista, joissa haastateltavien halu ja mahdollisuus osallisuuteen pääosin kohtasivat toisensa. Toinen esimerkki on lääketieteellisiä seikkoja koskeva päätöksenteko, johon haastateltavat eivät juuri sen enempää halunneet kuin kokeneet olevan mahdollistakaan ottaa osaa. Sen sijaan esimerkiksi oman olotilan siedettävyyteen ja odotusaikaan liittyvissä asioissa mahdollisuudet osallisuuteen jäivät selvästi toivottua vähäisemmiksi. Aineistosta ei löytynyt mainintoja seikoista, joihin haastateltavat olisivat pystyneet vaikuttamaan mutta eivät olisi olleet siihen motivoituneita.

Osallisuuden taso määräytyi tyypillisesti jonkin tai jonkun muun kuin potilaan ehdoilla. Monet haastatelluista kokivat vaikeaksi lähestyä itse henkilökuntaa kysymyksineen ja toiveineen, kun taas lääkärit ja hoitajat saattoivat milloin tahansa marssia potilaan vuodepaikan luo tai huutaa häntä nimellä vastaanottohuoneeseen. Lyhyiden, satunnaisten kohtaamisten aikana potilaan ja henkilökunnan välille ei välttämättä ollut ehtinyt kehittyä sellaista keskusteluyhteyttä, jonka aikana olisi ehditty tai uskallettu esittää kysymyksiä, pyyntöjä tai ehdotuksia. Lisäksi päivystyksen tilanne ja potilasmäärät olivat vaikuttaneet keskeisesti siihen, kuinka paljon aikaansa ja huomiotaan henkilökunta oli pystynyt suomaan yksittäiselle avuntarvitsijalle. Siten osallisuuden edellytyksenä oli ollut, että joku muu oli ehtinyt ja halunnut osallistaa potilasta. Osallisuuden taso olikin määräytynyt enemmän osallisuutta estäneiden tekijöiden kuin potilaiden senhetkisten osallistumishalujen ja -kykyjen mukaan.

Seuraavissa luvuissa tarkastellaan päivystyskäyntiin liittyneitä osallisuuden eri tasoja. Tarkastelun ulkopuolelle on jätetty osallisuuden alimman ja ylimmän tason eli

täydellisen ulkopuolisuuden ja itsenäisen päätöksenteon ilmentymät siitä syystä, ettei niitä esiintynyt aineistossa muutoin kuin edellä mainituin vähäisin osin. On huomioitava, että jokaisella haastateltavalla osallisuuden taso oli vaihdellut saman päivystyskäynnin eri hetkinä. Osallisuuden eri tasoja ei siis tule pitää toisiaan poissulkevinä vaihtoehtoina. Tietyissä tapauksissa osallisuuden eri tasot olivat jopa edellyttäneet toistensa ilmentymistä; esimerkiksi päätöksentekoon osallistuminen oli edellyttänyt tietojen saamista.

5.4.2 Sivuosaan jääminen

Monet haastatelluista toivat esiin hyvin kielteisiä kokemuksia siitä, että heidät oli jätetty tuntikausiksi yksin ja pikemminkin odottamaan apua kuin saamaan sitä (taulukko 26). Monet harmittelivat, ettei kukaan ollut tuntunut välittävän heistä, käynyt kysymässä tai sanomassa mitään tai edes tarkistamassa, olivatko he ylipäättään vielä hengissä. Tällöin vastuu osallistetuksi tulemisesta jäi potilaalle, joka ei heikkokuntoisuutensa vuoksi välttämättä kuitenkaan kyennyt aktiiviseen toimijuuteen tai ei uskaltanut häiritä henkilökuntaa kysymyksillään ja toiveillaan.

Taulukko 26. Sivuosaan jääminen

-
- Päivystyksessä oleminen merkitsee pikemmin avun saamisen odottamista kuin avun saamista
 - Kukaan ei tunnu ottavan vastuuta potilaan hyvinvoinnista
 - Tarpeisiin vastaaminen jää potilaan aloitteellisuuden varaan
 - Potilas kokee jäävänsä yksin
 - Henkilökunta vaikuttaa etäiseltä ja vaikeasti lähestyttävältä
-

Potilaan osallistumishalujen ja -mahdollisuuksien välinen ristiriita näkyy erityisen hyvin naispotilaan (4) vastauksessa haastattelukysymykseen, oliko hänellä itsellään ollut jotain hoitoa koskevia toivomuksia tai ehdotuksia. *”Kai se olis ollu jos siellä olis joku käynny kysymässä. Mutta ku ei niitä edes näkyny. Silloin kun mä menin niin siellä hoitaja pyöri vieressä ja verenpaineet mitattiin ja -- verikokeet otettiin ja. Sitten mä sain olla siellä kuinka ja kauan”*, nainen totesi. Sivuosaan jäämisen kokemukset tulivat hänen kuvauksessaan hyvin ilmeisinä esiin. *”Ei siellä montaa kertaa hoitaja eikä, eikä lääkäri käy kattomassa, että siellä saa olla omissa yksinäisyydessä”*, nainen huomautti. Kohtaamiset henkilökunnan kanssa olivat jääneet paitsi lukumäärältään vähäisiksi myös kestoltaan lyhyiksi. *”Se oli niin nopee käynti lääkäriltä että ei siinä kerinny pubuu sen kans olleekkaan. Se oli kun tuli ja leimaus, -- se on liukubihnameininki siellä”*, haastateltava kuvaili.

Henkilökunnan kiire näyttäytyi osallisuuden esteenä myös toisen naispotilaan (3) maininnoissa. *”Kyllä se on hiasta se touhu, vai onko siellä niin paljon niitä potilaita. Sit siel nukuttiin, tai pötköteltiin ja... Sitten kun ne ei kysy jotta haluaisko juotavaa tai mitä ku eivät tuu mitään sanomaan. Mullakin oli kaubee jano. Ja sitten lopulta pyysin että tuokaa ny vettä ees”*, nainen totesi. Hänen kuvauksensa oli lähes toisintoa kohtalotoverinsa (4) maininnoille. *”Siinä vähän kävivät ja kysyivät ja taas ne menivät tonne jotta ei siinä kerinny oikeen”*, jälkimmäinen (3) kertoi siitä, millaisena hän oli kokenut kohtaamiset hoitajien kanssa. *”Ei se paljon puhunu, se vaan sano siinä jotta tota hän koittaa osastolle hommata sut. Ja sitten se lähtikin siitä pois, se oli aika lyhyt käynti”*, hän kuvaili lääkärin tapaamista.

Molemmat edellä mainituista haastateltavista arvelivat työntekijöillä olevan päivystyksessä niin kiire, etteivät nämä ehtineet keskittyä yhteen potilaaseen. Kumpikin totesi, ettei liukuhihnamaiseen tapaan toimivalla henkilökunnalla ei ollut aikaa kuuntelemiseen ja keskusteluun. Naispotilaiden maininnoista käykin selväksi, etteivät he kokeneet olleensa tapahtumien ja huolenpidon keskiössä. Koska henkilökunta ei ollut suuremmin ponnistellut heidän osallisuutensa edistämiseksi, haastateltavien oli täytynyt itse tarttua tilaisuuteen silloin, kun sellainen oli tullut kohdalle. Juuri näin oli tehnyt edellä mainittu naispotilas (3), joka kertoi pyytäneensä hoitajalta vesilasillista samalla, kun vierieisellä paikalla olleelle potilaallekin oli tuotu vettä. Useat aikaisemmat pyynnöt juotavan saamisesta olivat jääneet vaille vastausta. Haastateltava oli siis onnistuneesti muokannut vuorovaikutuksen strategiaansa ja ajoitustaan tilanteen edellyttämällä tavalla.

Kaikki haastateltavat eivät kuitenkaan olleet halunneet, kysenneet tai jaksaneet ponnistella osallisuutensa eteen. Sivuosaan tyytymisen voidaan tulkita ilmenneen haastateltavien puheessa passiivisuutta korostavina sanavalintoina. *”Siiben liittyy myös semmosta ettei tapahdu oikein mitään. Maataan vaan. Ja palellaan”*, miespotilas (2) kuvaili käynnin ”tapahtumia”. Osallisuuden vähäisyys konkretisoituu, kun paleleminenkin on vain jotain, joka tapahtui, eikä jotain, jonka haastateltava itse omakohtaisesti koki.

5.4.3 Työtehtävien kohteena oleminen

Työtehtävien kohteena olemiseksi nimettiin se osallisuuden taso, jolla potilas tuli huomioiduksi vain lääketieteellisenä ”tapauksena”. Potilaalle tehtiin tutkimuksia ja toimenpiteitä, mutta hän ei kokenut tulevansa itse kuulluksi, sillä henkilökunta puhui potilaasta eikä potilaalle. Päätökset tehtiin potilaalta kysymättä, ja henkilökunta määritteli omavaltaisesti, mitä oli hoidon kohteelle parhaaksi (taulukko 27).

Taulukko 27. Työtehtävien kohteena oleminen

-
- Potilaan näkemykset sivuutetaan: mielipidettä ei kysytä, ehdotuksiin ja kysymyksiin ei vastata ja/tai ne torjutaan ilman riittäviä perusteluja
 - Päätökset tehdään potilaalta kysymättä tai jopa hänelle kertomatta
 - Henkilökunta ottaa omavaltaisen oikeuden määrittellä, mikä on potilaan parhaaksi
 - Henkilökunta keskustelee keskenään ja toimii potilaan ohitse ja ylitse
-

Muutamit haastatelluista mainitsivat, että heidän kysymyksiinsä ja ehdotuksiinsa oli suhtauduttu välinpitämättömästi, tyylysti tai niihin ei ollut reagoitu lainkaan. Monet arvelivat, ettei henkilökunnalla ollut aikaa eikä välttämättä haluakaan potilaan kanssa keskustelemiseen. *”Ne on hyvin, hyvin niukkasanasia siellä ne hoitajat, ei ne juuri mitään, mitään potilaalle puhu muuta kun se että jos täytyy”*, miespotilas (9) harmitteli.

Naishaastateltava (4) kertoi kokeneensa päivystyskäyntinsä kovin raskaaksi ja kyselleensä hoitajilta useaan otteeseen, koska hän pääsisi kotiin. Vastaukseksi potilas kertoi saaneensa olankohautuksia ja ”en tiedä” –toteamuksia. Vasta kuutisen tuntia kestäneen käynnin lopuksi lääkäri oli haastateltavan mukaan käynyt hänen luonaan ”kääntymässä” ja ilmoittamassa, että hänet lähetettäisiin kaupunginsairaalaan. *”Mä luulin pääseväni kotio. Et sää mihinkään kotio mee, sää meet ny Hatanpäälle”*, nainen kuvaili keskusteluaan lääkärin kanssa. Haastateltava vaikutti yllättyneen ja jopa suuttuneen tästä käänteestä. *”Mä en halua sairaalaan, ja sitte ku mun viedään puoliväkeisin sinne sairaalaan niin mä sitte mököitän”*, potilas totesi. Hänen närkästyneisyyttään oli lisännyt se, että osastojaksolta kotiutuminen oli viivästynyt kotihoidon kiireiden vuoksi. Nainen mainitsi haastattelussa olevansa hyvin kiukuissaan siitä, että vieraat ihmiset komentelivat häntä ja määräsivät, milloin hän saa mennä omaan kotiinsa. Haastateltavan ärtymys on hyvin ymmärrettävissä: muut olivat hänen mielipidettään kysymättä ottaneet omavaltaisen oikeuden määrittellä, mikä hänelle oli parhaaksi.

Jotkut haastateltavat olivat kohdanneet tilanteita, joissa keskustelu oli käyty vain henkilökunnan kesken ja samalla potilaan ohitse tai ylitse. Tällaisia kokemuksia toi esiin miespotilas (11), jolle hoitaja oli antanut kerta-annoksen antibioottia lihakseen. *”Se mikä pükkin pisti, se ei paljon puhunukkaan, pükkin löi. Lähti pois, kun se oli siinä lääkärin huoneessa, se puhukin sen lääkärin kans vaan paremmin. Mutta kyllähän se oli kovasti ystävällinen joka verta otti. -- Kyllähän se häneltä kävi ammattimaisesti se ottaminen”*, mies vertaili kohtaamisia kahden eri hoitajan kanssa. Samankaltainen neulanpisto saattoi siis saada joko epämiellyttävän tai ammattimaisesti suoritettun toimenpiteen merkityksen, riippuen siitä, tuliko potilas itse sivuutetuksi vai kohdatuksi.

Pelkkänä työtehtävien kohteena käsitellyksi tulemisen kokemuksia toi esiin myös mieshaastateltava (8), joka oli noin kuukautta ennen tämänkertaista käyntiään joutunut hakeutumaan päivystykseen kaatumisesta aiheutuneiden kylkiluumurtumien sekä

veri- ja ilmarinnan vuoksi. Potilaalle oli tuolloin laitettu pleuradreeni (keuhkopussiin asetettava laskuputki, jonka kautta ilmaa ja verta poistuu keuhkopussista). ”Sitten sitä operoitiin toi, pantiin puukko tonne kylkeen mutta eihän siitä mitään kerrottu”, mies muisteli. Erikseen tiedonsaantia koskevia kokemuksia kysyttäessä hän kuitenkin totesi saaneensa toimenpiteestä juuri niin sen verran tietoa kuin oli tarvinnutkin. ”Kyllä se selitettiin, tosin siinä just, just ennenku, ennenku sitte lyötiin piikki nahkaan ja veistä niskaan. Ja sitten, en tiedä oliko se joku kandi tai mikä siinä oli oppimassa, että sormella piti kai koittaa sitä reian, että mihin, mihin ja miten se laitetaan”, mies kertoi.

Haastatteluotteita tarkasteltaessa tulee vaikutelma, että potilas oli kokenut alentavaksi joutua lääketieteellisen hoitotoimenpiteen ja opetuksen kohteeksi, jolle itselleen hädin tuskin kerrotaan mitään ennen teräesineiden ”lyömistä” ihon läpi. Haastateltava oli saanut suuren osan toimenpidettä koskevasta tiedosta ikään kuin vahingossa, kuunneltuaan opiskelijalle tarkoitettua selostusta siitä, kuinka syvään viilto tuli tehdä ja miten imuletku piti reikään asettaa. Haastattelussa mies keskittyi kuvailemaan teknisiä yksityiskohtia sekä sitä, mitä muut tekivät hänelle. Sen sijaan hän jätti kokonaan kertomatta, miltä toimenpide oli hänestä itsestään tuntunut. Haastateltava puhui voimakkain sanavalinnoin saamisesta ”piikistä nahkaan”, ”puukosta kylkeen” ja ”veitsestä niskaan” mutta vaikutti silti kuvaavan toimenpidettä pikemmin välinpitämättömän sivustakatsojan näkökulmasta kuin sinä ihmisenä, joka kirjaimellisesti tunsikin kaihien nahoissaan. Voidaan tulkita, että näin potilas hiljaa mukautui siihen esineellistetyin toimenpiteen kohteen asemaan, jota hänen ohitseen ja ylitseen puhuva henkilökunta tarjosi.

Todettakoon vielä, että edellä olevaan tulkintaan päädyttäessä on huomioitu paitsi haastatteluotteiden sisältö myös potilaan antama vaikutelma haastattelutilanteessa. Muutamien muiden haastateltavien kohdalla olisi nimittäin ollut tulkittavissa, että näin voimakkaiden ilmausten käytön osasyynä olisi ollut haastattelutilanteeseen liittynyt pyrkimys rehentelyyn tai haastattelijan reaktioiden testaamiseen, mutta kyseisen potilaan kohdalla tällaista vaikutelmaa ei syntynyt, vaan hän vaikutti kertovan kokemuksistaan pikemminkin välttelevään kuin liioittelevaan sävyyn.

Haastateltavien joukossa oli kuitenkin myös niitä, joille vaikutti olevan tyypillistä ilmaista mielipiteensä jyrkkiä vastakkainasetteluja suosien. Yksi heistä oli miespotilas (5), joka kertoi saaneensa kyllä päivystyksessä ensiluokkaista hoitoa mutta arvosteli kovin sanoin jatkohoitoon pääsyn viivästyistä. Osansa kritiikistä sai jatkohoidosta vastannut yliopistosairaala ja koko suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä. ”TAYS:iahan ei oo enää siinä merkityksessä olemassa että se on sairaala. Se ei oo sairaala enää. Vaan se on tehdas. Ja se tarkoittaa sitä että siellä pääasiassa -- painotetaan semmosia asioita kun -- tutkimus ja tuotekehitty. Ne on ne kaks asiaa. Potilas jää jalkeihin”, mies totesi. Vaikka

haastatteluote suorasanaisen sävynsä osalta edustaa aineistossa poikkeusta, sisältönsä puolesta tässä sitaatissa on myös piirteitä, jotka tekevät siitä aineistoa tyypillisesti edustavan esimerkin. Tehdasmaisuus ja potilaan yksilöllisen kohtaamisen puute näyt-täytyivätkin nykyterveydenhuollon yhtenä keskeisenä ongelmana myös monen muun haastateltavan maininnoissa. Päivystyksen osalta tämä näkyi erityisesti aiemmin mai-nituissa ”liukuhihnatoimintaa” koskevissa kuvauksissa.

5.4.4 Huomioinnin keskiössä oleminen

Yhdeksi osallisuuden tasoksi tulkittiin tapahtumien sekä henkilökunnan huomion ja huolenpidon keskiössä oleminen (taulukko 28). Pääosassa olemisen kokemukset oli-vat myönteisesti sävyttyneitä ja niissä korostui käsitys siitä, että potilas oli päivystyk-sessä todella saamassa apua. Tällä osallisuuden tasolla potilas oli passiivinen toimin-nan kohde, kun taas henkilökunnan toiminta oli aktiivista ja aloitteellista.

Taulukko 28. Huomioinnin keskiössä oleminen

-
- Potilas kokee olevansa päivystyksessä todella saamassa apua
 - Henkilökunta ottaa vastuun potilaan hyvinvoinnista ja reagoi, jos voinnissa tulee muutoksia
 - Henkilökunta osoittaa aloitteellisuutta potilaan tarpeisiin vastaamisessa
 - Potilaalla osoitetaan huolenpitoa, kiinnostuneisuutta ja välittämistä
 - Henkilökunta on läsnä ja saatavilla
-

Muutamit haastatelluista kokivat, että heistä oli koko käynnin ajan pidetty hyvää huolta. Heidät oli heti otettu vastaan ja heille oli pikaisesti tultu tekemään ensimmäi-set tutkimukset ja hoitotoimenpiteet. Heidän luonaan oli käyty tihein väliajoin, hei-dän vointiaan oli tiedusteltu toistuvasti ja heidän perustarpeistaan oli huolehdittu. He olivat kokeneet olotilansa turvalliseksi ja henkilökunnan ystävälliseksi, kiinnostu-neeksi ja helposti lähestyttäväksi. Heitä ei ollut missään vaiheessa jätetty pitkäksi ai-kaa yksin ilman tietoa siitä, mitä seuraavaksi tapahtuisi ja miksi. Vielä kotiutuessakin heidät oli saatettu ulko-ovelle asti taksiin tai jatkohoitoon lähetettäessä heidät oli huo-lehdittu turvallisesti kaikkine tavaroineen ambulanssin tai paritaksin pedille. Heistä oli pidetty huolta kirjaimellisesti ovelta ovelle.

Erityisen myönteisiä kokemuksia oli kaatuessa lonkkansa loukkanneella naispoti-laalla (13). *”Mä sain kaiken avun mitä mä nyt tartin ja, sekin siellä, kun röntgenkuva otettiin, se hoitaja, kun mä olin yksin, niin hänellä oli aikaa, hän kävi vähän väliä kysymässä ja puhu-massa ja toi tietoa mitä tuleman pitää, niin se oli ihan hyvä. -- Sairaalavaatteet vaihdettiinkin siellä, siinä Acutassa ennenkö lähdettiin ja. Se meni joustavasti sitten samoilla vaatteilla sitte*

Hatanpäälle ja. Hän laitto pussiin kaikki niin nätisti mun vaatteeni ja se taksikuski otti ne sitten ja käsilaukku ja toimitti ne ihan, ei tarvinnu niistä huolehtia yhtään mitään että kaikki meni kyllä ihan hyvin”, kaupunginsairaalaan jatkohoitoon siirretty potilas kertoi.

Kyseinen potilas oli ollut enemmän muiden ihmisten toiminnan kohde kuin aktiivinen toimija: hän oli maannut päivystyksen petipaikalla, kun muut olivat käyneet hänen luonaan kysymässä vointia, antamassa tietoa sekä huolehtineet esimerkillisesti hänen hyvinvoinnistaan, vaatteistaan ja käsilaukustaan. Haastateltava kuitenkin antoi ymmärtää olleensa asioissa osallisena juuri sen verran, kuin hän lonkkamurtuman johdosta liikuntarajoitteisena ja mahdollisesti hämmentyneenä halusi ja kykeni. Osallisuuden taso oli siis määräytynyt potilaan voimavarojen perusteella. Hänen käyntinsä oli kuitenkin ajoittunut ajankohtaan, jolloin päivystyksessä oli ollut hyvin vähän muita potilaita. Kuten haastateltava itsekin toi esiin, tämä oli todennäköisesti syy siihen, miksi hoitajan oli ollut mahdollista antaa hänelle niin paljon aikaa ja huomiota. Potilaan ehtojen mukaisen osallisuuden voidaan siten tulkita olleen mahdollista vain niissä rajoissa, jotka henkilökunnan ja olosuhteiden ehdot asettivat.

5.4.5 Tiedonsaanti

Haastateltavat kokivat tärkeäksi saada ymmärrettävässä muodossa riittävästi tietoa seikoista, jotka koskivat sairauden aiheuttajaa ja tutkimuslöydöksiä, päivystyskäynnin kulkua sekä jatkohoitosuunnitelmaa (taulukko 29). Haastateltavilla oli tiedonsaannista sekä myönteisiä, kielteisiä että neutraaleja kokemuksia: osa koki saaneensa tietoa juuri sopivasti, osa aivan liian vähän ja osa hieman liian niukasti, mutta kukaan ei maininnut saaneensa tarpeetonta tietoa. Yksi haastatelluista korosti sen tärkeyttä, että myös tytär oli ollut kuulemassa ja painamassa saadut hoito-ohjeet mieleen.

Haastateltavat olivat pyrkinet tavalla tai toisella muodostamaan mielekkään käsityksen sairautensa syistä, tapahtumien kulusta sekä hoitoratkaisujen taustoista. Jos he eivät olleet saaneet tietoa henkilökunnalta, he olivat muodostaneet käsitykset omien havaintojensa ja olettamustensa pohjalta. Kun haastateltavien mainintoja verrattiin sairauskertomusmerkintöihin, kävi ilmi, että monissa tapauksissa haastateltavien tiedot olivat puutteelliset tai virheelliset. Aineiston analyysin kannalta haasteellista oli ratkaista, miten potilaiden tiedonsaannin onnistuneisuutta tulisi arvioida: Osalle haastatelluista vaikutti olevan hyvin epäselvää se, mitä päivystyksessä oli tehty ja todettu sekä mitä jatkotutkimuksia tai -hoitoa tilan oli katsottu vaativan, mutta silti he saattoivat kokea saaneensa aivan riittävästi informaatiota. Toisaalta jotkut mainitsivat

kokeneensa tiedonsaannin puutteelliseksi sitäkin huolimatta, että he osasivat haastattelussa kertoa hyvinkin yksityiskohtaisia seikkoja; näissä tapauksissa moitteet tiedonsaannin riittämättömyydestä vaikuttivat heijastelevan pettymystä jollain muulla hoidon osa-alueella. On myös huomioitava, että osapuolten väliseen viestintään ja tiedon omaksumiseen olivat voineet vaikuttaa monenlaiset tekijät ja siksi haastateltavien mainintojen pohjalta voidaan tehdä vain rajallisesti päätelmiä siitä, missä määrin tietoa henkilökunta oli todella antanut.

Taulukko 29. Tiedonsaannin osa-alueet

SAIRAUDEN AIHEUTTAJA JA TUTKIMUSLÖYDÖKSET
<ul style="list-style-type: none">- Mikä sairaus tai vamma minulla on, kuinka vakava se on ja mikä sen on aiheuttanut?- Mitä tutkimuksissa on todettu ja mitä tulokset merkitsevät minun kannaltani?
PÄIVYSTYSKÄYNNIN KULKU
<ul style="list-style-type: none">- Kauanko joudun odottamaan ja miksi joudun odottamaan?- Keneltä voin pyytää apua perustarpeistani huolehtimisessa, miten saan syötävää ja juotavaa, missä voin levätä ja missä on WC?- Mitä tutkimuksia ja toimenpiteitä minulle päivystyskäynnillä tehdään, milloin ja miksi?- Milloin pääsen päivystyksestä pois, ja pääsenkö kotiin vai siirretäänkö minut osastolle?
HOITOSUUNNITELMA
<ul style="list-style-type: none">- Miten sairauteni tai vammani hoidetaan ja miksi juuri tämä hoitomuoto on kohdallani paras?- Mitä haittoja tai sivuvaikutuksia hoidosta voi aiheutua?- Jos minut lähetetään jonnekin jatkohoitoon, minne minut siirretään, millä kyydillä, milloin ja mitä minulle siellä tapahtuu?- Jos kotiudun, millaisia hoito-ohjeita minun tulee noudattaa, millä keinoin voin kotona lievittää oireitani ja mitä asioita minun tulee erityisesti välttää tai varoa?- Kauanko vaivani paraneminen vie aikaa ja mitä teen, jos vaiva pitkittyy, pahenee tai uusii?- Onko jatkotutkimuksille, -hoidolle tai kontrollikäynneille tarvetta ja miten ne järjestetään?

Sairauden aiheuttajaa ja tutkimuslöydöksiä koskeva tiedonsaanti. Haastateltavat arvioivat sairauden aiheuttajaa koskenutta tiedonsaantia hyvin erilaisista lähtökohdista. Osa heistä oli nimittäin jo päivystykseen hakeutuessaan arvellut tai pelännyt itsellään olevan jokin tietty sairaus, kun taas joillekin oli ollut hyvin epäselvää, mistä oli kyse. Tiedonsaanti sairauden aiheuttajasta olikin osalle haastatelluista merkinnyt uuden informaation saamista, toisille aiempien tietojen täydennystä, joillekin varmistuksen saamista omille ennakkokäsityksille ja eräille taas huojennusta siitä, että heidän pelkäämänsä vakavat sairaudet oli poissuljettu.

Vajaa puolet haastatelluista osasi kertoa, mikä sairaus tai vamma käynnillä oli diagnosoitu. Heistä enemmistö oli osannut epäillä oikeaa taudinaiheuttajaa jo ennen päivystykseen hakeutumista. Noin neljäsosa haastatelluista tiesi kertoa, että vaivan syy

oli ollut lääkärillekin epäselvä. Pari heistä oli saanut tietää vaivan syyn päivystyskäyntiä seuranneen sairaalajakson aikana. Kuitenkin muutamalle sellaiselle potilaalle, joiden sairauskertomuksesta diagnoosi ja johtopäätelmät kävivät ilmi, oli vielä haastatteluhetkellä täysin epäselvää, mitä heillä oli päivystyskäynnillä todettu.

Sairauskertomustietojen perusteella arvioituna vaivan aiheuttajasta ei kaikkien potilaiden kohdalla ollut lääkäriäkään varmuutta. Haastateltavat eivät pitäneet tätä sinänsä ongelmana. Sen sijaan kiusalliseksi koettiin tilanteet, joissa potilaat eivät olleet varmoja, oliko heidän vaivansa aiheuttaja saatu selville vai ei. Epätietoisuus siis esti potilaita arvioimasta, voivatko he luottaa päivystyksessä tehtyjen tutkimusten riittävyyteen. Tämä ongelma koski noin neljäsosaa haastatelluista.

Haastateltavat olivat kiinnostuneita myös tutkimustuloksista kuten laboratoriotulosten, sydänfilmin ja kuvantamistutkimusten löydöksistä. Kiinnostus kohdistui ensisijaisesti siihen, mitä nämä löydökset merkitsivät käytännössä, esimerkiksi sairauden vakavuusasteen ja hoidon kannalta.

Päivystyskäynnin kulkua koskeva tiedonsaanti. Haastateltavien mielestä oli tärkeää, että potilas pidettiin koko päivystyskäynnin ajan tilanteen tasalla: mitä oli suunnitteilla, milloin ja miksi. Tietoa toivottiin suunnitteilla olevista tutkimuksista ja toimenpiteistä mutta myös sellaisista seikoista, kuin missä päivystyksen tiloissa on WC, mistä saa juotavaa ja kenen puoleen voi kääntyä, jos nälkä yllättää tai ilman tukea kävellessä kaatumisen pelottaa. Monet pitivät tärkeänä saada mahdollisimman aikaisessa vaiheessa tietoa siitä, kauanko käynti tulisi kestämään, missä vaiheessa he pääsisivät päivystyksestä pois ja oliko heidät tarkoitettu kotiutettaviksi vai lähettää jonnekin jatkohoitoon. Aihetta koskeva keskustelu oli kuitenkin yleensä käyty henkilökunnan kanssa vasta aivan käynnin loppuvaiheessa.

Kaikki haastatelluista korostivat odotusajan pituutta ja syitä koskevan tiedonsaannin merkitystä. Kuvaava esimerkki koskee miespotilasta (7), joka oli hakeutunut päivystykseen sydänperäiseksi ja hengenvaaralliseksi epäilemänsä oireilun vuoksi. Sairauskertomuksesta ilmeni, että hänet oli otettu tarkkailuun sydänperäisten syiden poissulkemiseksi (kiputilanteen seuranta sekä troponiiniarvojen ja sydänfilmin kontrollointia varten). Potilaalle itselleen tämä lienee kuitenkin jäänyt kertomatta. Näin ollen haastateltavan käsitys tapahtumien kulusta oli se, että hänet oli unohdettu. *”Siinä meni viissii neljä viis tuntia että ei multa kysytty yhtään mitään eikä, eikä käyny siinä kukaan. Eikä tää, niinku mä sanoin niin mä olin helppo tapaus että, ei tarvinnu käydä mutta, just se, mä rupesin ihmettelemään että, että onks mut, sittenhän mä kysyin siltä koko porukalta, siirsin verhon syrjään, että onko minut unohdettu tänne”,* potilas kertoi.

Kyseinen haastateltava kertoi kokeneensa kiusalliseksi odotella useita tunteja, kun mitään ei tapahdu, mitään tietoa ei saa ja nälkä kurnii. Tästä huolimatta hän mainitsi

olevansa hyvin tyytyväinen siihen, kuinka täsmällisesti hänen asiansa oli hoidettu. Toisaalta mies totesi olevansa tyytyväinen siihen, että oli päässyt jo samana iltana päivystyksestä pois. Haastateltavan puhe olikin täynnä ristiriitaisuuksia: hän saattoi peräkkäisissä lauseissa harmitella tuntikausien mittaiseksi venähtänyttä odotusaikaa ja sitten kehua päivystystä paikaksi, jossa ei viivytelty. *”Se oli hyvin lyhyt, mitähän mä nyt olisin ollut, seitsemän kahdeksan tuntia. Että se ei ollu sen pidempi reissu”*, totesi potilas, joka useaan otteeseen ilmaisi aivan päinvastaisiakin mielipiteitä. *”Tämä veny ihan, minun mielestäni pikkasen liian pitkälle tämä, tämä homma ja... kun ei tämä nyt sitten ollut niin ihmeellinen niin, niin sinähän olis vapautunu yks paikka melko nopeastikin”*, mies huomautti.

Edellä olevat maininnat ovat hyvä osoitus siitä, ettei tyytyväisyyden ilmauksista voi tehdä kovin pitkälle meneviä johtopäätelmiä potilaiden kokemuksista. Kyseinen haastateltava totesi olevansa tyytyväinen niin hoitoon, henkilökuntaan kuin päivystyksestä pois pääsemiseenkin. Mitään valittamista tai moittimista hänellä ei kertomansa mukaan ollut, ja kaikki oli kuulemma hoidettu hyvin asiallisesti ja erinomaisesti. Tuntikausien odotus ilman syötävää, juotavaa, seuraa, tekemistä tai tietoa oli ”ainoa pikkuihin juttu”, jota haastateltava oli jäänyt ”vähän ihmettelemään”. Haastateltavan ”tyytyväisyys” onkin tulkittavissa enemmän mukautuvaisuudeksi kuin hoidon korkeatasoisuutta koskeväksi kannanotoksi. Lienee myös perusteltua olettaa, että henkeä uhkaavaa sairauskohtausta pelänneen potilaan käsitys odotusajan mielekkyydestä olisi ollut aivan toisenlainen, jos hän olisi tiennyt olleensa päivystyksessä tarkkailtavana eikä unohdettuna.

Hoitosuunnitelmaa koskeva tiedonsaanti. Jokaisen haastateltavan jatkotutkimusten ja -hoidon tarve oli erilainen. Osa kotiutui suoraan päivystyksestä, kun taas jotkut lähetettiin osastohoitoon. Muutamille tutkimukset ja toimenpiteet saatiin tehtyä käynnin aikana, mutta monien kohdalla oli tarvetta ohjelmoida myöhempiä lisäselvittelyitä. Haastateltavien välillä olikin suuria eroja siinä, millaisten tietojen saamista he pitivät tarpeellisena. Osastolle siirtyneet potilaat korostivat tiedonsaantia siitä, minne heidät siirrettäisiin, milloin ja millä kyydillä sekä miten tutkimuksia tai hoitoa osastolla jatkettaisiin. Päivystyksestä kotiutuneet potilaat taas pitivät tärkeänä saada kotihoito-ohjeita, neuvoja oireiden lievittämiseen kotona, tietoa vaivan paranemisenusteesta, toimintaohjeita oireiden pitkittymisen, pahenemisen tai uusiutumisen varalle sekä tietoa erityishuomiota tai välttämistä vaativista seikoista. He toivoivat tietoa myös siitä, oliko jatkotutkimuksille tai -hoidolle tarvetta, miten ja missä kontrollit järjestettäisiin ja pitäisikö potilaan hakeutua niihin oma-aloitteisesti vai tulisiko niihin kutsu.

Kuvaava esimerkki hoitosuunnitelmaa koskevan tiedonsaannin osittaisesta onnistumisesta ja osittaisesta epäonnistumisesta koskee miespotilasta (2). Hänellä todettiin

eteisvärinä, jonka kesto oli epäselvä. Potilaalle aloitettiin varfariinilääkitys (verisuonitukosten estohoidossa käytetty lääkeaine, kauppanimi Marevan). Lääkärin kirjauksen mukaan kardioversiota (rytminsiirtoa) voitaisiin harkita sitten, kun INR (varfariinihoidon seurannassa käytetty laboratoriotutkimus) olisi ollut neljä viikkoa hoitotasolla. Sairauskertomuksen mukaan potilasta oli ohjeistettu hakeutumaan kahden päivän kuluttua seuraavaan INR-mittaukseen ja hänelle oli varattu terveysaseman hoitajalle aika varfariinin aloitukseen liittyvää potilasohjausta varten.

Potilas kertoi arvelleensa ennen päivystykseen tuloa, että rytmi käännettäisiin sähköllä. Mies mainitsi olleensa hieman pettynyt, kun näin ei ollutkaan tehty. Hän tiesi asian liittyvän jollain tavoin siihen, ettei hän ollut osannut lääkärille varmuudella sanoa, koska rytmihäiriöoireet olivat alkaneet. *”Jos määhän nyt muistan oikein niin se oli se kaksi vuorokautta sen rytmihäiriön alkamisesta, niin jos ei se sinä aikana niin tapahdu niin se täytyy tän toisen kautta mennä. Siis Marevan-hoidon. Mut sitä mä en kyl kysynyt että mikä siihen on syy. Se oli vaan tämmönen että sitä ei voida jos emmää oo varma”*, mies muisteli.

Sairauden aiheuttajaa ja diagnoosia koskevat tiedot olivat haastateltavalla osittain hallussa. *”Sitätähän puhu että on rytmit, tai niin, syke ei oo kohdallaan. Mä en tiedä oliko siin jotain kammiovärinäkei, mitä... Ei, emmää siit oikeen perille päässy”*, kertoi potilas, joka haastattelussa mainitsi kertaalleen myös oikean eli eteisvärinä-termin.

Myös syy varfariinin aloitukseen oli haastateltavalle puolittain selvä. Hän tiesi kertoa, että varfariini oli ”rotanmyrkyä”, jonka tarkoituksena oli ”muuttaa veren koostumusta ja juoksevuutta”. Mies arveli syyksi varfariinin aloitukseen sen, että veri oli jotenkin liian paksua. Tavoitteena olevan INR-tason (2–3) haastateltava osasi nimetä. Samoin hän muisti lääkärin maininneen, että sähköistä rytminsiirtoa voitaisiin harkita sitten, kun veri olisi ollut neljän viikon ajan ”oikealla Marevan-tasolla”. Haastateltavalle oli kuitenkin jäänyt epäselväksi, oliko rytmihäiriön määrä mennä ohi varfariinilääkityksen myötä, vai mikä oikeastaan oli syynä aloittaa lääkehoito sen sijaan, että saman tien tehty olisi rytminsiirto. Potilasta oli jäänyt mietityttämään, miten toimittaisiin ja kauanko rytminsiirtoon pääsy voisi viivästyä, jos INR-arvoa ei pystyttäisi pitämään tavoitetasolla neljää viikkoa yhtäjaksoisesti.

Eteisvärinään ja ilman antikoagulaatiohoitoa tehtävään rytminsiirtoon liittyy merkittävä aivohalvausriski, kun eteisvärinä on kestänyt yli 48 tuntia tai sen kesto on epäselvä (Eteisvärinä: Käypä hoito -suositus). Tällöin antikoagulaatiohoidon on oltava hoitotasolla (varfariinia käytettäessä INR ≥ 2) vähintään kolme viikon ajan ennen rytminsiirtoa (Eteisvärinä: Käypä hoito -suositus). Haastateltava ei selvästikään ollut aivohalvausriskistä tietoinen. Rytmihäiriön luonne ja merkitys ylipäättään vaikuttii jääneen hänelle epäselväksi. Haastateltava ei puhunut varfariinista usein käytetyllä termillä ”verenohennuslääkitys”, mutta maininnat veren liiallisesta paksuudesta

sekä sen juoksevuuteen kohdistuvasta vaikutuksesta viittaavat siihen, että käsite oli hänelle tuttu. Tukoksia estävää tai vuotoriskiä lisäävää vaikutusta mies ei maininnut, eli vaikuttaa siltä, ettei hän tarkalleen tiennyt, mihin lääkkeen käytöllä pyrittiin ja mitä mahdollisia haittoja siihen liittyi. Potilaan toisiinsa sekoittamalla kammio- ja eteisvärinällä on ennusteellisesti ja hoidollisesti kovin vähän yhteistä, ensin mainitun ollessa sydämen pumppaustoiminnan pysäyttävä ja jälkimmäisen harvoin henkeä uhkaava rytmihäiriö (Elvytys: Käypä hoito -suositus, Eteisvärinä: Käypä hoito -suositus). Potilas tiesi kuitenkin, että varfariinia johdoksineen käytetään jyrksijoiden torjunta-aineena (Tuomisto 2001, s. 1094). Yhteenvetona voidaan tulkita, että haastateltavalla oli suuri luottamus henkilökunnan ammattitaitoa ja hoitopäätösten oikeellisuutta kohtaan – tuskin hän muuten suostuisi syömään pillereitä, joiden käyttötarkoitus oli hänelle epäselvä ja jotka hän mielsi ”rotanmyrkyksi”.

5.4.6 Kuulluksi tuleminen

Yhdeksi osallisuuden tasoksi nimettiin kuulluksi tuleminen. Siinä tulkittiin olevan kyse kokemuksesta, että potilas ei ollut vain henkilökunnan toiminnan kohde, vaan osapuolet toimivat yhteistyössä samojen tavoitteiden eteen. Tälläkin osallisuuden tasolla päätöksentekovalta ja -vastuu olivat ensisijaisesti hoitoalan ammattilaisten käsissä, mutta päätökset tehtiin vasta potilaan näkemysten selvittämisen ja hänen hyväksyntänsä saamisen jälkeen. Potilas oli siis osallisena sen määrittelemisessä, millaisen avun tarpeessa hän oli (taulukko 30).

Haastateltavat puhuivat paljon siitä, kuinka tärkeää oli tulla otetuksi tosissaan. Kyse voidaan tulkita olleen juuri kuulluksi tulemisen kokemuksesta. Tosissaan ottamisena kuvailtiin esimerkiksi sitä, ettei potilasta jätetty pitkäksi aikaa yksin, vaan hän oli saanut apua nopeasti ja hänet oli tutkittu huolellisesti. Muutamat haastateltavat muistelivat hyvin myönteiseen sävyyn sitä, että henkilökunta oli sanonut heidän tehneen oikean ratkaisun päivystykseen hakeutuessaan. Näillä sanoilla työntekijöiden voidaan tulkita jakaneen potilaan käsityksen avuntarpeesta ja jopa antaneen ”luvan” hakeutua jatkossakin tiettyjen hälyttävien oireiden ilmetessä päivystykseen.

Naishaastateltava (17) kertoi pitävänsä tosissaan otetuksi tulemista erittäin tärkeänä. *”Siellä oli niin hyvä palvelu että minä oikein hämmästyin. Hoitajat oli jatkuvasti kyselyssä ja mittasivat monta kertaa verenpaineen ja ihmettelivät että ku syke on tuommonen yli sata ja sitten putoaa neljäänkymmppiin ja verenpaine on yli kakssataa kautta toistasataa. Ja siinä meni kuitenkin neljä, neljä viis tuntia kun minä siellä olin, ennen ku otettiin kaikki ja tutkittiin kyllä,*

ja oli, henkilökunta oli erittäin ystävällistä”, nainen kertoi. Hän kehui haastattelussa mo-
neen otteeseen hoitajaa, joka oli käynnin alussa verenpaineet mitattuaan alkanut heti
ihmetellä lukemien ”kamaluutta” sekä käynyt odotusaikana toistuvasti tiedustele-
massa potilaan vointia ja petipaikan tarvetta. Olennaista on, että haastateltava koki
henkilökunnan jakavan hänen löydöksille antamansa merkityksen. Voidaan tulkita,
että ”kamalien” lukemien ollessa hoitajalle ja potilaalle yhteinen ihmettelyn aihe haas-
tateltavalle syntyi kokemus kuulluksi tulemisesta.

Taulukko 30. Kuulluksi tuleminen

-
- Potilaalla on mahdollisuus esittää kysymyksiä, ehdotuksia ja mielipiteitä
 - Potilaan mielipidettä kysytään ja hänen suostumuksensa pyydetään päätöksiä tehtäessä
 - Henkilökunta perustelee näkemyksensä ja päätöksensä
 - Potilas osallistuu sen määrittelyyn, millaista apua hän tarvitsee
 - Potilas kokee henkilökunnan ottavan hänet ja hänen oireensa tosissaan
 - Potilas ja henkilökunta keskustelevat keskenään ja toimivat yhteistyössä
-

5.4.7 Päätöksentekoon osallistuminen

Päätöksentekoon osallistuminen oli jokseenkin harvinainen osallisuuden muoto. En-
sisijainen päätöksentekoon osallistumisen keino oli pyrkiä neuvottelemaan henkilö-
kunnan kanssa erilaisista vaihtoehdoista. Ehdotukset ja pyynnöt oli yleensä esitetty
varovaisessa ja epäsuorassa muodossa esimerkiksi mainitsemalla henkilökunnalle,
mitä itse oli epäilty vaivan aiheuttajaksi, millainen hoito aiemmin oli auttanut tai mitä
joku toinen lääkäri oli joskus sanonut. ”*Mä esitin hänelle -- että hän kuvauttaisi minun
alarankani sitten, -- ja mistä mahdollisesti johtuis ja olisiko sitten jotakin ongelmia tuolla lonkissa
tai muissa. Hän määräskän mun röntgeniin sitten ja ne kuvattiin*”, miespotilas (1) kertoi lan-
nerankakuvien ottamiseen johtaneesta keskustelusta lääkärin kanssa. Puheessa huo-
miota kiinnittää yhtäältä kuvauspyyntöä koskevan kuvauksen varovainen sävy ja toi-
saalta maininta ”lääkärin määräämistä” mutta juuri haastateltavan omien toivomus-
ten mukaisista tutkimuksista; neuvottelun keinoin potilas osallistui päätöksentekoon
mutta lopullinen päätösvalta ja -vastuu jäi lääkärille, kuten haastateltavan oman to-
teamuksen mukaan kuuluikin.

Aineistossa oli vain vähän mainintoja tilanteista, joissa henkilökunta oli antanut
potilaalle mahdollisuuden valita tiettyjen vaihtoehtojen välillä. Haastateltavat kertoivat
näistä tilanteista hyvin myönteiseen sävyyn, vaikka kyse olisi ollut vain petipaikan
tai kipsin värin valitsemisesta. Yksi potilas kertoi lääkärin antaneen hänen valita osas-
tohoitoon siirtymisen ja kotiutumisen välillä.

Kukaan haastatelluista ei maininnut esittäneensä päivystyskäynnillään tutkimuksia tai hoitoa koskevia vaatimuksia. Samoin kynnyksen henkilökunnan näkemysten kyseenalaistamiseen oli ollut korkea. Monet haastateltavista antoivat ymmärtää mieluummin tyytyvänsä hiljaisuudessa ratkaisuihin, joita he eivät pitäneet omalle kohdalleen sopivimpina tai joiden perusteita he eivät täysin ymmärtäneet, kuin tuovansa eriävät näkemyksensä henkilökunnan tietoisuuteen. Vain yksi oli selvästi ilmaissut erimielisyytensä henkilökunnalle, hänkin poiskäännytetyksi tulemisen uhan edessä eli tilanteessa, jossa oman mielipiteen esittäminen pikemminkin lisäsi kuin vähensi avun saamisen mahdollisuuksia. Kyseinen haastateltava kertoi käyneensä ”ilmoittautumislukun” hoitajan kanssa pitkän keskustelun, joka oli johtanut hänen toivomaansa lopputulokseen eli päivystykseen hoidettavaksi pääsemiseen.

5.5 Luottamus

5.5.1 Luottamus vallan ja riippuvuuden tasapainottajana

Edellä todettiin, että osallisuuden taso määräytyi pikemmin osallisuuden esteiden kuin potilaan osallistumishalujen ja -kykyjen perusteella. Usein osallisuuden edellytyksenä oli, että potilas tuli henkilökunnan toimesta osallistetuksi. Osallisuudessa oli siten paljolti kyse vallasta. Potilaat olivat monella tapaa riippuvaisia henkilökunnasta: työntekijöillä oli valta ratkaista, huolittaisiinko potilaita päivystykseen hoidettaviksi, millainen heidän odotusaikansa olisi ja miten heidän tarpeisiinsa vastattaisiin. Voidaan tulkita, että päivystyskäynnin konteksti loi asetelman, jossa riippuvuuden ja vallan ilmentymät tasapainottelivat. Tämän vuoksi luottamuksella oli vuorovaikutussuhteessa keskeinen merkitys. Tässä luvussa on tarkasteltu sitä, miten haastateltavat ilmaisivat puheessaan luottamusta päivystystä ja henkilökuntaa kohtaan ja miten luottamus rakentui tai miten sitä puheessa rakennettiin. Luottamuksen tulkittiin pohjautuneen joko luottamusta ilmentäviin käsityksiin, luottamuksen välttämättömyyteen tai siihen, että hoito koettiin ansaituksi (taulukko 31).

Taulukko 31. Luottamuksen rakentuminen

Myönteiset käsitykset suomalaisesta terveydenhuollosta	Luottamusta ilmentävät ennakkokäsitykset
Myönteiset käsitykset päivystyksestä	
Kritiikin ja valitusten välttäminen	Välttämätön luottamus
Ongelmien haittaavuuden vähättely	
Epäkohtien syyn etsiminen muualta kuin henkilökunnasta	
Myönteisten seikkojen korostaminen	
Itsesyytökset sairastumisesta	
Varautuminen ongelmiin etukäteen	Luottamus ansaittuun hoitoon
Yhteiskunnan eteen tehty työ oikeuttaa saamaan apua sitä tarvittaessa	
Apu on ansaittua sille, joka pyytää sitä vain tositarpeessa	
Hyvä kohtelu ansaitaan käyttäytymällä itse hyvin	

5.5.2 Luottamusta ilmentävät ennakkokäsitykset

Monet haastateltavat ilmaisivat suurta luottamusta päivystystoiminnan lääketieteelliseen korkeatasoisuuteen. Näiden mainintojen voidaan tulkita ilmentäneen eräänlaista luottamuksen kulttuuria. Suomalaisen terveydenhuollon laadukkuutta ja työntekijöiden ammattitaitoisuutta keuhuttiin sekä yleisellä tasolla että samalta päivystyspoliklinikalta saatujen aikaisempien positiivisten kokemusten pohjalta. Muutamat mainitsivat saaneensa aina kaikissa sairaaloissa ja terveyskeskuksissa hyvää kohtelua, ja jotkut kertoivat tulleen joka kerta päivystyksessä asioidessaan perusteellisesti tutkituksi ja hoidetuksi. Eräät antoivat ymmärtää käsityksensä hoidon korkeatasoisuudesta liittyvän siihen, että päivystys toimi yliopistosairaalan yhteydessä. Yksi heistä arveli samankaltaisista vaivoista kärsivien potilaiden hoidon olevan päivystyksen henkilökunnalle tuttua ja kertoi välttyneensä tunteelta, että olisi kokemattomien käsissä, kuten ”pienen pitäjän terveysasemalla keikkalääkärin hoidettavana ollessa” olisi hänen mukaansa voinut käydä.

5.5.3 Välttämätön luottamus

Vaikka hoidon lääketieteellistä tasoa ei kyseenalaistettu, haastateltavat eivät pitäneet tarpeitaan vastaavan avun saamista itsestäänselvyytenä. Voidaan tulkita, että avun saamisen välttämättömyyden ja avun saamisen epävarmuuden välinen ristiriita loi haavoittuvuutta ja riippuvaisuutta. Turvallisuuden tunteen säilyttääkseen potilailla ei

ollut muita vaihtoehtoja kuin luottaa. Tämä voidaan tulkita syyksi sille, että haastateltavat välttelivät henkilökunnan kritisointia, etsivät selityksiä havaitsemilleen epäkohdille ja ottivat itselleen vastuuta hoidon onnistumisesta.

Tarve luottamuksen säilyttämiseen vaikutti olevan läsnä vielä haastattelutilanteesakin. Päivystyskäynti oli tuolloin jo takanapäin, useimmat olivat ehtineet toipua akuutista sairaudestaan ja haastateltaville korostettiin heidän kertomiaan seikkoja käsiteltävän tutkimuksessa nimettömästi, mutta silti kielteisistä kokemuksista kerrottiin varovaiseen ja jopa vähättelevään sävyyn. *”Minulla ei ole mitään moittimista, paitsi...”, ”muuten kaikki meni ihan hyvin, mutta...”* sekä *”ainoa pieni puute oli se, että...”* -tyyppiset maininnat olivat aineistossa yleisiä. Kielteisiä kokemuksia selitettiin esimerkiksi toteamuksilla, että kiireiset ja kovan paineen alla olevat työntekijät varmastikin tekivät parhaansa. Vaikutti siltä, että jotkut vakavaa sairautta pelänneet mutta tiedonsaannin puutteelliseksi kokeneet haastateltavat pyrkivät lievittämään omaa huolestuneisuuttaan torjumalla ajatukset henkilökunnan toiminnan puutteista. Toisaalta monet vaikuttivat tiedostavan mahdollisuuden, että he päätyisivät joskus uudelleen päivystykseen; ilmeisesti ei koettu turvalliseksi tuntea epäluottamusta niitä ihmisiä kohtaan, joiden avusta saatettaisiin myöhemmin olla riippuvaisia. Toki kritiikin välttäminen voidaan tulkita myös pyrkimykseksi luoda haastattelutilanteessa itsestä mielikuva tarpeetonta valittamista välttävänä ihmisenä.

Epäkohtien haittaavuutta vähäteltiin vertailemalla omia kielteisiä kokemuksia johonkin vielä huonommaksi oletettuun. Tärkeintä mainittiin olevan se, että apua ylipäättään sai. *”Se on ainakin hyvä että sieltä saa sen avun aina, on se yö taikka päivä. Että se on ihan suhteellisen pian siihen nähden, ku siellä sitten yleensä on asiakkaita paljon. Kumminkin se on siinä mielessä hyvä että se on olemassa”*, kovista kivuista kärsinyt miespotilas (16) liennytti pitkiä odotusaikoja koskenutta kritiikkiään. Monet korostivat positiivisia seikkoja, joiden annettiin ymmärtää jollain tavoin kompensoineen epäkohtia. Esimerkiksi pitkien odotusaikojen vastapainona mainittiin henkilökunnan ammattitaitoisuus ja lääkärin tylyyttä kompensoineena tekijänä hoitajien ystävällisyys.

Epäkohtien syitä etsittiin usein muualta kuin kasvokkain tavattujen henkilöiden toiminnasta. Päivystystä, muuta terveydenhuoltojärjestelmää ja yhteiskunnallisia epäkohtia saatettiin suomia yleisellä tasolla melko kovin sanoin. Omakohtaisesti kohdatujen työntekijöiden toiminnan arvostelussa oltiin selvästi pidättyväisempiä. Moitteiden kohteena olivat niin päivystyksen henkilökuntamäärien riittämättömyys, terveyskeskukseen lääkärille pääsyn vaikeus kuin poliittisesti päätetty rahanjako vanhus- ja terveydenhuoltopalveluiden sekä muiden rahankäyttökohteiden välillä.

Luottamusta ylläpidettiin myös ottamalla itselle vastuuta saadusta hoidosta ja kohtelusta. Monet korostivat potilaan hyvän käytöksen, kärsivällisyyden, käynnin sopivan ajoituksen ja odotukseen ennalta varautumisen merkitystä. Jotkut toivat esiin itesesyytöksiä. Esimerkiksi kaatumisen mainittiin olleen oma vika ja epätietoiseksi jäämisen arveltiin johtuneen siitä, että itse ei ollut ymmärretty kysyä asioita. Voidaan tulkita, että syytellessään ongelmista itseään haastateltavat kokivat epämukavan tilanteen ja sen uusiutumisen estämisen olevan jollain tapaa omassa hallinnassaan. Samoin voidaan tulkita, että syytösten kanavoituessa henkilökunnan sijasta itseen oli helpompaa tuntea luottamusta niihin ihmisiin, joiden avusta oltiin riippuvaisia.

5.5.4 Luottamus ansaittuun hoitoon

Luottamuksen voidaan osaltaan tulkita pohjautuneen siihen, että hyvä hoito koettiin ansaituksi. Pari haastateltavaa antoi ymmärtää, että oikeus palvelujen saamiseen oli ansaittu nuoresta asti ahkerasti töitä tekemällä ja yhteiskunnalle veroja maksamalla. Joidenkin mielestä ystävällinen kohtelu oli ansaittua niille, jotka itse käyttäytyivät asiallisesti ja kohteliaasti. Myös potilaan korkea ikä nähtiin arvostukseen ja hyvään huolenpitoon oikeuttavana tekijänä. Monet korostivat, ettei heillä ollut tapana lähteä lääkäriin pikkuvaivojen vuoksi eivätkä he olisi nytkään hakeutuneet päivystykseen, jos ei olisi ollut välttämätön pakko. Avun saamista pidettiin siis ansaittuna niille ihmisille, jotka pyysivät sitä vain tositarpeeseen.

Mieshaastateltava (1) korosti potilaan hyväkäyttöksisyyden merkitystä. *”Mä yritän olla sellainen asiallinen, vähän pikkuisen omasta mielestäni vähän semmonen leikkisäkin potilas, että mä en anna niinkun sellaiselle aibetta että, kun potilashan voi aibentaa myös sitä sellaista... Että mä subtaudin niihin asioihin sillä tavalla kunnioituksella ja, sekä myös vähän huumorintajulla ja, ja... Että heidän olis mukava hoitaa mua jos minä sitä apua tarvitsen”*, haastateltava totesi. Hän mainitsi yrittävänsä aina luoda sellaisen ilmapiirin, jossa vaikeatkin asiat olisi helppo hoitaa, ja täsmensi tekevänsä tämän siten, että vältteli ”rutisemista”. Mies arveli henkilökunnan helposti havaitsevan hänet sellaiseksi ”vesseliksi” ja ”höpönasuksi”, jonka kanssa oli helppo kommunikoida. Huomionarvoista on se, kuinka potilas, joka oli hakeutunut päivystykseen sietämättömiksi kokemiensa kipujen takia, nyt haastattelutilanteessa painottikin omaa vastuutaan vuorovaikutussuhteen toimivuudesta. Mies mainitsi omaavansa suuren luottamuksen päivystykseen, mutta tällainen vastuunotto on tulkittavissa myös epäluottamuksen ilmaukseksi: potilas ei vaikeuta luottavan saavansa hyvää hoitoa myös silloin, kun hän ei ole ”ansainnut” sitä

käyttäytymällä huumorintajuisesti ja kohteliaasti. Toisaalta voidaan tulkita, että vastuunotto oli potilaan tapa yrittää henkisesti hallita tilannetta, joka fyysisen kärsimyksen osalta oli ylittänyt hänen hallintakeinonsa.

Monet haastatelluista toivat esiin käsityksen siitä, että kaikilla vuorovaikutuksen osapuolilla oli velvollisuuksia toisiaan kohtaan: Potilaan tuli osoittaa kiitollisuutta saamastaan avusta ja välttää turhaa valittamista, kun taas henkilökunnan velvollisuus oli ottaa potilas tosissaan. Ystävällisyys ja asiallisuus kuuluivat kaikkien vastuulle. *”Oteetaan ihminen molemmin puolin huomioon, kyllä potilaskin voi ottaa hoitajan huomioon. Ettei kaikista rutista – ja osotetaan kiitos palvelusta”*, mieshaastateltava (2) tiivistä. Potilaan käyttäytymisvelvoitteita koskeva puhe saattoi kuitenkin sisältää myös epäluottamuksen aineksia. Joillain haastateltavilla syy mukautuvaiseen käytökseen vaikutti olleen pelko siitä, että henkilökunta pitäisi heitä hankalina potilaina ja rankaisisi heitä huonontamalla kohtelua entisestään. Muutamat antoivat ymmärtää vältäneensä mielipiteiden ilmaisemista ja kysymysten esittämistä, jotta henkilökunta ei kokisi tätä arvosteluna eikä potilaan tarvitsisi pelätä jäävänsä ilman hyvää hoitoa. *”Ku mä aattelin jotta jos huono potilas, sanoo, tai kärtyysä potilas, jotta... vielä pahemmaks sitten se olotila, moni sanoo jotta sitten rupeavat vähän vieroksuun ettei anneta kunnan hoitoa”*, tiedonsaannin riittämättömyyttä harmitellut naispotilas (3) vastasi kysyttäessä haastattelussa, miksi hän ei ollut kertonut epätietoisuudestaan henkilökunnalle.

5.6 Potilaan ja henkilökunnan kategoriat

5.6.1 Lähtökohtia kategorioiden tarkastelulle

Edellä on käsitelty potilaan ja henkilökunnan välistä vuorovaikutusta osallisuuden ja luottamuksen näkökulmista. Tässä luvussa edelleen syvennetään vuorovaikutussuhteen tarkastelua jäsenkategoria-analyysin avulla. Tulkittiin, että haastateltavat luokittelevat puheessaan itsensä sekä päivystyksen työntekijöitä erilaisiin kategorioihin. Potilas saattoi kokea itsensä esimerkiksi huonokuntoiseksi avuntarvitsijaksi, jonka kohtaama työntekijä luokittui myötätuntoiseksi auttajaksi. Potilas saattoi kuitenkin kohdata myös tylyn työntekijän, joka kyseenalaistamalla päivystykseen hakeutumisen aiheellisuuden antoi ymmärtää luokittelevansa potilaan turhan takia valittavien ihmisten kategoriaan. Kun vuorovaikutuksen osapuolet näin luokittelevat ja uudelleenluokittelevat itsensä sekä toisensa, he samalla muovasivat itse vuorovaikutustilannetta ja sen tulkintamahdollisuuksia.

Alkuun tarkastellaan, millainen merkitys osapuolten yksilöllisillä ominaisuuksilla tai niitä koskevilla käsityksillä oli vuorovaikutussuhteen ja kategorioiden muotoutumisessa. Seuraavissa alaluvuissa paneudutaan siihen, millaisia kategorioita haastattelutavat loivat puheessaan ja miten he niiden avulla luokittelivat itsensä ja kohtaamiaan työntekijöitä. Tämän kategorisoinnin avulla seuraavissa alaluvuissa käsitellään haastateltavien kokemuksia myönteisestä ja kielteisestä vuorovaikutuksesta.

5.6.2 Yksilölliset ominaisuudet

Aineiston perusteella ei voi tehdä kovin pitkälle meneviä johtopäätöksiä siitä, miten haastateltavien henkilökohtaiset ominaisuudet kuten ikä, sukupuoli, koulutus- ja ammattitaitausta tai terveydentila vaikuttivat vuorovaikutussuhteen muotoutumiseen. Haastateltavien mainintojen pohjalta arvioituna myös työntekijöiden yksilöllisten ominaisuuksien merkitys näyttäytyi melko vähäisenä. Monet haastateltavat mainitsivat vähintään yhden henkilökohtaisen piirteen jostakusta kohtaamastaan työntekijästä, mutta nämä piirteet eivät vaikuttaneet selittävän, millaisena vuorovaikutus oli koettu. Todennäköisempi yhteys oli päinvastainen: vuorovaikutuksen kokemukset vaikuttivat siihen, mitä työntekijöiden ominaisuuksista oli pantu merkille ja mitä haastatteluissa katsottiin aiheelliseksi tuoda esiin. Enemmistö haastatelluista mainitsi hoitajan ja/tai lääkärin sukupuolen, muutamat kertoivat jotain kohtaamansa työntekijän ulkonäöstä tai vaatetuksesta, puolet kommentoi heitä hoitaneen henkilön ikää ja muutamat arvelivat lääkärin olleen virolainen. Kolmasosa ei maininnut mitään näistä seikoista.

Tuodessaan esiin havaintoja hoitajan tai lääkärin iästä, sukupuolesta, ulkonäöstä ja kansalaisuudesta haastateltavat usein samalla ilmaisivat käsityksensä työntekijän luonteenpiirteistä, asenteesta, käytöksestä ja ammattitaidosta. Tietyt henkilökohtaiset ominaisuudet saattoivat saada yhtä hyvin positiivisen kuin negatiivisen merkityksen riippuen siitä, mitä muita samanaikaisia kuvailuja käytettiin. Esimerkiksi se, että työntekijä arvioitiin iältään nuoreksi, sai myönteisen merkityksen puhuttaessa nuoresta ja kivasta omahoitajasta mutta kielteisen merkityksen kerrottaessa hyvin nuoresta ja kiireisen oloisesta mieslääkäristä. Hieman vanhempia työntekijöitä taas kuvailtiin sekä myönteisessä mielessä kokeneina että kielteisessä mielessä ”kiukkuisina, tympääntyneinä ja ikääntyneinä”. Puheessa sekä vahvistettiin että kyseenalaistettiin käsityksiä siitä, että ulkoiset ominaisuudet olisivat yhteydessä työntekijän ammattitaitoon. Joskus tehtiin näitä molempia yhtä aikaa, esimerkiksi mainitsemalla lääkärin olleen ”nuori *mutta* oikein fiksu ja asiallinen”.

Mies- ja naispuolisten haastateltavien välillä ei ollut selvää eroa siinä, mitä työntekijöiden ulkoisia ominaisuuksia he toivat maininnoissaan esiin. Sen sijaan lääkäreitä ja hoitajia koskevissa kuvauksissa oli eroja. Ensin mainituista puhuttiin mies- ja naislääkäreinä tai vain lääkäreinä. Jälkimmäisten sukupuolta taas painotettiin puheessa vain, mikäli kyseessä oli ollut miespuolinen hoitaja. Päivystyksen hoitajien naissukupuoli tuotiin vähemmän korostetusti esiin puhumalla tytöistä, tyttäristä, hoitajattarista, neideistä tai rouvista. Ensihoitajista puhuttiin yleensä joko ikään ja sukupuoleen tai vain jälkimmäiseen viitaten poikina ja miehinä, joskus taas mitään yksilöllisiä piirteitä paljastamatta. Yksi miespuolinen haastateltava mainitsi pitäneensä lääkäriä ”ihan pikkutyön näköisenä”. Yhtä lääkäriä ja yhtä ensihoitajaa koskeva ”pojittelu” korjattiin itse heti perään muotoon ”mies”. Lääkäreitä ei muutoin ”työtötelty” tai ”pojitelty”. Päivystyksen hoitajien ”tytöttelyjä” ei korjailtu tai selitelty.

Työntekijöiden ulkonäköä kommentoitiin lähinnä silloin, kun vuorovaikutussuhteessa oli ollut jotain muuta erityisen myönteistä tai kielteistä. Yksi haastatelluista kertoi kohdanneensa aiemmalla päivystyskäynnillä mieshoitajan, joka oli suhtautunut häneen vähättelevästi. Kielteistä käsitystä vahvisti se, että kyseessä oli ”epäsiististi pukeutunut ja oikein törkeän näköinen tyyppi, jolla oli karmea parta, naama kuin seinästä reväisty”. Haastateltava jopa epäili, oliko tämä ”katkera tyyppi” hoitaja ollenkaan. Haastateltava oli siis tehnyt hoitajan kokonaisvaltaista epäpätevyyttä koskevan johtopäätelmän, joka konkretisoitui epäsiistinä ulkomuotona.

Työntekijöitä luonnehdittiin usein sellaisin laatusanoin, joiden voidaan tulkita kuvastavan enemmän haastateltavien subjektiivista kokemusta vuorovaikutustilanteesta kuin kuvauksen kohdetta. Etenkin naishaastateltavat käyttivät työntekijöitä kuvaileessaan sanoja kuten ”mukava”, ”kiva”, ”ihana” ja ”miellyttävä”. Vain yksi miespotilas kehui kohtaamiaan naispuolisia työntekijöitä ilmaisuilla ”hurmaava”, ”empaattinen”, ”herttainen” ja ”sydämellinen”. Etenkin miehet mutta myös jotkut naishaastateltavat kehuivat henkilökunnan ”pirteyttä”, ”aktiivisuutta” ja ”toimeliaisuutta” sekä sitä, että kiireestä ja suuresta työtaakasta huolimatta henkilökunnasta ei ollut havaittavissa ”kiukuttelua” tai ”tiukkapipoisuutta”.

Kielteiset mielikuvat tuotiin epäsuoremmin esiin. Sanat aseteltiin harkiten ja lauseet saatettiin jättää kesken. ”*Se oli vähän semmonen se lääkäri, ei se oikein...*”, naishaastateltava (20) aloitti ja lopetti virkkeen. ”*Sinä oli vähän semmonen, kuinka mä nyt sanoisin, semmonen... yksitotinen hoitajatar*”, toinen naispotilas (18) asetti sanansa. Muutamat haastateltavat olivat suorasukaisempia kielteisiä käsityksiä kertoessaan. Esimerkiksi yksi luonnehti lääkäriä ivalliseksi, toinen oli kohdannut tiuskivan ja potilaan näke-

myksiä lapsellisiksi moittivan hoitajan ja kolmannen mielestä ”ilmoittautumislukun” takana istuvat työntekijät näyttivät hapanta naamaa eivätkä vaikuttaneet tekevään oikein mitään.

5.6.3 Kategorioiden muotoutuminen

Kuvausten ja määrittelyiden avulla haastateltavat luokittelivat puheessaan itsensä sekä kohtaamiaan työntekijöitä erilaisiin kategorioihin. Haastateltavat itse samaistui-
vat kolmeen kategoriaan, joita olivat 1) huonokuntoinen ja haavoittuvainen avuntarvitsija, 2) ammattilaisen kannanottoa terveysongelmaansa tarvitseva ja aiheellisesti päivitystyksen hakeutunut asianosainen ja/tai 3) muut ihmiset parhaansa mukaan huomioiva ja tasavertainen yhteistyön osapuoli. Haastateltavien tulkittiin kokeneen vuorovaikutussuhteen myönteiseksi silloin, kun henkilökunta toimi tavalla, joka oli tiettyyn kategoriaan samaistuneen potilaan odotusten mukainen. Lääkärien ja hoitajien kategoriana oli tällöin 1) myötätuntoinen ja potilaan muuttuviin tarpeisiin herkästi reagoiva auttaja, 2) potilaan tosissaan ottava ja työnsä ammattitaitoisesti hoitava asiantuntija ja/tai 3) potilaaseen ymmärtäväisesti suhtautuva ja tasavertainen yhteistyön osapuoli (taulukko 32). Nämä kategoriat vastinpareineen eivät olleet toisensa poissulkevia vaan toisiaan täydentäviä, ja ne painottuivat eri tavoin kunkin potilaan kohdalla ja kussakin tilanteessa.

Taulukko 32. Osapuolten kategoriat myönteisen vuorovaikutussuhteen vallitessa

<i>Potilasta kuvaavat piirteet</i>	Potilaan kategoria	Työntekijän kategoria	<i>Työntekijää kuvaavat piirteet</i>
– Huonokuntoinen ja kärsivä	Avuntarvitsija	Auttaja	– Myötätuntoinen ja kiinnostunut
– Huolenpitoa tarvitseva			– Huolenpitoa tarjoava
– Haavoittuvainen ja riippuvainen			– Helposti lähestyttävä
– Avun saamisesta kiitollinen			– Aloitteellinen ja reagoiva
– Aiheellisesti päivitystyksen tullut	Asian- osainen	Asiantuntija	– Potilaan tosissaan ottava
– Arvostetuksi ja kuulluksi tuleva			– Vastuullinen ja huolellinen
– Työntekijän osaamista arvostava			– Osaava, taitava ja ahkera
– Luottamusta osoittava			– Luottamuksen arvoinen
– Ystävällinen, kohtelias, asiallinen	Yhteistyön osapuoli	Yhteistyön osapuoli	– Ystävällinen, kohtelias, asiallinen
– Tasavertainen			– Tasavertainen
– Vaatimaton ja mukautuvainen			– Joustava ja ymmärtäväinen
– Ei liikaa työntekijän aikaa vievä			– Riittävästi potilaalle aikaa antava
– Henkilökunnan arvostelua ja valittamista välttävä			– Potilaan moittimista ja syyllistämistä välttävä

Päivystyksessä kohdattu työntekijä ei kuitenkaan välttämättä toiminut tavalla, jota potilaat odottivat tai toivoivat. Joskus taas työntekijä antoi ymmärtää luokitelleensa potilaan sellaiseen kategoriaan, johon tämä itse ei samaistunut. Kielteisen vuorovaikutuksen voidaan tulkita pohjautuneen kokemuksiin siitä, että toinen osapuoli ei suostunut asettautumaan ”oikeaan” kategoriaan, tai siitä, että itse tuli luokitelluksi ”väärään” kategoriaan (taulukko 33). Työntekijöiden kielteisiä kategorioita olivat 1) välinpitämätön sivuuttaja, joka ei osoittanut kiinnostusta tehdä muuta kuin pakolliset työtehtävät, 2) vähättelevästi suhtautuva portinvartija, joka oli tai ainakin antoi ymmärtää olevansa kiireinen ja omaavansa tärkeämpääkin tekemistä, sekä 3) kiireinen liukuhihnatyöntekijä, joka pikaisesti ja kaavamaisesti tehtävät suoritettuaan siirsi työtehtävien kohteen tutkimus- ja hoitotehtaan seuraavalle linjastolle. Tällöin potilas kategorisoitui joko 1) ilman tarvitsemaansa apua jääväksi, haavoittuvaiseksi ja turvattomaksi sivulliseksi, 2) turhaan päivystykseen tullee pikkuvaivojen valittajaksi, jonka hyvin- tai pahoinvointi ei ollut tärkeää ja joka ehkä itsekään ei ollut erityisen tärkeä, tai 3) työntekijältä toiselle siirreltäväksi toimenpiteiden kohteeksi tai tapaukseksi, joka saattoi kuulla hoitajan kysyvän toiselta, ”onko täällä se, jolla on käsi sijoiltaan”.

Taulukko 33. Osapuolten kategoriat kielteisen vuorovaikutussuhteen vallitessa

<i>Potilasta kuvaavat piirteet</i>	Potilaan kategoria	Työntekijän kategoria	<i>Työntekijää kuvaavat piirteet</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Apua tarvitseva mutta ilman apua jäävä - Vaivan aiheuttamista pelkäävä - Turvattomaksi olonsa kokeva 	Sivullinen	Sivuuttaja	<ul style="list-style-type: none"> - Välinpitämätön, etäinen ja vain pakolliset työtehtävät suorittava - Ei kiinnostusta ottaa potilaan vai-vaa ”asiakseen”
<ul style="list-style-type: none"> - Turhaan päivystykseen tullut - Pikkuvaivojen valittaja - Ei kovin tärkeää asiaa omaava - Ei ehkä itsekään kovin tärkeä - Ärsyttävä ja vaivaa aiheuttava 	Valittaja	Portinvartija	<ul style="list-style-type: none"> - Joustamaton, vähättelevä, alen-tuva tai ivallinen - Tärkeämpää tekemistä omaava - Kiireinen tai ”kiireinen” - Ärsyntynyt ja ylityöllistetty
<ul style="list-style-type: none"> - Työntekijältä toiselle siirreltävä toimenpiteiden kohde - ”Se, jolla on käsi sijoiltaan” 	Tapaus	Liukuhihna-työntekijä	<ul style="list-style-type: none"> - Kiireinen ja ylityöllistetty - Kaavamaisesti, huolimattomasti ja pinnallisesti työt suorittava

5.6.4 Kokemuksia myönteisestä vuorovaikutuksesta

Jokainen haastatelluista toi esiin vuorovaikutukseen liittyneitä myönteisiä kokemuksia. Joillain positiiviset kokemukset olivat hallitsevassa asemassa, kun taas toisilla ne jäivät yksittäisiksi valopilkahduksiksi kielteisten kohtaamisten varjoon. Tyypillisiä il-

maisuja, joilla myönteistä vuorovaikutusta kuvailtiin, olivat ystävällisyys, kiinnostuneisuus, hyvä kohtelu, tosissaan otetuksi tuleminen, aito auttamisenhalu, huolenpito, välittäminen ja myötätuntoisuus (taulukko 34). Muutaman haastateltavan mieleen myönteisenä oli jäänyt huumori, kuten ruusupotilaan ja hoitajan välinen jutustelu siitä, että ”syksyn tultua ruusu oli hypännyt pihalta jalkaan”.

Taulukko 34. Myönteistä vuorovaikutusta kuvaavia piirteitä

Työntekijää kuvaavia piirteitä	Vuorovaikutustapahtumaa kuvaavia piirteitä
- Ystävällinen	- Molemminpuolinen asiallisuus ja kohteliasuus
- Mukava, kiva, ihana, hyväntuulinen	- Hyvä kohtelu
- Sydämellinen, herttainen, miellyttävä	- Huumori
- Myötätuntoinen, välittävä, kiinnostunut	- Tosissaan otetuksi tuleminen
- Avulias, palvelualtis, aloitteellinen	- Käytöstavat, itsensä esittely ja tervehtiminen
- Helposti lähestyttävä	- Kiireettömyys, vastuullisuus ja huolellisuus

Ystävällisyys oli sana, joka nousi aineistosta erityisesti esiin. Se oli puheessa hyvin yleisesti käytetty ja hoidon laadun kannalta erittäin tärkeänä pidetty mutta lukuisia eri merkityksiä saava käsite. Onkin tarpeen lähemmin tarkastella, mistä haastateltavat oikeastaan puhuivat, kun he puhuivat ystävällisyydestä.

Monen haastateltavan maininnoissa ystävällisyys näyttäytyi synonyymina kaikenlaiselle myönteiselle vuorovaikutukselle. Haastateltavat saattoivat vain lyhyesti todeta, että hoitajat olivat olleet ystävällisiä tai lääkäri oli puhunut ystävällisesti. Jotkut puhuivat ystävällisyydestä asiallisen kohtelun ja hyvien käytöstapojen synonyyminä. Ystävälliseksi saatettiin kuvailla esimerkiksi työntekijää, joka ei vaikuttanut työkeältä, tiuskinut tai huutanut. Ystävällisyyden osoituksina mainittiin myös, että potilasta kuunneltiin ja hänen kysymyksiinsä vastattiin. Toisin sanoen, ystävällisyydellä tarkoitettiin suhtautumista toiseen osapuoleen tavalla, joka oli pikemminkin ihmisten välisen kanssakäymisen vähimmäisedellytys kuin poikkeuksellisen korkeatasoista kohtelua. Tämä havainnon voi tulkita liittyvän siihen, että monilla oli aiempia kielteisiä kokemuksia terveydenhuollosta. ”*Ainakin ystävällinen se lääkäri oli. Niin. Että se oli oikeen asiallinen, mukava. Ei tiuskinu eikä... Toiset voi olla kuule ilkeitäkin lääkäreitä. Sanovat pahastikin. On tullu vastaan muutamia*”, naishaastateltava (3) vertaili tämänkertaisia ja aiempia lääkärikokemuksiaan.

Ystävällisyydestä puhuttiin myös maininnoin, joiden voidaan tulkita liittyvän henkilökunnan lähestyttävyyteen ja kiireettömään vaikutelmaan. ”*Hän oli todella ystävällinen, ei minkäänlaista kiirettä. Ei, ei mitään hätäilyä. Hän sanoi mulle että mene nyt tonne -- selkäröntgeniin ja kun sieltä pääset niin koputa vaan oveen niin hän ottaa sut sitte heti sisälle*”,

naispotilas (18) kuvaili ystävällisyytenä sitä, että lääkäri oli onnistunut vakuuttamaan olevansa paneutunut juuri hänen asiansa hoitamiseen.

Edellä mainittujen ystävällisyyden merkityssisältöjen voidaan tulkita liittyvän asetelmaan, jossa potilas ja työntekijä olivat yhteistyön osapuolia: ystävällisyys oli hyvin käytöstapojen noudattamista ja toisen osapuolen huomioon ottamista. Toisaalta ystävällisyys sai haastateltavien maininnoissa merkityksen, jossa korostuivat auttajan ja avuntarvitsijan kategoriat. *”Minut on joka kerta otettu beti paikalla siihen ja oltu kanheen ystävällisiä, sillai avuliaita, ja beti on tullut, joka mua vähän niinku aina on nolottanut, joku rouva taikka neiti tulee sieltä kuule kottikärryn kanssa, lykkää mun siihen niin, taikka sitten ambulanssi kun on vieny -- ja ’pystyköö itte nousta, tai mä nosta’, niin mä oon sanonu siihen että en minä tässä vielä anna kenenkään itteeni nostella”*, useasti päivystyksessä asioinut mieshaastateltava (1) kertoi hoitajien toimintaa koskevista myönteisistä havainnoistaan. Hän kehui monisanaisesti myös kohtaamansa lääkärin myötätuntoisuutta ja tykönä olemista. *”Se on sydäntä särkevää ja koskettavaa sellainen, kun sen näkee että ihmiset tarkoittaa pelkkää hyvää. Ja haluavat että potilaan on hyvä olla ja että potilas pääsee kinnistaan ja säryistään”*, mies kuvaili kokemusta siitä, että henkilökunta oli vaikuttanut tekevän kaiken voitavansa hänen auttamisekseen.

Tällä puheella haastateltava kategorisoi kohtaamansa työntekijät myötätuntoisiksi auttajiksi. Mies itse ei kuitenkaan halunnut samaistua niin raihnaiseksi ja muiden avusta riippuvaiseksi ihmiseksi, että ”neitien” ja ”rouvien” tarvitsisi häntä nostella. Omin voimin ylös nouseminen merkitseekin haavoittuvaisen avuntarvitsijan kategorian hylkäämistä ja samaistumista yhteistyön osapuoleksi, jolle kuuluu omien mahdollisuuksien rajoissa voitavansa tekeminen sekä oikeus odottaa toisen osapuolen tekevän samoin.

Kategoriat eivät siis olleet olemassa valmiina, vaan ne muotoutuivat ja uudelleenmuotoutuivat vuorovaikutustilanteissa. Haastateltavien myönteisten kokemusten voidaan tulkita pohjautuneen siihen, että henkilökunta havainnoi, millaiseen kategoriaan potilas itse samaistui, ja sopeutti oman toimintansa tämän mukaisesti. Tässä onnistumista kuvastaa naispotilaan (6) vastaus haastattelukysymykseen, mitä hänelle oli jäänyt päivystyskäynnistä päällimmäisenä mieleen. *”Semmoinen huolenpito. Kyllä ne kävi kysymässä että... Tietysti naamasta vähän näki että mä olin semmonen kärsivä”*, kertoi haastateltava, jonka maininnoista on tulkittavissa, että hän oli samaistunut haavoittuvaiseksi avuntarvitsijaksi ja luokitellut työntekijät aitoa välittämistä osoittaneiksi auttajiksi. Potilaan omaksuman kategorian ”näkyminen jo naamasta” auttoi työntekijöitä mukauttamaan oman toimintansa toivotulla tavalla. Kyseisen haastateltavan voidaan tulkita samaistuneen myös tasavertaiseksi yhteistyön osapuoleksi todetes-

saan, että kukin potilas vaikutti paljon omalla käyttäytymisellään saamaansa kohteluun, sekä aiheellisesti päivystykseen tullee asianosaiseksi kertoessaan tosissaan otetuksi tulemisen kokemuksistaan.

5.6.5 Kokemuksia kielteisestä vuorovaikutuksesta

Paria haastateltavaa lukuun ottamatta kaikki toivat esiin vuorovaikutusta koskevia kielteisiä kokemuksia tältä ja/tai joltain aiemmalta päivystyskäynniltä. Negatiivisia kokemuksia mainittiin kuitenkin selvästi vähemmän kuin myönteisiä, ja usein ne tuotiin esiin eräänlaisina poikkeustapauksina. Kielteiset kokemukset olivat yleensä liittyneet vain yksittäisiin työntekijöihin, kun samalla käynnillä kohdatun muun henkilökunnan toimintaa arvioitiin yleensä myönteiseen tai edes neutraaliin sävyyn. Muutamille haastatelluista kielteiset kohtaamiset olivat kuitenkin jääneet hyvin voimakkaina mieleen.

Haastateltavien kokemuksia on tarkasteltu lähtien edellä esitetystä tulkinnasta, että kielteinen vuorovaikutussuhde pohjautui toisen osapuolen toimintaa koskevien toiveiden ja kokemusten ristiriitaisuuteen. Työntekijä käyttäytyi sivuuttajan, portinvartijan tai liukuhihnatyöntekijän tavoin, jolloin potilas tahtomattaan luokitui sivuliseksi, valittajaksi tai tapaukseksi. Haastateltavat luonnehtivat negatiivista vuorovaikutusta monenlaisin ilmaisuin (taulukko 35). Tyypillisiä puheessa käytettyjä käsitteitä olivat esimerkiksi tylisyys, ärtyneisyys ja välinpitämättömyys. Paljon käytettiin myös ilmaisuja, joissa korostui toivotunlaisen kohtelun puuttuminen: potilasta ei otettu tosissaan, hänelle ei hymyily, ei katsottu silmiin eikä paljon puhuttukaan.

Taulukko 35. Kielteiseen vuorovaikutukseen liittyviä piirteitä

Työntekijää kuvaavia piirteitä	Vuorovaikutustapahtumaa kuvaavia piirteitä
- Tylä, työkeä, epäystävällinen, tiuskiva	- Kiire
- Kiukkuinen, ärtynyt, ivallinen	- Liukuhihnameininki
- Yksitoinen, näyttää hapanta naamaa	- Rutiinomaisuus, kaavamaisuus
- Välinpitämätön, ei ota potilaan vaivaa asiakseen	- Hymyn, katsekontaktin ja kosketuksen puute
- Vähättelevästi suhtautuva, ei ota tosissaan	- Potilaan ja työntekijän välisen keskustelun puuttuminen
- Tympääntynyt, työhönsä kyllästynyt	

Enemmistö kielteisistä maininnoista liittyi ”ilmoittautumisluukun” hoitajiin. Erityistä harmistusta herätti se, jos työntekijä oli suhtautunut ärtyneesti ihmiseen, joka ei sairaana tai hätääntyneenä ollut havainnut ottaa vuoronumeroa ennen luukulle tuloa.

Parilla haastateltavalla oli tästä aiemmilta käynneiltä kokemuksia. Kielteiseksi henkilökunnan suhtautumisen oli kokenut myös naishaastateltavan puoliso, joka oli tuonut lonkkamurtuman saaneen vaimonsa omalla autolla päivystykseen. Puoliso kertoi tästä kokemuksesta potilaan haastattelun yhteydessä. Nainen, joka vamman vuoksi ei kyennyt kävelemään, oli jäänyt autoon odottamaan, kun mies oli mennyt sisälle hakemaan paareja tai muuta apuvälinettä. Puoliso kertoi menneensä luukulle koputtelemaan ja kyselemään, miten potilaan saisi pois autosta, mutta hoitajilla oli hänen mukaansa ollut enemmän asiaa keskenään. Hän kertoi saaneensa hoitajilta moitteita vuoronumeron ottamatta jättämisestä mutta huomautti haastattelussa, ettei kukaan hätääntyneenä ala ohjeita lukemaan. Avunpyyntöönsä mies kertoi saaneensa vastaukseksi ensin ihmettelyjä siitä, miten potilas oli autoon kotona saatu, ja sen jälkeen kehotuksen ottaa pyörätuoli. Puoliso ei maininnut työntekijöiden tulleen auttamaan häntä potilaan nostamisessa autosta pyörätuoliin. Mies totesi, ettei henkilökunnan toiminta ollut hänen mielestään ollut asianmukaista.

Haastateltavien mielestä henkilökunnan tuli ymmärtää, etteivät potilaat ja omaiset voineet tietää ennalta kaikkia päivystyksen toimintatapoja. Torjuva suhtautuminen päivystyksen käytäntöjä tuntemattomaan avuntarvitsijaan voidaan tulkita byrokratian asettamiseksi potilaan tarpeiden edelle. Potilaslähtöisen ja järjestelmälähtöisen toimintaperiaatteen eron voidaan katsoa tulevan esiin myös viittauksissa ”ilmoittautumislukun” työntekijän portinvartijan asemaan. Lieneekö sitten kyseessä ollut tahattoman osuva sanavalinta vai tarkoituksellinen viittaus antiikin taruissa esiintyvään Manalan vartijaan, erityisen hyvin tämä tuli esiin naishaastateltavan (6) kuvauksessa omaisen asemassa tehdystä aiemmasta päivystyskäynnistä ja maininnassa tuolloin kohdatusta ”Kerberoksesta portin taikka lasiluukun takana”. *”Sattui olemaan semmonen iso mies siellä vastaanotossa ja kun en mä osannu oikein käyttäytyä... Tienny niitä että mitä pitää ottaa lappusia ja mennä tänne ja istua ja odottaa. Mut kyllä pistettiin ojennukseen ihan tasan tarkkaan, että. Hänellä sattui olemaan huono päivä”*, haastateltava kertoi hoitajan ymmärtämättömästä suhtautumisesta siihen, ettei hän ollut tuntenut päivystyksen käytäntöjä.

Osa haastatelluista kategorisoi ilmoittautumisen yhteydessä kohdatut työntekijät paitsi portinvartijoiksi myös vaikeasti lähestyttäviksi sivuuttajiksi, joilta puuttui aito halu potilaan auttamiseen. *”Jotenki semmonen ärtyneen tuntunu ja... Ihan niinku ei ottais oikeen asiakseen. Vai onko se naama, kattooiko ne vanhoista ettei oteta niin tosissaan. Eihän vanhalla oo kaikki aina, muistit ja numerot ja kaikki noi... beti siinä mielessä ku on kipee. Se oli kyllä miessairaanhoitaja, sen mää panin merkille”*, naispotilas (3) pohdiskeli ikänsä ja hoitajan sukupuolen vaikutusta vuorovaikutussuhteen kielteisyyteen.

Ilmoittautumisen yhteydessä kohdattuja hoitajia koskevia kielteisiä mainintoja oli aineistossa määrällisesti eniten, mutta voimakkaimmat negatiiviset kokemukset liittyivät lääkäriin. Kaksi haastateltavaa oli joko tämänkertaisella tai hiljattaisella aiemmallalla käynnillä kokenut vuorovaikutuksen lääkärin kanssa hyvin kielteiseksi ja käynnin kokonaisuudessaan epäonnistuneeksi. Muutamalla muulla haastateltavalla potilas-lääkärisuhteeseen oli liittynyt yksittäisiä ei-toivottuja piirteitä, jotka eivät kuitenkaan olleet nousseet kokonaisuuden kannalta keskeisiksi.

Tämänkertaiselta käynniltä erityisen kielteisiä kokemuksia potilas-lääkärisuhteesta oli naispotilaalla (20), joka oli hakeutunut päivystykseen huimauksen vuoksi. Hoidoksi määrättiin betahistiiniä kokeiltavaksi. Haastateltavan maininnoista kävi ilmi, ettei hän kokenut saaneensa apua, jota oli lähtenyt päivystyksestä hakemaan. *”Se lääkäri minusta olis voinu olla vähän... pikkuksen semmonen jotenki että, kuinka mä ny sanoisin... Että mä, mä tunsin itteni ihan niinku mä olisin vaan ihan jotain... Kirjotti vaan ja... kirjotti vaan. No ehkä sekin oli väsyny jo ja, ei voinu, en mä tiedä, jos mä olisin lääkäri, mä antaisin potilaille aina semmosen lähdön että 'joo, sä sait hyviä, hyvät lääkkeet, sä selviät siitä että, kaikkei on nyt hyvin ja'... Mutta -- mä en ookaan lääkäri. -- Ei se nyt niin paljon olis häneltä ollu että, mä olisin saanu siitäkin niinku semmosta pientä lääkettä. -- Kyllä lääkärinkin täytyy vähän olla sillai että potilasta kohtaan että, se olis siinä niinku mukana sillai että, auttamassa. Muutaman sanan sanois. Kylmästi vaan kirjottaa”,* haastateltava pohdiskeli. Hänen kuvauksessaan lääkäri kategorisoituu välinpitämättömäksi sivuuttajaksi. *”Ei se kauaa mua siinä sitte sen paremmin, se istu vaan siinä ja kirjotti lääkkeen. Ei se koskenu minuun, ei se kattonu mun silmiinikään ees. -- Ihminen ihmisen kanssa kun keskusteleä niin sen pitäis katsoa silmiin. -- Tuli ihan kylmän väreet siltä lääkäriltä”,* nainen totesi.

Haastatteluhetkellä kyseiselle potilaalle oli edelleen epäselvää, mistä huimaus johtui, oliko se vakavaa ja kauanko sen voisi olettaa kestävän. Voidaan tulkita, että epätietoisuuden ja vakavan sairauden pelon vuoksi päivystykseen hakeutunut potilas oli toivonut vaivaansa lääkittävän kuuntelemisella, tiedonsaannilla ja rauhoittavalla läsnäololla. ”Kylmästi kirjoitetusta” betahistiinireseptistä ei ollut apua.

Toisella naispotilaalla (17) oli hyvin kielteisiä kokemuksia hiljattaiselta aiemmalta päivystyskäynniltä. Haastateltava koki lääkärin suhtautuneen häneen vähättelevästi. *”Lääkäri -- teki kyllä minuun semmosen vaikutuksen että se katto että mitä tuo tänne tulee, oikeen semmosena ivallisen näkösenä. Ja sitten sa-, tuli sanomaan että ei teillä ole nyt, että sydänfilmi oli aivan hyvä”,* nainen totesi. Erityisesti häntä harmitti lääkärin vähättelevä suhtautuminen jalkakipuun, joka häytti kävelyä mutta ei ollut synynä päivystyskäyntiin. Vaivan aiheuttaja ei ollut vielä tuolloin tiedossa, mutta myöhemmin syyksi paljastui jännerepeämä. Nainen oli närkästynyt siitä, ettei lääkäri ollut tuntunut uskovan, kuinka kipeä jalka oli. *”Se lääkäri oli jotenkin että astu vain, että kyllä se kestää. Ja se oli*

kyllä niin kipeä että sitä ei, se oli kuin sinne olis puukkoa pistetty sinne, tietysti kun se oli poikki se jänne. Mut en minä siitä siellä puhunu muuten mitään ku siinä kun se pani minut kävelemään”, nainen totesi.

Haastateltavan kielteinen mielikuva oli vahvistunut entisestään, kun hän oli käynnin jälkeen saanut tietää, millaista lääkettä hänelle oli päivystyksestä määrätty. *”Se lääkärin kohtelu oli minusta niin tylyä. Joo se sano beti että ei mitään, hän kirjottaa teille semmosen lääkkeen millä lähtee kaikki kivut”,* haastateltava kertoi näyttäen avaamatonta nortriptyliinilääkepakkausta. Hän oli jo ehtinyt hakea kipulääkkeeksi luulemansa valmisteen apteekista, mutta lääke oli jäänyt aloittamatta, kun sairaanhoitajatytär oli maininnut kyseessä olevan mielialalääke. Tämä oli vahvistanut haastateltavan käsitystä siitä, että lääkäri vähätteli hänen oireitaan. *”Se tykkäs että mulla ei oo mitään muuta ku syödä näitä ja lisätä jos ei nämä, tämä määrä vaikuta siihen särkyyn”,* potilas kertoi pohdiskellen pilkalliseen sävyyn sitä, kauanko hänen olisi täytyntä syödä mielialalääkettä, jotta jännerepeämä olisi parantunut.

Voidaan tulkita, että haastateltava koki tulleen lääkärin toimesta mitätöidyksi ja nolatuksi, mihin hän nyt vastasi suhtautumalla vuorostaan vahingoniloisesti hoitopäätösten erheellisuuteen. Käynnin aikana lääkäri oli ollut se, jolla oli tärkeämpiäkin asioita hoidettavana, ja tällöin potilaasta oli tullut se, jonka asia ei ollutkaan niin tärkeä tai joka itse ei ollut kovin tärkeä. Nyt tilanne oli muuttunut. *”Minä sen muistan sen nimenkin, minä oon pannu sen ylös että minä en ikinä mene sen lääkärin luo jos sattuu jossakin olemaan”,* haastateltava totesi antaen ymmärtää, että jatkossa hänen asiansa olisi liian tärkeä kyseisen lääkärin hoidettavaksi.

5.7 Iäkäs potilas ja päivystyksen muut potilaat

5.7.1 Iäkkään potilaan erityisyys ja tasavertaisuus

Haastateltavilta tiedusteltiin, millaista heidän mielestään oli iäkkään päivystyspotilaan laadukas hoito. Aineiston analyysivaiheessa havainnollistui, että tähän oli itse asiassa sisältynyt kaksi erillistä kysymystä. Osa haastatelluista nimittäin vastasi kertomalla, mitkä seikat heidän mielestään olivat hoidon laadun kannalta tärkeitä. Toiset taas kiinnittivät huomiota kysymyksessä esiintyneeseen iäkäs-sanaan. Jälkimmäisten maininnoissa nousi esiin se, miten iäkkään potilaan kohdalla hyvän päivystyshoidon kri-

teerit erosivat tai eivät eronneet yleisistä laatuksiteereistä. Haastateltavien maininnoissa korostui sekä iäkkäiden erityisasema että tasavertaisuus muihin potilaisiin nähden (taulukko 36).

Taulukko 36. Iäkkäiden potilaiden erityisyys ja tasavertaisuus muiden potilaisiin nähden

Fyysinen huonokuntoisuus		
Heikentynyt muisti ja ymmärryskyky	Haavoittuvuus	
Huonokuuloisuus		Erytyisyys
Korkeaan ikään liittyvä arvokkuus		
Pitkän työuran, verojen maksamisen, raskaiden elämänvaiheiden ja velvollisuuksien täyttämisen vuoksi ansaittu arvokkuus	Arvokkuus	
Alentuvan suhtautumisen ja yllähoitamisen välttäminen	Aikuisena	
Yksilönä kohtelemisen ja yleistämisen välttäminen	kohtelemisen	Tasavertaisuus
Nuorempia potilaita ei tule suosia iäkkäiden kustannuksella	Ikäsyrjinnän	
Potilaan korkea ikä ei saa olla peruste alihoidolle	välttäminen	

Haastateltavien välillä oli eroja siinä, miten he luokittelivat itsensä ja muut iäkkäät. Osa koki lukeutuvansa ”vanhuspotilaiden” kategoriaan, johon kuuluvat ihmiset olivat muita haavoittuvaisempia ja siksi erityisen huomioinnin tarpeessa. Osa haastatelluista taas jaotteli ikäihmiset kahteen luokkaan: ”meihin” virkeisiin, aktiivisiin ja kotitalaisen hyväkuntoisiin eläkeläisiin sekä ”toisiin” huonokuntoisiin, muistisairaisiin ja muiden ihmisten avusta riippuvaisiin vanhuksiin. Myös nämä haastateltavat korostivat haavoittuvaisten vanhuspotilaiden huomioimisen tärkeyttä mutta eivät itse samaistuneet tähän kategoriaan. Sen sijaan heidän maininnoissaan painottuivat käsitykset kaikkien aikuispotilaiden tasavertaisen kohtelun merkityksestä sekä pelko ikäsyrjinnän kohteeksi joutumisesta. On huomioitava, ettei haastateltavien itsensä tekemä jaottelu ”vanhusten” tai ”hyväkuntoisten ikäihmisten” kategorioihin välttämättä sopinut kovin hyvin yhteen sen vaikutelman kanssa, joka heistä syntyi sairauskertomusmerkintöjen ja haastattelutilanteen perusteella. Samat henkilöt saattoivat myös eri yhteyksissä korostaa puheessa eri puolia itsestään.

Vanhuskategorian jäseniä yhdistävänä piirteenä nähtiin haavoittuvuus. Se liittyi fyysiseen huonokuntoisuuteen, muistin ja ymmärryskyvyn ongelmiin sekä kuulon heikentymiseen. Monet arvelivat, että päivystykseen tulevat ikäihmiset olivat usein liian heikkokuntoisia esimerkiksi istumaan pitkään paikoillaan, hakemaan itse juotavaa vesipisteeltä, kävelemään omin avuin WC:hen tai liian muistamattomia kertomaan itse oireistaan. Iäkkäillä arveltiin olevan muita korkeampi kynnyks vaivata henkilökuntaa pyynnöillä ja kysymyksillä. Monet haastatelluista mainitsivatkin, että

iäkkäät kestivät odotusta muita huonommin ja olivat siksi oikeutettuja erityisen hyvään huolenpitoon ja nopeaan hoitopääsyyn. Muutamat ehdottivat, että päivystyksessä tulisi olla oma osasto tai oma nimetty lääkäri ja sairaanhoitaja iäkkäitä potilaita varten.

Iäkkäiden erityisyys sai haastateltavien puheessa paitsi haavoittuvuuden myös arvokkuuden merkityksen. Monet mainitsivat, että iäkkäitä kuuluu kunnioittaa. Hyvä hoito ja arvostava kohtelu koettiin ansaituksi myös siksi, että pitkän elämän aikana oli tehty ahkerasti töitä ja maksettu veroja yhteiskunnan hyväksi.

Alentuvaa suhtautumistapaa ei hyväksytty. Henkilökunnan toivottiin muistavan, että vaikka iäkäs ihminen olisi huonokuntoinen, heikkokuuloinen tai muistamaton, häntä tuli kohdella aikuisena ihmisenä. *”Vanhoille ihmisille täytyy puhua lujaa. Ja sitte se että noin, monet ottaa sen semmosen asenteen, -- että olis vähän niinku pikkelaps tai päästänsä sekasin. Ei vanha ihminen välttämättä oo sitä, vaikke ei se kuule ja heti ymmärrä sitä, sitä kysymystä, että eli ei semmosta mitään läsytyslinjaa”*, naishaastateltava (21) totesi. *”Ei me mitään ylipaapomista tarvita”*, huomautti miespotilas (8). Monet korostivat, ettei ratkaisevaa ollut potilaan ikä vaan hänen kuntonsa. Pidettiin tärkeänä, että iäkkäitä kohdeltiin yksilöinä. *”Että ei kaikki hoitajat luule että ne on kaikki kuuroja”*, naispotilas (12) varoitteli liiallisesta yleistämisestä omakohtaisten kielteisten kokemustensa perusteella. Maininta erosi sisällöllisesti toisen potilaan (21) toiveesta puhua lujaa vanhoille ihmisille, mutta yhteistä oli näkemys yksilöllisen huomioimisen merkityksestä: ensin mainittu kiitteli hoitajan korottaneen ääntään hänen huonokuuloisuutensa huomattuaan, kun taas jälkimmäistä harmitti se, että hoitaja oli olettanut hänet huonokuuloiseksi pelkän iän perusteella.

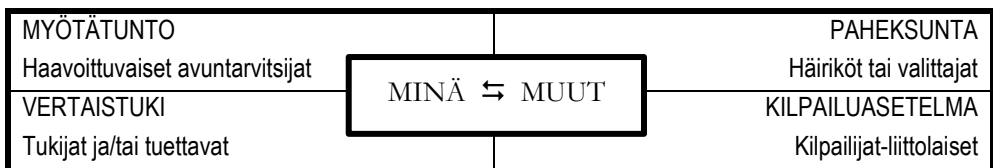
Monet haastateltavat korostivat potilaiden keskinäistä tasavertaisuutta. Heidän mainitsemansa uhkakuvat koskivat ilman kunnollista hoitoa jäämistä sekä nuorempien ja yhteiskunnalle hyödyllisempien potilaiden varjoon unohtumista. *”Kohdeltu on samanlaista -- kuin kaikilla muillakin. -- Että ei tulis semmosta mielikuvaa, -- että täällä vanhat ihmiset makailee omissa oloissaan -- ja toisia hoidetaan. Näinhän toivottavasti ei tapahdu mutta näin sitä aina puhutaan”*, miespotilas (7) nosti esiin huolen ikärasismista vastatessaan haastattelukysymyksen hoidon laadun kannalta tärkeistä asioista.

5.7.2 Muut potilaat päivystyksessä

Kaikki haastatelluista olivat tavalla tai toisella olleet tekemisissä muiden päivystyksessä olleiden potilaiden kanssa. Tämä ei välttämättä tarkoittanut keskusteluyhteyttä, vaan toiset potilaat olivat saattaneet toiminnallaan tai pelkällä läsnäolollaan vaikuttaa

haastateltavien päivystyskokemuksiin. Haastatteluissa ei erikseen kysytty muita potilaita koskevia havaintoja, mutta silti kaikki haastatelluista mainitsivat jotain toisista potilaista, heidän tekemisistään tai vähintäänkin heidän lukumäärästään.

Haastateltavat luokittelivat puheessaan potilaat erilaisiin kategorioihin (kuvio 6). Tietynlaiset potilaat luokiteltiin haavoittuvaisiksi avuntarvitsijoiksi, joihin suhtauduttiin ymmärtäväisesti ja myötätuntoisesti. Tähän kategoriaan osa haastatelluista itsekin samaistui. Jotkut potilaat taas kategorisoitiin ”häiriköiksi” tai ”valittajiksi”. Paheksuttavasti käyttäytyvien ihmisten luokkaan ei samaistuttu. Osa potilaista luokiteltiin vertaistukea antaviksi ihmisiksi, jollaisiksi osa haastatelluista itsekin samaistui. Toisaalta potilaiden välillä oli vallinnut eräänlainen kilpailuasetelma: mitä enemmän päivystyksessä oli muita potilaita samanaikaisesti, sitä kauemmin jokainen joutui odottamaan hoitopääsyä ja sitä vähemmän huomiota henkilökunta pystyi antamaan yksittäiselle avuntarvitsijalle. Muiden potilaiden kärsimykseen samaistuttiin, mutta samanaikaisesti oltiin huolestuneita resurssien riittävydestä ja oman hoidon laatutasosta. Kilpailuasetelma näyttäytyikin kategorisoinnissa sekä toiseuden että keskinäisen yhteyden korostamisena: muut potilaat luokiteltiin samoista niukoista hoitoresursseista kilpailleiksi ja siten vastapuolta edustaneiksi ”heiksi” ja toisaalta haastateltavien kanssa samalla puolella palvelujärjestelmän epäkohtia vastaan taistelleiksi ja siten liittolaisia edustaneiksi ”meiksi”.



Kuvio 6. Suhtautuminen muihin potilaisiin

Myötätunto. Haastateltavat suhtautuivat hyvin myötätuntoisesti potilaisiin, jotka he kategorisoivat haavoittuvaisiksi. Muutamat naishaastateltavat mainitsivat säälineensä itkeviä lapsia, jotka väsyneinä ja nälkäisinä olivat yhdessä vanhempiansa kanssa joutuneet odottamaan vastaanotolle pääsyä yhtä kauan kuin kaikki muutkin. Haastateltavien mielestä lapsille olisi kuulunut antaa etusija hoitoon pääsyn suhteen. Tätä perusteltiin sillä, ettei pieni ihminen ymmärrä kipuaan samalla tavalla kuin aikuinen. ”*Jos aikuiset mussuttaa siitä niin siinäbän sitten mussuttaa. Ihan terve järki sanoo, että lapsilla täytyy olla ensisija, etusija. Mikään ’mutta’ ei siinä auta*”, naispotilas (18) totesi jämakästi.

Lasten lisäksi myötätuntoa kohdistettiin itseä huonokuntoisempiin, kivuliaampiin tai iäkkäämpiin potilaisiin. Lapset olivat kuitenkin pääosin ainoita, joiden vuoksi

haastateltavat olisivat olleet valmiita odottamaan itse hoitopääsyä pidempään. Hyvin huonokuntoisten ja vakavasti loukkaantuneiden potilaiden välitön hoitopääsy nähtiin oikeutetuksi, mutta heidät arveltiin vietävän hoidettaviksi ”suoraan jonnekin muualle”, eli heidän ei koettu kilpailevan samoista hoitoresursseista haastateltavien itsensä kanssa. Vierisellä paikalla odottaviin aikuispotilaisiin kohdistettiin kyllä puheessa myötätuntoa, mutta vain yksi haastatelluista ilmaisi valmiutensa jonottaa itse avunsaamista kauemmin heidän takiaan.

Toisten potilaiden oikeuksien puolustaminen voidaan joidenkin haastateltavien kohdalla tulkita keinoksi tuoda omia oikeuksia epäsuorasti esiin. Haastateltavat loivat puheessaan ”meidän haavoittuvaisten potilaiden kategorian”, jonka jäsenyyden ehdot he puheessaan määrittivät ja johon he sitten ilmaisivat itsekin samaistuvansa. Muiden potilaiden puolustaminen voidaan tulkita keinoksi tuoda toiveet paremmasta huolenpidosta ja henkilökuntamäärien lisäämisestä esiin ilman, että tarvitsi pelätä antavansa itsekkään vaikutelman. *”Siellä makas jo yksikin tytär siellä penkillä kun oli niin huono ja ootti vaan. Sääliks kävi sitä, vaikka ittekin olin kipeä. Eikö sinne vois enemmän niitä tohtoreita tai jotenkin organisoida sitä juttua”*, yksi naishaastateltavista (3) huomautti. *”Sielläkin oli iäkkäämpiäkin varmaan kun minä vielä. Niin tota, että siellä sitten joutu niinku odottaa ja odottaa ja siellä sitten iäkkäät ihmiset vaatis jo vähän jotain suuhunpantavaa kun on pitkä odotus”*, toinen (19) totesi.

Myötätunto muita potilaita kohtaan sisälsi usein kritiikkiä palvelujärjestelmää kohtaan. Muiden potilaiden hoidossa havaittuja epäkohtia saatettiin kritisoida jopa voimakkaammin kuin omia kielteisiä kokemuksia. On kuitenkin huomioitava, että omia kokemuksia käytettiin usein mittapuuna, jonka avulla toisten potilaiden mielipiteiden ”oikeellisuutta” arvioitiin: Ne haastateltavat, jotka kokivat itse saaneensa hyvää hoitoa, olivat tyypillisesti sitä mieltä, että muiden ihmisten tyytymättömyys johtui heidän vaativuudestaan. Sen sijaan ne haastateltavat, joilla oli omakohtaisia kielteisiä kokemuksia, olivat taipuvaisempia vierittämään vastuun muiden potilaiden negatiivisista kokemuksista palvelujärjestelmän suuntaan.

Moni oli kokenut ahdistavaksi joutua toisten potilaiden kipujen, epäystävällisen kohtelun ja puutteellisen huolenpidon todistajaksi. Erityisen puhutteleva on naishaastateltavan (20) kuvaus aiemman päivystyskäynnin tapahtumista. *”Se oli jotenkin niin kaubeeta että mä aattelin että voi kun mä -- pystyisin auttaan noita ihmisiä, kun kaks semmosta sairasta huusi, semmosta vanbempaa ihmistä, -- 'Vettä, vettä, vettä', ei kukaan vettä, - sairaanhoitajalla oli niin paljon hommaa siinä että se ei kerinny kai viemään. Yks vietiin sitten -- johonkin sinne -- sairaalaan mutta se toinen, -- kun mä sitten lähdin sieltä mä halusin katsoa sitä ihmistä, niin se oli varmaan jo kuollu, se oli ihan semmonen sinertävä ja, se makas siellä jo, se oli jo raubottunu niin että se makas, ei, ei, emmää nähny -- että sille olis kukaan antanu vettä,*

se oli varmaan kuollu. Tuli niin kamala olo siitä koko paikasta että, jotenkin kaubeeta, että meitä vanhoja ihmisiä ei... Juopuneita siellä autettiin kaubeesti, nuoria juopuneita miehiä. Mä kuulin -- kaikki ne keskustelut, mä olin sen verran tolpillani”, nainen kertoi.

Keskeinen haastatteluotteesta välittyvä tunnetila on turvattomuus. Muiden potilaiden hoidon laiminlyönnin näkeminen vaikuttaa romahduttaneen haastateltavan luottamuksen päivystykseen, jonka levottomia olosuhteita hän luonnehti ”yhtä kauheiksi kuin jossain eläinten hoitolassa”. Päivystys ei näyttäydykään haastateltavan kuvauksen valossa turvallisenä hoitoympäristönä vaan kaaoksellisena paikkana, jossa vanhuksia kuolee janoon. On tulkittavissa, että haastateltava pelkää joutuvansa itse joskus samanlaiseen avuttomaan asemaan ja yrittää etäännyä tästä uhkakuvasta tekemällä eron itsensä eli ”jo tolpillaan olleen” sekä kahden ”vanhemman” ja ”sairaana” ihmisen välille. Haavoittuvaisuuden ja avuttomuuden sijoittaminen ”toiseutta” edustavaan kategoriaan voi siten auttaa haastateltavaa säilyttämään luottamuksen omaan selviytymiseensä.

Paheksunta. Meluavat, päihtyneet, rähinöivät sekä pikkuasioista valittavat ja etuilemaan pyrkivät ihmiset kategorisoitiin ”häiriköiksi” ja ”valittajiksi”, joihin suhtauduttiin voimakkaan paheksuvasti. Haastateltavat arvelivat heidän vievän kohtuuttomasti henkilökunnan aikaa ja huomiota sekä vähentävän olosuhteiden viihtyisyyttä ja turvallisuutta.

Naispotilas (13) oli hyvillään siitä, että päivystyksessä oli pääosin ollut hiljaista ja rauhallista. Hänen käyntinsä oli sijoittunut ajankohtaan, jona paikalla ei ollut ”rähinäporukkaa” tai – kuten potilaan puoliso asian ilmaisi – ”puliukkoja” ja ”huumehörhöjä”. *”Kun me oltiin siitä jo pois lähdössä niin tuli ensimmäinen semmonen sössöttäjä sinne sitten. Joka ei sitten totellu mitään eikä ollu missään paikalla, olis kaikkiin muihin paikkoihin halunnu. Näitä kun on paljon niin kyllä se vie sen hoitohenkilökunnan huomionkin. Ja kun ne yleensä, tai kai ne on pakko ottaa sitten kun tulee tommoseen ensiapu niin nää tämmöset örveltäjät ja kaikki, niin kai ne on pakko ottaa ensin, muuten ei siitä muuten mitään, ne sekottaa sitte lopullisesti”*, haastateltava huomautti.

Edellä mainitun haastateltavan mielestä häiriköt oli järkevää ottaa hoidettaviksi ensimmäisinä, jotta heistä päästäisiin nopeasti eroon. Toisaalta monet haastateltavista kritisoivat sitä, kuinka jotkut kehtasivat vaatia nopeaa palvelua muiden avuntarvitsijoiden kustannuksella. Mieshaastateltava (7) päivitteli nuoren mieshenkilön käytöstä. *”Se koko ajan valitti. Koko ajan se valitti, niin tuota, ja nuori ihminen vielä, mä aattelin että voi helkkari, tommonenkin vielä on olemassa. Sitten mä aattelin että kun nuoria miehiä ei nykyään oteta edes sotaväkeenkään kaikkia heikompia, niin onko tämä nyt sitten sitä, mutta kyllä se aika ronskin näkönen tyyppi että siinä ilmeisesti voimaakin jonkun verran oli ja, ja... Hyvin syöneen näkönen, että tuota, ei se puutteessa oo eläny, niin... Sitten niin hemmoteltu, hemmoteltu*

poika että se toivo tietysti nopeata, nopeata palvelua ja koko ajan se olis tietysti tarvinnu jotakin. Ja tämä ikäluokka mistä minä olen niin, meidän on tyydytty aina paljon vähempään, että... Ei saa narista kaikista asioista”, huomautti haastateltava, joka itse koki tulleensa jätetyksi tuntikausiksi yksin epätietoisena odottamaan samalla, kun valittavaa nuorukaista käytiin vähän väliä katsomassa.

Monet haastatelluista tekivät puheessa selvän eron itsensä ja niiden ihmisten välille, jotka kehtasivat valittaa pikkuasioista. Muut kuin edellä mainittu mieshaastateltava eivät yksilöineet näitä käsityksiä tiettyihin kohtaamiinsa henkilöihin, vaan valittamisesta puhuttiin vain yleisesti ”joidenkin ihmisten” taipumuksena. *”Onhan tota paljon semmosia ihmisiä jotka ovat, sanotaan nyt vähän kärtyisiä, että ne on niinku hätäisiä, että eikö nyt ja, eikö nyt pääse, eikö nyt pääse. No tietysti voi joku ohittaa jonkun, kun menee sinne ovelle huuteleen jotakin että, niinku sielläkin nyt oli, kun mulla on sitä ja mullon tätä, eikö tonne nyt pääse, vastaanotolle, lääkärille”,* naispotilas (19) kuvaili. Haastateltavien mielestä valittaminen ja etuilemaan pyrkiminen oli epäkohteliasta sekä kiireen keskellä parhaansa tekevää henkilökuntaa että muita avuntarvitsijoita kohtaan.

Vertaistuki. Muiden potilaiden läsnäolosta oli myös hyötynsä. Muutamat haastateltavat mainitsivat keskustelleensa toisten potilaiden kanssa. Juttuseuran saamista pidettiin mukavana ajankuluna, ja jotkut kokivat toisilta potilailta saadun myötätunnon, kannustuksen ja vertaistuen vaikuttaneen myös heidän omaan turvallisuuden tunteeseensa. Muilta potilailta oli saatettu saada neuvoja ja vinkkejä, esimerkiksi kehoitus pyytää henkilökunnalta pääsyä petipaikalle. Joskus henkilökunnan ollessa kiireinen toisilta potilailta oli tarvittu konkreettista avustusta, esimerkiksi WC:n oven aukaisemisessa. Joissain tilanteissa pelkkä toisten potilaiden paikallaolo oli tuntunut haastateltavista turvalliselta. Muutamat mainitsivatkin kokeneensa rauhoittavaksi huomata, että samoissa tiloissa oli muita potilaita eivätkä he olleet jääneet yksin.

Turvallisuuden tunnetta saattoi lisätä myös se, että itseä ja muita samassa tilanteessa olevia ihmisiä vertaillen oli mahdollista samaistua eri kategoriaan, kuin mihin muutoin olisi itsensä luokitellut. *”No minä nyt ensiksi kattelin sitä ympäristöä sikäli että onko tämä vanbusosasto, kuolevien osasto vai, vai mikä tämä on oikein, -- mutta siinä nyt näytti siltä ettei se nyt kuolevien osastokaan ollut, koska siellä oli nuorta väkeäkin ja, sitten siinä muutama oli ilmeisesti työssäkäyviäkin vielä ja sitten loput oli näitä, näitä meikääläisen ikäisiä ihmisiä”,* miespotilas (7) kertoi ajatelleensa päivystykseen tulovaiheessa. Hengenvaaralliseksi epäilemänsä oireilun vuoksi päivystykseen hakeutunut potilas oli mitä ilmeisimmin huojentunut tästä nuorten potilaiden läsnäoloa koskevasta havainnosta, joka auttoi häntä välttämään samaistumisen välittömässä kuolemanvaarassa olevien potilaiden kategoriaan.

Kilpailuasetelma. Jokainen haastatelluista kommentoi muiden päivystyksessä olleiden potilaiden lukumäärää. Useimpien mielestä muita potilaita oli ollut ”paljon” tai ”liikaa”. Mainittiin, että ruuhkat olivat valtavat, jonot olivat todella pitkät, väkeä oli hirveästi ja ihmisiä tuli päivystykseen jatkuvasti lisää. Hoitajia ja lääkäreitä arveltiin olevan liian vähän, heidät koettiin kiireisiksi ja heillä epäiltiin olevan liikaa töitä. Muutamat haastatelluista sen sijaan kertoivat, että päivystyksessä oli heidän käyntinsä aikana ollut rauhallista, minkä he kokivat myönteisenä ja useimmat myös yllättävänä. Ensin mainittu haastateltavien enemmistö oli sitä mieltä, että päivystyksen ruuhka oli jatkuva ja alati paheneva ongelma, joka johtui liian vähäisestä henkilökuntamitoituksesta suhteessa potilasmääriin. Viimeksi mainittu vähemmistö taas korosti sattuman tai oikean ajoituksen merkitystä.

Haastateltavat kokivat joutuneensa kilpailemaan niukoista henkilökuntaresursseista muiden päivystyksessä olleiden potilaiden kanssa. Merkitystä oli paitsi toisten potilaiden lukumäärällä myös sillä, millainen ja kuinka kiireellinen heidän hoidontarpeensa oli. Haastateltavat pitivät ymmärrettävänä, että huonokuntoisimmat potilaat hoidettiin ensimmäisinä. Samalla he olivat tietoisia siitä, että kiireellisten tapausten päästessä jonon ohi heidän oma avunsaantinsa viivästyisi.

Haastateltavat eivät kuitenkaan tyytyneet vain päivittelemään tilanteen hankaluutta, vaan he olivat ratkaisuehdotusten tuottamisessa aloitteellisia. Haastatteluaineisto sisälsikin runsaasti mainintoja siitä, millä keinoin ristiriita resurssien niukkuuden sekä potilasmäärien suuruuden välillä voisi olla hallittavissa. Monet myös pohdiskelivat, missä järjestyksessä potilaat olisi oikeudenmukaisinta ottaa hoidettavaksi, kuinka pitkä odotusaika saisi kunkin potilaan kohdalla enimmillään olla ja mitkä tekijät voitiin katsoa perusteiksi päästä muita nopeammin hoitoon (taulukko 37).

Taulukko 37. Tekijöitä, joiden tuli haastateltavien mielestä vaikuttaa hoitopääsyn järjestykseen

Ikä	<ul style="list-style-type: none"> - Pienten lasten ja vanhusten tulee päästä erityisen nopeasti hoitoon - Nuoret aikuispotilaat kestävät odotusta muita potilaita paremmin - Jokaisen aikuisen ihmisen tulee sietää jonkin verran odotusta - Korkea ikä ei saa olla peruste syrjinnälle hoitopääsystä
Sairauden vaikeusaste ja potilaan olotila	<ul style="list-style-type: none"> - Vakavasti sairastuneiden tai loukkaantuneiden päästävä hoitoon välittömästi - Hyvin kivuliaiden tai voimakasoireisten päästävä hoitoon ennen muita - Potilaiden kyky sietää odotusta ja siitä aiheutuvia haittoja täytyy huomioida
Oma vuoro	<ul style="list-style-type: none"> - Jokainen hoidetaan omalla vuorollaan - Henkilökunnalla on päätösvalta siitä, koska kenenkin vuoro on - Kiireellisimmät ja aikaisemmin tulleet hoidetaan ensin - Etuulia, turhaa valittamista ja itsekkäitä vaatimuksia ei pidä hyväksyä

Toisten potilaiden avuntarvetta pääsääntöisesti ei kyseenalaistettu. Vain yksi haastateltavista epäili, että ”jotkut muut ihmiset” lähtivät päivystykseen ”liian herkästi” tai ”liian matalalla kynnyksellä”, mutta hänkään ei yksilöinyt näitä käsityksiä kehenkään tai mihinkään tiettyyn potilasryhmään. Haastateltavien välillä oli toisaalta melko suuria eroja siinä, millaiseksi he arvioivat oman hoitonsa kiireellisyyden suhteessa muihin potilaisiin. Osa koki tarvinneensa itse apua muita ripeämmin, kun taas muutamat mainitsivat hyväksyvänsä omalle kohdalleen hieman toisia pidemmän odotusajan. Muutamat kokivat tullessa syrjityiksi. Miespotilas (8) epäili pitkän odotuksen saataneen johtua korkeasta iästään sekä siitä, että hänet oli luokiteltu niihin ihmisiin, jotka eivät enää tuottaneet yhteiskunnalle ”pennin hyrrää” vaan päinvastoin ”tekivät lovea joka paikkaan”. *”Aika harvoin vanhuksilla mikään kiire on, mutta silti se on aika tyhjä jättää aina hänille. Niin. Vähän tulee semmonen joutokansan maine, ja niinhän tässä onkin”*, mies lausahti.

Monet haastateltavista mainitsivat, että jokaisen tuli päästä hoitoon ”vuorollaan”. Nämä maininnat eivät näyttäneet vaatimuksina hoitaa potilaat tulojärjestyksessä, vaan niillä viitattiin siihen, ettei ”valittamista” ja ”etuilemistä” pidetty hyväksyttävänä. Henkilökunnalla katsottiin olevan valta päättää, koska kenenkin potilaan vuoro oli, ja tähän päätökseen mukautumista edellytettiin sekä itseltä että toisilta. Osaa haastatelluista kuitenkin mietitytti, millä perustein henkilökunta päätti, kuka hoidetaan ensimmäisenä ja kenet voidaan jättää tuntikausiksi odottamaan. Monet arvioivat, ettei potilaan subjektiivista olotilaa, oireiden voimakkuutta ja eri potilaiden erilaista kykyä sietää odotuksesta aiheutuvia haittoja otettu riittävässä määrin huomioon. Monet esittivät toiveen, että päivystyksen käytännöt ja hoitopääsyn järjestyksen perusteet tehtäisiin potilaille paremmin ymmärrettäviksi.

Haastateltavat puhuivat paljon siitä, että tietynlaiset potilaat olivat oikeutettuja erityisen nopeaan hoitoon. Vähäisiä poikkeuksia lukuun ottamatta haastateltavat kuitenkin vaikenivat siitä, miksi jotkut potilaat eivät olisi tätä ansainneet. Haastateltavien voidaan tulkita tunnustaneen ristiriidan, joka syntyy, kun kaikille potilaille vaaditaan nopeaa ja joillekin vieläpä aivan erityisen nopeaa hoitopääsyä ilman, että kenenkään eduista ollaan valmiita tinkimään. Jos yhden potilaan hoitopääsy nopeutuu, toisen vastaavasti viivästyy – ellei sitten samanaikaisesti tapahdu muutosta olosuhteissa, jotka luovat kilpailuasetelman potilaiden välille. Monella haastateltavista olikin selvä käsitys siitä, mitä toimenpiteitä ongelman ratkaiseminen vaatisi: päivystyksessä työskentelevien lääkäreiden ja hoitajien määrää olisi lisättävä. *”Enemmän lääkäreitä. En mä sitä millään muulla näe että sitä pystytään ikinä ratkaseen. Enemmän lääkäreitä. Mikä muu siihen auttaa, emmää käsittää. Silloinhan se niinku se jono kulkis nopeemmin”*, naishaastateltava (18) kiteytti.

Pitkän odotuksen voidaan tulkita olleen toisista potilaista epäsuorasti aiheutuva mutta samalla kaikkien avuntarvitsijoiden yhteisesti jakama ongelma. Odotusaika olisi huomattavasti lyhyempi ilman muita potilaita, mutta toisten juttuseura, apu ja läsnäolo saattoivat myös tehdä siitä siedettävämmän. Potilaat olivat siis toisilleen sekä kilpailijoita että liittolaisia. Haastateltavien myötätunnon ilmaukset muita potilaita kohtaan ja ehdotukset kaikkia potilaita hyödyttävistä toimenpiteistä kuten työntekijämäärien lisäämisestä voidaan tulkita pyrkimykseksi häivyttää kiusallista kilpailuasetelmaa. Omista oikeuksista hoitoon pidettiin kiinni mutta ei polkemalla muiden potilaiden oikeuksia vaan puolustamalla kaikkien potilaiden yhteisiä oikeuksia. Näin luotiin puheessa kuvaa siitä, ettei kilpailua käyty toisia avuntarvitsijoita tai henkilökuntaa vastaan, vaan nämä tahot nähtiin liittolaisina, joiden kanssa yhdessä kampaailtiin liian niukkoja henkilökuntaresursseja ja hoito-organisaatiossa vallitsevia epäkohtia vastaan.

5.8 Päivystyskäynnin lopputulema

5.8.1 Haastateltavien käsitys päivystyskäynnin hyödyistä

Haastateltavien päivystykseen tulon syy oli pakottava avuntarve. Keskeinen kysymys onkin, vastattiinko käynnillä siihen avuntarpeeseen, jonka vuoksi potilas oli sinne hakeutunut tai lähetetty (taulukko 38). Aineiston perusteella arvioitiin, että reilu puolet haastatelluista lukeutui niihin, joiden avuntarpeeseen oli vastattu. Kolmasosan kohdalla tulkittiin, että avuntarpeeseen oli vastattu osittain, ja muutamien kohdalla katsottiin, ettei avuntarpeeseen ollut onnistuttu vastaamaan. Nämä tulokset pohjautuivat paitsi kohdennettujen haastattelukysymysten (”koitteko saavanne sellaista apua, kuin olitte arvelleet tarvitsevanne” sekä ”vastasiko käynti ennakkokäsityksiänne”) vastauksiin myös siihen, miten haastateltavat puhuivat käynnistä kokonaisuudessaan. Aineiston perusteella ei voitu nimetä yksittäisiä tekijöitä, jotka selittäisivät, oliko avuntarpeeseen koettu vastatun vai ei. Esimerkiksi se, missä määrin kokemukset olivat vastanneet ennakkokäsityksiä, sai erilaisen painoarvon eri haastateltavilla. Käsitys avuntarpeeseen vastaamisesta tai vastaamattomuudesta pyrtyi kunkin potilaan ennako-odotusten sekä koetun hoidon kokonaislaadun ja käynnin lopputulosten yhdessä muovaamana tuotoksena.

Päivystyksestä oli lähdetty vaihtelevin tuntein. Monet olivat huojentuneita päästessään epämiellyttävistä olosuhteista pois. Osa koki turvalliseksi tulla lähetetyksi

osastohoitoon, jotkut taas olivat helpottuneita päästessään kotiin. Yksi oli harmis-
saan joutuessaan vastoin tahtoaan osastolle. Yksi haastateltava, joka oli asioinut päi-
vystyksessä kahdesti viiden päivän sisällä, arveli henkilökunnan tehneen ensimmäi-
sellä kerralla väärän ratkaisun kotiuttaessaan hänet huolimatta siitä, ettei oireita ollut
saatu kunnolla kuriin.

Taulukko 38. Eri haastateltavien osalta esimerkkejä siitä, miten käynti vastasi avuntarpeeseen

	Oireiden lievittämisen tarve	Pelkojen ja huolien lievittä- misen tarve	Tutkimusten ja hoidon tarve
Avuntarve, johon vas- tattiin	Kovan kivun vuoksi tul- lut potilas otettiin nope- asti hoidettavaksi, hä- nestä pidettiin hyvää huolta ja oireet saatiin lääkityksellä hyvin hal- lintaan (1)	Potilaan hengenahdistus, tukehtumisen pelko ja pa- niikkioireet lievittyivät ha- penannon, muun tehokkaan ensihoidon ja turvalliseksi koetun hoitoympäristön an- siosta nopeasti (10)	Päivystyksessä tehtiin asi- anmukaiset tutkimukset ja potilaan ennakkokäsitysten mukaisesti diagnosoi- ttiin ruusu ja aloitettiin anti- bioottihoito (11)
Avuntarve, johon vas- tattiin osit- tain	Sijoiltaan ollut olkapää asetettiin paikalleen, mutta odotusaika oli pitkä ja oireita lievittä- vän hoidon teho sel- västi riittämätön (16)	Potilaan pelkäämä sydän- peräinen syy poissuljettiin, mutta henkeä uhkaavaa sairautta pelännyt potilas koki puutteellisen tiedon- saannin vuoksi jääneensä tunneksi unohdetuksi (7)	Potilas koki tulleen muu- toin tutkituksi ja hoidetuksi asianmukaisesti, mutta hän jäi epätietoiseksi siitä, miksi ennakoitua sähköis- tä rytminsiirtoa ei tehty (2)
Avuntarve, johon ei vastattu	Potilas koki jääneensä vaille riittävää oireita lie- vittävää hoitoa ja pitkän odotusajan epämiellyt- tävässä olosuhteissa pa- hentaneen olotilaa (3)	Potilas koki lääkärin kyl- mäksi ja välinpitämättö- mäksi eikä saanut oireiden aiheuttajaa ja vakavuutta koskeviin huoliin ja epätie- toisuuteen lievitystä (20)	Potilas siirrettiin jatkohoi- toon ennen verikoevas- tausten valmistumista, jo- ten matala natriumtaso jäi päivystyksessä totea- matta ja hoitamatta (8)

Haastateltavilta kysyttiin, mitä heille oli jäänyt päivystyskäynnistä päällimmäisenä
mieleen. Täydentävinä kysymyksinä tiedusteltiin, mitä myönteistä ja mitä kielteistä oli
jäänyt mieleen. Näihin kysymyksiin annetut vastaukset eivät useinkaan olleet linjassa
sen kanssa, millaisista kokemuksista haastateltavat kertoivat muissa yhteyksissä. Tuli
vaikutelma, että monet pyrkivät vastaamaan näihin kysymyksiin tavalla, jota oletettiin
haastattelijan odottavan tai joka antaisi vastaajasta vaatimattoman tai muutoin myön-
teisen kuvan. Koko haastattelun ajan keskeisenä puheenaiheena saattoivat olla hyvin
kielteiset kokemukset pitkästä odotuksesta sekä ilman tarvittavaa apua jäämisestä, ja

sitten päällimmäisenä mieleen jääneitä asioita kysyttäessä vastaus saattoikin kuulua, että ”on hyvä, että sieltä saa aina apua” tai ”hyvä, että tuli mentyä”.

Vajaa puolet haastateltavien mainitsemista päällimmäisenä mieleen jääneistä seikoista olivat tulkittavissa kielteisiksi, vajaa puolet myönteisiksi ja muutamat neutraaleiksi kokemuksiksi. Negatiivisena erityisen monen haastateltavan mieleen oli jäänyt pitkä odotus, yksin jääminen, henkilökunnan kiire, puutteellinen huolenpito ja epämiellyttävät olosuhteet. Positiivisena mieleen jääneitä seikkoja olivat esimerkiksi henkilökunnan ystävällisyys, hyvä huolenpito, tosissaan otetuksi tuleminen sekä ennakoitua sujuvampi hoitopääsy. Kielteisten ennako-odotusten jääminen toteutumatta oli jäänyt myönteisenä muutamien mieleen. Kahden potilaan mukaan oli hyvä, kun oli tullut käytyä, ja neljän muun mielestä oli hyvä, kun oli päässyt pois.

5.8.2 Päivystyskäynnin jälkeen

Potilaat haastateltiin keskimäärin pari viikkoa päivystyskäynnin jälkeen. Haastattelujen aikaan noin puolet heistä oli toipunut siitä akuutista taudista, pitkäaikaissairauden pahenemisvaiheesta tai vammasta, jonka vuoksi päivystyskäynti oli tehty. Muillakin vaiva oli jo lievittynyt, mutta osalla toipuminen oli kesken. Yksi potilas oli vielä osastohoidossa. Kolmasosa haastateltavista odotti aikaa jatkotutkimuksiin tai -toimenpiteisiin, heistä yksi sitä itse tietämättään. Käynnin ja haastatteluajankohdan välisenä aikana yksi potilaista oli päätyntä eri vaivan vuoksi uudelleen päivystykseen. Kaatumisvammojen vuoksi päivystyksessä asioinut toinen haastateltava kertoi kaatuneensa kotona heti seuraavana päivänä sairaalahoitajaksolta kotiuduttuaan mutta selvinneensä ilman vammoja. Kaikki ne haastateltavat, joille oli tehty jokin muutos lääkitykseen ja jotka olivat kotiutuneet suoraan päivystyksestä, olivat lääkemuutoksesta – joskaan eivät välttämättä sen syystä – tietoisia. Muutamaa mietitytti, oliko uudella lääkityksellä tiettyjä haitta- tai yhteisvaikutuksia.

Yksi niistä aihealueista, joista haastatteluissa ei suoraan kysytty mutta jonka moni potilaista otti itse puheeksi, oli riski uusiin sairastumisiin ja päivystyskäynteihin. Lähes kaikki haastatelluista mainitsivat jonkin tietyn vaivan, jonka esiintymiseen tai uusiutumiseen heillä oli taipumusta. Tällaisina vaivoina mainittiin esimerkiksi tietyt sydänperäiseksi mielletyt oireet, taipumus tiettyihin infektiosairauksiin, toistuvat astman pahenemisvaiheet sekä kaatuilu. Monet myös pohdiskelivat sairastumisen syitä ja altistavia tekijöitä. Esimerkiksi kaatuilutaipumuksen arveltiin johtuvan anemiasta, jalkapohjien tuntohäiriöstä tai hetkellisestä aivojen happikatkoksesta, rintakipujen lii-

karasituksesta ja hengenahdistuskohtausten joko huonosta verenkierrosta tai vanhuudesta. Keinoja ongelmien ennaltaehkäisemiseen sen sijaan mainittiin vain vähän. Yleisimmin mainittu tapa vältellä sairastumisia ja vammautumisia oli ”olla varovainen” ja ”toivoa, ettei mitään tulisi”. Yksi haastateltava, joka kertomansa mukaan sairasti vuosittain flunssan seurauksena keuhkokuumeen, pohdiskeli ”flunssarokotteiden” ottamisen mielekkyyttä ja päätyi pohdinnassaan siihen, ettei rokotteesta olisi enää tälle syksyä hyötyä, nyt kun hän oli jo ehtinyt keuhkokuumeen sairastaa. Toinen potilas toisti noin puolenkymmentä kertaa haastattelun aikana toiveen, että hän saisi apua aamuaskareisiin, sillä hän koki aina aamuisin huonovointisuutta ja oli nykyään hakeutunut päivystykseen aamulla alkaneen hengenahdistuksen ja sydämen vajaatoiminnan vuoksi. Tämä viikottaista kotiapua saava potilas harmitteli, ettei kotihoidosta ollut reagoitu hänen toiveeseensa. Kaksi kaatuilutaipumuksesta kärsivää haastateltavaa puolestaan nosti esiin kaatumisen pelkonsa. Molemmat mainitsivat ensisijaiseksi tapaturmien ehkäisykeinoksi varovaisuuden, ja kumpikin oli vähentänyt liikkumista kaatumisen pelon vuoksi. Toinen heistä mainitsi, että sairaalajaksolla oli seurattu verenpainetta sen selvittämiseksi, oliko verenpaineen äkillisillä muutoksilla yhteyttä kaatumisiin. Muutoin haastateltavat eivät erityisesti nostaneet esiin terveydenhuollon ammattilaisilta saatuja neuvoja sairastumisten ja tapaturmien ehkäisemiseksi.

5.9 Hoidon laadun osatekijät

Aineiston perusteella iäkkäiden päivystyshoidon laadussa tulkittiin olevan kyse kokonaisuudesta, jonka eri osatekijät yhdessä muodostivat. Iäkkäiden potilaiden näkökulmasta hoidon laadun osatekijöiden pääluokkia olivat 1) hoidon hyvä saatavuus, 2) päivystyskäynnin tapahtumien ja lopputulosten mielekkyys, 3) potilaan hyvinvointi, 4) toimiva vuorovaikutussuhde sekä 5) potilaiden erilaisten tarpeiden tasapuolinen huomiointi. Tämä jaottelu on ensisijainen vastaus tutkimuskysymykseen siitä, millaista on iäkkään päivystyspotilaan laadukas hoito. Aineisto tarjosi kuitenkin myös toisen tavan vastata tähän tutkimuskysymykseen: Haastateltavat antoivat ymmärtää hoidon olevan laadultaan hyvää, kun se oli laadultaan riittävän hyvää. Hoidon ei siis tarvinnut olla niin erinomaista, ettei siinä olisi ollut enää mitään parantamisen varaa, vaan riitti, että tietyt vähimmäiskriteerit täyttyivät eikä merkittäviä epäkohtia ilmennyt.

Yksi hyvän laadun tunnuspiirre oli hoidon hyvä saatavuus. Keskeinen merkitys oli paitsi päivystyspalveluiden myös niille vaihtoehtoisten terveyspalveluiden saatavuudella. Hyvään laatuun kuului, että potilas päätyi päivystykseen vain tilanteessa,

jossa se oli tarkoituksenmukaisin hoitopaikka. Tämä edellytti esimerkiksi terveyskeskuspalveluilta hyvää saatavuutta ja laatua sekä sitä, ettei itsenäisesti asioistaan päättämään kykenevää henkilöä lähetetty päivystykseen vastoin hänen tahtoaan. Haastattelutavat pitivät tärkeänä tiedonsaantia siitä, mistä ja miten tarkoituksenmukaisinta apua oli saatavilla: oli oltava olemassa jokin taho, johon saisi tarvittaessa helposti yhteyden ja jolta voisi kysyä neuvoja ongelmatilanteissa. Oli myös olennaista, että silloin kun päivystyspalveluita tarvittiin, ne olivat esteettä saatavilla: Päivystykseen hakeutumiseen ei liittynyt poiskäännytyksi tulemisen uhkaa, vaan henkilökunta suhtautui potilaaseen ymmärtäväisesti ja otti hänet tosissaan. Kielteiset ennakkokäsitykset eivät estäneet aiheellisiin tutkimuksiin ja hoitoon hakeutumista, vaan potilas saattoi luottaa saavansa tarpeitaan vastaavaa apua. Hoidon esteettömään saatavuuteen kuului myös, ettei etäisyys lähimpään päivystyspisteeseen ollut kohtuuttoman pitkä eikä huoli matkakulujen, päivystyskäynnin ja mahdollisen sairaalajakson aiheuttamista kustannuksista estänyt hakemasta apua sitä tarvittaessa.

Toinen hyvän laadun tunnuspiirre oli se, että päivystyskäynti eteni tarkoituksenmukaisella, potilaan kannalta mielekkäällä ja ymmärrettävällä tavalla sekä johti oikeisiin lopputuloksiin. Hyvään laatuun kuului, että tutkimukset, hoitotoimenpiteet ja henkilökuntakontaktit muodostivat sujuvasti etenevän jatkumon. Päivystykseen tultuaan potilas pääsi viivyttyksettömästi ensiarvioon eikä käyntiin missään vaiheessa liittynyt pitkää, raskasta tai potilaalle käsittämätöntä ja hänen hoitonsa kannalta tarpeetonta odotusta. Potilaan subjektiivisesti kokema avuntarve tunnistettiin ja siihen vastattiin. Haastattelutavat pitivät tärkeänä, että tehdyt tutkimukset, asetettu diagnoosi ja annettu hoito olivat lääketieteellisesti asianmukaiset, mutta vastuun hoidon lääketieteellisen laadun arvioimisesta he kokivat kuuluvan alan asiantuntijoille eikä heille itselleen. Lisäksi hyvään laatuun kuului hoidon jatkuvuus päivystys- ja muiden terveyspalveluiden välillä: Eri hoitoyksiköiden välinen tiedonkulku oli esteetöntä ja jatkotutkimuksiin tai -hoitoon pääsy oli sujuvaa, mikä sekin edellytti esimerkiksi terveyskeskuspalveluilta hyvää saatavuutta. Hoidon jatkuvuuteen kuului myös, että päivystyksestä kotiutuva tai sairaalahoitoon lähetettävä potilas oli tietoinen siitä, mitä hänen kohdallaan oli seuraavaksi suunnitteilla ja mistä hän saisi apua, jos sairaus uusiutuisi tai pahenisi. Jatkuvuuteen liittyväksi laadun osatekijäksi on tulkittavissa myös se, että uusien sairastumisten ja tapaturmien riskit oli pyritty minimoimaan esimerkiksi altistavien tekijöiden kartoituksella ja niihin puuttumisella.

Kolmas laadun osatekijä liittyi potilaan hyvinvointiin. Hyvään laatuun kuului, että potilaasta pidettiin huolta koko päivystyskäynnin ajan. Henkilökunta osoitti aloitteellisuutta potilaan voinnin ja tarpeiden tiedustelemisessa sekä avun tarjoamisessa. Kipua ja muita oireita lievitetiin tehokkaasti. Perustarpeet kuten syötävän ja juotavan

saamisen sekä WC:hen pääsyn tarve huomioitiin. Hyvään laatuun kuului, että päivystyksen olosuhteet pikemmin edistivät kuin heikensivät potilaan olotilan siedettävyyttä. Viihtyvyyden maksimoimista tärkeämpää kuitenkin oli epäviihtyisyyttä aiheuttavien seikkojen kuten melun, palelun, häikäistymisen, päivystyksen ruuhkan ja muiden häiriötekijöiden aiheuttaman haitan minimoiminen. Mikäli olosuhteisiin ei ollut mahdollista vaikuttaa, oli tärkeää, ettei potilas ainakaan joutunut viettämään epäsuotuisissa olosuhteissa kovin kauaa aikaa. Hyvään laatuun kuului myös, että potilaan olotila tuntui mahdollisimman turvalliselta. Henkilökunta pyrki edistämään tämä esimerkiksi lievittämällä sairastumiseen liittyvä pelkoja ja huolia. Turvallisuutta lisäsivät myös olosuhteiden rauhallisuus, tarpeita vastaavan avun saaminen sekä se, että potilaan ei tarvinnut pelätä altistuvansa huonolle hoidolle ja tyllylle kohtelulle tai jäävänsä ilman apua.

Neljäs hyvän hoidon tunnuspiirre liittyi potilaan ja henkilökunnan väliseen vuorovaikutukseen. Hyvään laatuun kuului, että potilaalla oli mahdollisuus vaikuttaa itseään koskeviin asioihin siinä määrin, kuin hän sillä hetkellä halusi ja kykeni. Osallisuuden taso määräytyi siis potilaan lähtökohdista. Potilaan ja henkilökunnan välillä vallitsi luottamuksellinen ja vastavuoroisen ystävällinen yhteistyösuhde, jossa kumpikin osapuoli suhtautui toiseen kohteliaasti ja arvostavasti. Työntekijät hoitivat tehtävänsä huolellisesti, olivat helposti lähestyttävissä ja osoittivat myötätuntoa, kiinnostusta sekä halua auttaa potilasta parhaan taitonsa mukaan.

Viides laadun tunnuspiirre oli potilaiden erilaisten tarpeiden tasapuolinen huomiointi. Hyvään laatuun kuului, että henkilökunta huomioi potilaat yksilöinä. Iäkkään potilaan mahdolliset toimintavajeet sekä tähän liittyvä haavoittuvuus ja erityistarpeet huomioitiin, mutta ikäihmiseen ei suhtauduttu alentuvasti tai holhoavasti. Henkilökunta tarjosi oma-aloitteisesti apuaan ja varmisti pikaisen hoitopääsyn niille potilaille, jotka kestivät pitkää odotusta ja perustarpeiden laiminlyöntiä erityisen huonosti. Iäkstä potilasta kohdeltiin aikuisena ihmisenä, joka oli yksilö eikä vain ikäryhmänsä edustaja. Hyvään laatuun kuului myös, että hoitopääsyn järjestyksen perusteet olivat ymmärrettävät ja kaikille tasapuoliset. Lisäksi riittävien henkilökunta- ja muiden resurssien ansiosta kaikki potilaat saivat tarpeidensa mukaista apua eivätkö joutuneet kilpailemaan siitä keskenään.

Keskeinen kysymys on, kuinka hyvin haastateltavien kokemukset vastasivat näitä hyvän laadun tunnuspiirteitä. Aineiston perusteella kysymykseen on ensisijaisesti vastattava toteamalla, että koettu hoidon laatu vaihteli jopa äärilaidasta toiseen. Osa haastatelluista koki saaneensa erittäin hyvää hoitoa ja huolenpitoa, osa taas jääneensä lähes kokonaan ilman tarvitsemaansa apua. Samallakin potilaalla kokemukset olivat

saattaneet vaihdella huomattavasti eri päivystyskäyntikerroilla. Päivystyksen potilasmäärä, henkilökunnan työtaakka, yksittäisten työntekijöiden suhtautumistavat, sattuma ja tuuri ratkaisivat sen, kuinka nopeasti potilas pääsi hoitoon, miten hänen päivystyskäyntinsä eteni, kuinka hänen tarpeisiinsa vastattiin, millaista huolenpitoa hän sai, missä määrin hän pystyi olemaan osallisena itseään koskevissa asioissa sekä millaiseksi vuorovaikutussuhde potilaan ja työntekijän välillä muotoutui. Yhdeksi merkittävimmäksi iäkkäiden päivystyshoidon laatua heikentäneeksi tekijäksi voidaankin nimetä laadun epätasaisuus ja sattumanvaraisuus.

Suuresta vaihtelusta huolimatta aineistosta oli havaittavissa, että tiettyjen laadun osatekijöiden kohdalla joko myönteiset tai kielteiset kokemukset olivat erityisen yleisiä (taulukko 39). Ne haastateltavat, jotka tavalla tai toisella kommentoivat tutkimusten, diagnoosin ja hoidon asianmukaisuutta, tyypillisesti mainitsivat pitävänsä päivystyshoidon lääketieteellistä tasoa korkeana ja henkilökuntaa hyvin ammattitaitoisena. Haastateltavat korostivat lääketieteellisten seikkojen arvioinnin kuuluvan koulutetuille ammattilaisille, mutta aineiston perusteella voidaan tulkita, että haastateltavilla oli suuri luottamus hoidon lääketieteellisen laadukkuuteen. Muiden hoidon laadun osatekijöiden kohdalla myönteisten mainintojen yleisyys ei selkeästi ylittänyt kielteisten mainintojen yleisyyttä.

Monien hoidon laadun osatekijöiden kohdalla haastateltavat toivat esiin selvästi enemmän kielteisiä kuin myönteisiä kokemuksia. Näitä olivat tietyt hoidon saatavuuteen, potilaan olotilaan, odotusaikaan, osallisuuteen, hoidon jatkavuuteen, iäkkäiden erityistarpeiden huomiointiin, päivystyksen resurssien riittävyteen sekä hoitopääsyn järjestyksen perusteiden ymmärrettävyyteen liittyvät seikat. Voidaan tulkita, että näiltä osin kokemukset eivät vastanneet käsityksiä laadukkaasta hoidosta.

Tiettyjä hoidon laadun osatekijöitä koskien haastateltavat mainitsivat merkittävässä määrin niin myönteisiä kuin kielteisiäkin kokemuksia. Erityisesti sen osalta, millaisena vuorovaikutus henkilökunnan kanssa oli koettu, haastateltavien kokemukset olivat hyvin vaihtelevia. Sama koskee tiettyjä päivystyskäynnin tapahtumien ja lopputulosten mielekkyyteen liittyneitä tekijöitä, oireita lievittävän hoidon onnistuneisuutta, päivystyskäynnin aikaista turvallisuuden tunnetta sekä käsityksiä potilaiden tasavertaisesta kohtelusta.

Se, olivatko päivystyspalvelut saatavissa kohtuulliselta etäisyydeltä ja kohtuullisin kustannuksin, mainittiin vain muutaman haastateltavan toimesta ja tällöin yleensä negatiivisessa merkityksessä. Mainintojen vähäisyydestä voidaan tulkita, ettei näihin seikkoihin kiinnitetty huomiota silloin, kun niissä ei koettu olevan ongelmaa.

Taulukko 39. Hoidon laadun osatekijät ja arvio niiden toteutumisesta aineiston valossa

Hoidon laadun osatekijät	Arvio	
Hoidon hyvä saattavuus	Potilaan on helppo saada tietoa siitä, mistä ja miten apua tarvittaessa saa	–
	Päivystykselle vaihtoehtoisilla terveystalveilla on hyvä saattavuus ja laatu (koskien tilanteita, joissa päivystystä ei välttämättä tarvita)	–
	Potilas kokee voivansa luottaa siihen, että saa tarvitsemansa avun	–
	Päivystystalveut ovat saattavilla kohtuulliselta etäisyydeltä	?
	Potilaalle koituvat kustannukset ovat kohtuulliset	?
Käynnin tapahtumien ja lopputulosten mielekkyys	Päivystyksessä apua saa viivyttyksettömästi	–
	Potilas kokee tutkimukset, diagnoosin ja hoidon asianmukaisiksi	+
	Potilas saa riittävästi tietoa tapahtumista ja suunnitelmista	+ / –
	Potilas kokee avuntarpeensa tulevan tunnistetuksi ja vastatuksi	+ / –
Potilaan hyvinvointi päivystyskäynnin aikana	Hoidon jatkuvuus päivystys- ja muiden terveystalveuiden välillä toteutuu	–
	Oireita lievittävästä hoidosta huolehditaan	+ / –
	Potilaan perustarpeista huolehditaan	–
	Olosuhteet päivystyksessä ovat siedettävät	–
	Mielekästä ajanvietettä on tarjolla, jos potilas joutuu odottamaan	–
Toimiva vuorovaikutussuhde potilaan ja henkilökunnan välillä	Potilas kokee olonsa turvallisiksi	+ / –
	Osallisuuden taso määräytyy potilaan lähtökohdista	–
	Potilas kokee voivansa luottaa henkilökuntaan	+ / –
	Potilas kokee henkilökunnan osoittavan myötätuntoa ja auttamisen halua	+ / –
Potilaiden erilaisien tarpeiden tasapuolinen huomiointi	Potilas kokee henkilökunnan toimivan huolellisesti ja ottavan potilaan tosissaan	+ / –
	Potilas kokee vuorovaikutussuhteessa olevan molemminpuolista ystävällisyyttä, arvostusta ja yhteistyöhalukkuutta	+ / –
	Haavoittuvien potilaiden erityistarpeet huomioidaan riittävästi	–
	Potilaat saavat tasavertaista kohtelua eikä ikäsyrintää esiinny	+ / –
Merkkien selitykset:	Potilaiden hoitotöiden järjestyksen perusteet ovat ymmärrettävät	–
	Päivystyksessä on riittävät henkilökunta- ja muut resurssit	–
+	Aineistossa oli selvästi enemmän myönteisiä kuin kielteisiä mainintoja	
–	Aineistossa oli selvästi enemmän kielteisiä kuin myönteisiä mainintoja	
+ / –	Aineistossa oli merkittävässä määrin sekä kielteisiä että myönteisiä mainintoja	
?	Aineistossa oli mainintoja vain vähän	

6 Pohdinta

6.1 Yhteenveto tutkimuksen tuloksista

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten iäkkäät potilaat kokevat päivystyskäynnin, millaisten heidän käsitystensä mukaan on laadukas hoito päivystyksessä ja miten potilaiden kokemukset vastaavat laatukäsityksiä. Seuraavassa on esitetty tiivistettynä tutkimuksen keskeiset tulokset.

Haastateltavat hakeutuivat päivystykseen tilanteessa, jossa heillä käsityksensä mukaan ei ollut muuta mahdollisuutta esimerkiksi oireiden sietämättömyyden, pelkojen ja epätietoisuuden häiritsevyyden tai tutkimusten ja hoidon kiireellisyyden vuoksi. Läheisten ja hoitoalan ammattilaisten mielipiteillä oli keskeinen merkitys. Päätöstä joko puolsivat tai jarruttivat päivystystä koskevat ennakkokäsitykset, näkemykset oikeudesta hoitoon sekä käsitykset päivystyskäynnin vaihtoehtoista tai niiden puutteesta.

Tyypillinen päivystyskäynti ei edennyt tutkimusten ja hoidon muodostamana sujuvana jatkumona, vaan suuri osa päivystyksessä vietetystä ajasta kului odottamiseen. Pahimmillaan odotus koettiin tuskalliseksi, turvattomaksi ja turhauttavaksi. Ajan kohta, muiden potilaiden lukumäärä, henkilökunnan työtaakka ja sattuma usein saanelivat sen, miten yksittäisen potilaan päivystyskäynti eteni.

Haastateltavien kokemukset oireita lievittävästä hoidosta ja olotilan turvallisuudesta olivat hyvin vaihtelevia. Syötävän ja juotavan saamisen tarpeen huomioinnissa koettiin olevan huomattavia puutteita. Päivystyksen olosuhteilla koettiin olevan merkitystä lähinnä silloin, kun olosuhteet olivat erityisen epäsuotuisat ja kun päivystyksessä jouduttiin viettämään kauan aikaa.

Vuorovaikutuksesta henkilökunnan kanssa haastateltavilla oli sekä myönteisiä että kielteisiä kokemuksia. Positiivisen vuorovaikutuksen koettiin ilmenevän esimerkiksi potilaan myötätuntoisena huomioimisena, tosissaan otetuksi tulemisena sekä vastavuoroisen kohteliaana yhteistyönä. Kielteisen vuorovaikutuksen koettiin ilmenevän esimerkiksi henkilökunnan kiinnostuksen puutteena, turhan valittajaksi leimatuksi tulemisena tai vain toimenpiteiden kohteena käsitellyksi tulemisena. Haastateltavat ilmaisivat suurta luottamusta päivystyksen henkilökuntaan ja hoidon lääketieteelli-

seen korkeatasoisuuteen, mutta tarpeita vastaavan avun saamista ei pidetty itsestään-selvyytenä. Haastateltavat pitivät tärkeänä, että potilas voisi olla osallisena omassa hoidossaan siinä määrin, kuin hän sillä hetkellä halusi ja kykeni. Potilaan osallisuuden taso ei tyypillisesti kuitenkaan määräytynyt potilaan ehdoilla vaan päivystyksen tilanteen ja henkilökunnan ehdoilla.

Muut päivystyksessä olleet potilaat edustivat haastatelluille sekä kilpailijoita että liittolaisia. Osaan muista potilaista kohdistettiin myötätuntoa, osaa paheksuttiin ja osalta saatiin vertaistukea. Haastateltavien näkemysten mukaan iäkkäiden potilaiden haavoittuvuutta ja erityistarpeita ei aina huomioitu riittävässä määrin, ja jotkut pelkäsivät ikäsyrrjinnän kohteeksi joutumista. Päivystyksen henkilökuntaresurssit haastateltavat arvioivat selvästi liian niukoiksi. Haastateltavien maininnoissa nousi vahvasti esiin myös tarve tehdä päivystyksen käytännöt ja hoitopäätösten järjestyksen perusteet potilaille paremmin ymmärrettäviksi.

Päivystyskäynti vastasi koettuun avuntarpeeseen enemmistöllä mutta ei kaikilla haastatelluista. Haastateltavien tietämys sairautensa aiheuttajasta, hoitoratkaisujen perusteista ja jatkohoitosuunnitelmista vaihteli suuresti. Haastateltavat ilmaisivat huolta uusien sairastumisten ja päivystyskäyntien riskistä, mutta terveydenhuollon ammattilaisten tuki sairastumisten ja vammojen ehkäisemiseksi ei erityisesti noussut haastatteluaineistosta esiin.

Aineiston perusteella iäkkäiden päivystyspotilaiden kokemassa hoidon laadussa tulkittiin olevan kyse kokonaisuudesta, jonka osatekijöitä olivat 1) hoidon hyvä saatavuus, 2) päivystyskäynnin tapahtumien ja lopputulosten mielekkyys, 3) potilaan hyvinvointi, 4) toimiva vuorovaikutussuhde sekä 5) potilaiden erilaisten tarpeiden tasapuolinen huomiointi. Se, vastasiko saatu hoito laatukäsityksiä, vaihteli suuresti potilaasta ja päivystyskäyntikerrasta toiseen ja määrittyi usein sattuman perusteella.

6.2 Tutkimuksen anti ja vertailu aiempaan tutkimustietoon

6.2.1 Tutkimuksen uutuusarvo

Kyseessä on tiettävästi ensimmäinen suomalaistutkimus, jossa on selvitetty iäkkäiden potilaiden kokemuksia hoidosta päivystyksessä. Myös kansainväliset tutkimukset huomioiden tämä on tiettävästi ensimmäinen, jossa iäkkäiden laatukäsityksiä on selvitetty tässä laajuudessa. Aiempaa tutkimustietoa iäkkään päivystyspotilaan osallisuus-

desta, luottamuksesta, päivystykseen hakeutumista koskevasta päätöksenteosta, potilaiden välisistä vuorovaikutussuhteista sekä hoidon laatutekijöistä oli niukasti tai tieto oli jäsentymätöntä, ja erityisesti näistä seikoista tämä tutkimus tuotti uutta tietoa. Tutkimus vahvisti ja täydensi aiempaa tutkimustietoa (Baraff ym. 1992, Spilsbury ym. 1999, Watson ym. 1999, Nydén ym. 2003, Kihlgren ym. 2004, Richardson ym. 2007, Way ym. 2008, Lyons & Paterson 2009, Considine ym. 2010, Bridges & Nugus 2010, Olofsson ym. 2012, Parke ym. 2013, Stein-Parbury ym. 2015) siitä, millaisena iäkäs potilas kokee odotusajan, vuorovaikutuksen henkilökunnan kanssa sekä oman olotilansa päivystyksessä ollessaan. Tutkimus myös täydensi potilaan ja henkilökunnan välistä vuorovaikutusta koskevia aiempia havaintoja jäsenkategoria-analyysejä hyödyntämällä.

6.2.2 Mikä johtaa päivystyskäyntiin?

Tutkimuksen tulosten perusteella kysymykseen siitä, miksi iäkäs henkilö päätyy päivystykseen, voidaan vastata kahdella tavalla: Hoitoon hakeutumiseen johtaa pakottavaksi koettu avuntarve, jonka suhteen myös muiden ihmisten käsityksillä on keskeinen merkitys. Hakeutumiseen hoidettavaksi juuri päivystyspoliklinikalle juuri tiettyinä ajankohtana puolestaan vaikuttavat erilaiset puoltavat ja jarruttavat tekijät, jotka liittyvät käsityksiin päivystykseen hakeutumisen vaihtoehtoista tai niiden puutteesta sekä luottamukseen tai epäluottamukseen siitä, että päivystyksestä saa tarpeita vastaavaa apua.

Andersenin mallin mukaan terveystalouden käyttöä selittävät erilaiset altistavat, mahdollistavat ja tarvetekijät (Andersen 1968, Andersenin 1995 mukaan). Aiemman katsauksen (McCusker ym. 2003) mukaan iäkkäillä päivystyspalveluiden käyttöä selittävät parhaiten tarvetekijät eli seikat, jotka kuvastavat objektiivisesti arvioitua ja subjektiivisesti koettua terveydentilaa sekä toimintakykyä. Tutkimusnäyttö altistavien ja mahdollistavien tekijöiden yhteydestä päivystyksen käyttöön sen sijaan on monelta osin ristiriitaista (vrt. taulukko 3).

Tässä tutkimuksessa tarvetekijöiksi voidaan lukea haastateltavien kokema pakottava avuntarve (subjektiivisesti koettu tarve) sekä tietyt sairauskertomuksesta ilmenevät, terveydentilaa ja toimintakykyä kuvaavat seikat (objektiivisesti arvioitu tarve). Tutkimuksessa tunnistetut puoltavat ja jarruttavat tekijät puolestaan voidaan rinnastaa Andersenin malliin mukaisesti altistaviin ja mahdollistaviin tekijöihin. (Aihetta käsitelty myös aiemmin julkaisussa Mylläri ym. 2014)

Omaisten, hoitoalan ammattilaisten ja jopa sivullisten kehotus hakeutua päivystykseen tai näiden henkilöiden tekemä päätös lähettää iäkäs henkilö ensiapuun näyttäytyi keskeisenä, joskin muiden ihmisten näkemyksistä saatiin tietoa vain siltä osin, kuin haastateltavat niistä itse kertoivat. Haastateltavien mainintojen valossa muiden ihmisten mielipiteet vaikuttivat vastaavan ensisijaisesti kysymykseen siitä, miksi hoitoon ylipäätään hakeuduttiin, mutta etenkin hoitoalan ammattilaisten kehotukset päivystykseen hakeutumisesta voivat vastata myös kysymykseen siitä, miksi hoitoa haettiin juuri päivystyspoliklinikalta juuri tietyllä ajanhetkellä. Näinpä muiden ihmisten näkemykset on tässä tutkimuksessa ensisijaisesti luokiteltu pakottavaa avuntarvetta kuvastavien seikkojen joukkoon (ja siten tarvetekijöihin), mutta niihin liittyy piirteitä, joiden perusteella ne voitaisiin luokitella myös puoltavien tai estävien tekijöiden joukkoon (ja samalla altistavien tai mahdollistavien tekijöihin ryhmään).

Tässä tutkimuksessa ei tarkasteltu sitä, ovatko sellaiset altistavat ja mahdollistavat tekijät kuten ikä, sukupuoli, koulutus, ammatti, taloudelliset voimavarat, sosiaalinen verkosto tai asuinolosuhteet yhteydessä päivystyspalveluiden käyttöön. Aiemmissä tutkimuksissa näiden seikkojen vaikutus on näyttäytynyt vähäisenä, tai tutkimusnäyttö on ristiriitaista (vrt. taulukko 3). Tässä tutkimuksessa kaksi haastateltavaa mainitsi kokeneensa äkillisesti alkaneen hengenahdistuksen niin voimakkaaksi ja niin paljon toimintakykyä rajoittavaksi, ettei sen kanssa pärjätty yksin kotona. Näiden haastateltavien kuvaama päätös hakeutua päivystykseen ei kuitenkaan liittynyt yksinäisyyteen tai kotona asumisen turvattomuuteen vaan nimenomaan akuuttiin somaattiseen oireeseen. Muutoinkaan yksinäisyys, yksin asuminen tai turvattomuus eivät nousseet tästä aineistosta esiin sellaisina seikkoina, joilla olisi ollut merkitystä tehtäessä päätöstä päivystykseen hakeutumisesta. Läheisten mielipiteillä sekä haastateltavien terveydentilaa ja terveyspalveluita koskevilla käsityksillä (käsitykset oikeudesta hoitoon sekä käsitykset kiireellisestä avuntarpeesta tai pyrkimys pärjätä omillaan) sen sijaan oli keskeinen merkitys.

Mahdollistavien tekijöiden joukkoon voidaan lukea päivystystä koskevat myönteiset tai kielteiset ennakkokäsitykset sekä muiden hoitovaihtoehtojen saatavuutta ja laatua koskevat seikat. Tutkimuksessa havaittiin, että päivystystä koskevat negatiiviset ennakkokäsitykset usein jarruttivat hoitoon hakeutumista, jopa tapauksissa, joissa kiireellisesti toteutettavien tutkimusten ja hoidon tarve oli (tutkijan näkökulmasta) ilmeinen. Päivystyspoliklinikan julkisuuskuva näyttäytyi huonona.

Enemmistöllä tutkimuksessa haastatelluista potilaista päivystyskäynnin taustalla oli kiireellistä hoitoa vaativa sairaus tai tarve sellaisen poissulkemiseen. Useimpien haastateltujen kohdalla päivystyskäyntiä voidaankin pitää selvästi aiheellisena ja tar-

peellisena (vrt. taulukko 10). Kuitenkin tutkimuksessa havaittiin, että joissain tapauksissa päivystykseen hakeutumiseen olivat vaikuttaneet muun terveydenhuoltojärjestelmän epäkohdat. Aineistossa erityistä huomiota kiinnitti muutama sellainen tapaus, joissa hoitoalan ammattilainen oli ohjannut potilaan päivystykseen. Yhden potilaan kohdalla ongelmana oli koholla oleva INR-arvo ilman verenvuoto- tai muita oireita ja toisella 1,5 kuukautta aiemmin aiheutunut nilkkamurtuma (vrt. taulukko 10). Herää ajatus, olisiko ensin mainittu ongelma voitu hoitaa esimerkiksi puhelimitse annettulla ohjeistuksella ja jälkimmäinen ei-päivystyksellisellä kiireellisyydellä. Muutamat muut haastateltavat olivat yrittäneet saada tarvitsemansa kiireellisen hoidon terveysasemalta mutta saaneet kehotuksen hakeutua päivystyspoliklinikalle; näiden haastateltavien kohdalla haastattelu- ja sairauskertomusaineistosta ei ollut varmuudella pääteltävissä, oliko päivystykseen ohjaamisen pääasiallisena syynä terveyskeskuspalveluiden riittämätön saatavuus vai se, että lääketieteellisen ongelman luonne huomioiden päivystys oli arvioitu tarkoituksenmukaisimmaksi hoitopaikaksi. Toisaalta muutamien haastateltujen kohdalla kiireellisen hoidon tarve oli ajoittunut viikonloppuun, ja tulkittiin, että tässä tilanteessa päivystyskäynti oli ollut aiheellinen, mutta jos oireiston alkamisen ajankohta olisi sattunut olemaan toisenlainen, vaiva olisi todennäköisesti ollut hoidettavissa terveysasemalla ns. päiväpäivystyksessä.

Aineistossa huomiota kiinnitti myös tapaus, jossa potilas oli äkillisesti alkaneen voimakkaan kivun vuoksi hakeutunut virka-aikana juuri päivystyspoliklinikalle terveysaseman sijaan sen vuoksi, ettei hän aiempien huonojen kokemusten vuoksi luottanut saavansa terveyskeskuksesta apua. Päivystyksellisellä kiireellisyydellä annettavan hoidon tarve oli ilmeinen, mutta palvelujärjestelmän näkökulmasta olennainen seikka on myös päivystyspoliklinikan ja terveysaseman päiväpäivystyksen välinen työnjako (ks. STM 2010). Se, että kyseinen haastateltava itse oli kokenut hyvin kielteiseksi tilanteen, jossa päivystyksen ilmoittautumislukun hoitajan oli alkuun evännyt pääsyn päivystykseen ja kehottanut häntä hakeutumaan terveyskeskukseen, tuo esiin eroa potilaan ja palvelujärjestelmän näkökulmien välillä. Tätä eroa tuovat esiin myös joidenkin haastateltavien kokemukset päivystykseen ilmoittautumisen yhteydessä kohdatun työntekijän ”portinvartijan” roolista.

Hoidon kokonaislaatu koostuu sekä potilaan kokemasta laadusta, kliinisestä laadusta että yhteiskunnan näkökulmasta määrittyvästä laadusta (Øvretveit 1992). Näiden laadun eri osa-alueiden yhtäaikainen huomiointi ei välttämättä aina onnistu kitkatta, kuten edellä käsitellyistä seikoista voidaan päätellä. Tässä tutkimuksessa keskiössä oli nimenomaisesti potilaiden kokema hoidon laatu, mutta kliiniseen ja yhteiskunnalliseen laatuun liittyviä seikkoja ei voi tässäkään yhteydessä sivuuttaa. Palvelujärjestelmän näkökulmasta olennaista on, että päivystykseen tulevat juuri ne potilaat

ja vain ne potilaat, jotka päivystyshoitoa lääketieteellisestä näkökulmasta arvioituna tarvitsevat. Potilaan näkökulmasta taas keskeistä on, että apua on saatavilla silloin, kun potilas sitä omasta näkökulmastaan katsoen tarvitsee.

Terveydenhuoltopalveluiden tarve onkin moniselitteinen käsite. Tarve voidaan määritellä niin sairauslähtöisestä (terveysongelman perusteella määräytyvästä), tarjontalähtöisestä (sen perusteella, onko ongelmaan tarjolla jokin ratkaisu), asiantuntijalähtöisestä, käyttäjälähtöisestä, terveyshyötyyn liittyvästä (sen perusteella, onko hyötyykö henkilö palvelusta), oikeudenmukaisesta (sen perusteella, ovatko palvelut tasapuolisesti eri väestöryhmien ulottuvilla) kuin voimavaralähtöisestäkin (sen perusteella, onko ongelmaan olemassa ratkaisu, johon yhteiskunnalla on varaa) näkökulmasta (Mäntyranta ym. 2005).

Tässä tutkimuksessa tarkastelun kohteena oli päivystyspalveluiden käyttäjien näkökulma. Iäkkäiden potilaiden näkökulmasta päivystyshoidon tarve määräytyi pakottavan avuntarpeen sekä erilaisten päivystykseen hakeutumista puoltavien ja estävien tekijöiden perusteella. Potilaan ja palvelujärjestelmän näkökulmien yhteensovittamista voi helpottaa tutkimuksen havainto siitä, että haastateltavien näkökulmasta päivystyshoidon tarve syntyi nimenomaan tilanteessa, jossa he itse eivät kokeneet olevan jäljellä mitään muita vaihtoehtoja. Hoidon hyvässä saatavuudessa ei siis koettu olevan kyse mahdollisuudesta hakeutua hoitoon minne ja milloin tahansa sen mukaan, mikä itselle parhaiten sopi, vaan siitä, että apua saisi silloin, kun se oli välttämätöntä. Haastateltavien maininnoissa hoidon hyvän saatavuuden elementteinä näyttäytyivät myös muiden terveyspalveluiden riittävä saatavuus ja palveluita koskeva tiedonsaanti, joiden ansiosta iäkäs potilas päätyisi päivystykseen vain silloin, kun se todella oli välttämätöntä.

Päivystyspoliklinikoiden perustehtävä on akuuttien lääketieteellisten ongelmien arviointi ja hoito (ks. STM 2010). Kysymykseen siitä, onko äkillisistä oireista tai tavanomaisen tilan odottamattomasta muutoksesta kärsivän iäkkään henkilön kohdalla kyse akuutista lääketieteellisestä vai muunlaisesta ongelmasta eli onko päivystyskäynti tarpeen vai ei, on usein kuitenkin vaikea vastata. Tiedetään, että iäkkäillä potilailla vakavat ja jopa henkeä uhkaavat sairaudet voivat ilmetä hyvin vähäisin tai epätyypillisin oirein, esimerkiksi kaatuiluna, sekavuutena, väsymyksenä, ruokahaluttomuutena ja kotona pärjäämättömyytenä (Peters 2010). Jopa puolella niistä iäkkäistä potilaista, joilla päivystykseen tulovaiheessa ei ole tiedossa mitään muuta oiretta tai vaivaa kuin sosiaalisesti ongelmaksi tulkittu ”kotona pärjäämättömyys”, onkin taustalla kiireellistä hoitoa vaativa sairaus (Rutschmann ym. 2005). Iäkkäät, epätyypillisestä oireenkuvasta kärsivät päivystyspotilaat ovat alttiina myös sille, että heidät luokitellaan virheellisesti liian mataliin (kiireettömiin) kiireellisyysluokkiin (Rutschmann ym. 2005,

Grossmann ym. 2012). Usein iäkkään potilaan kohdalla päivystyskäynnin ”aiheellisuus” tai ”tarpeellisuus” voidaankin arvioida vasta jälkikäteen, sitten kun riittävän kattavat tutkimukset on jo tehty.

6.2.3 Millaisena iäkkäät kokevat päivystyskäynnin?

Tutkimuksessa todettiin, että iäkkäiden kokemukset päivystyskäynnistä vaihtelevat suuresti potilaasta toiseen. Osalla haastatelluista kokemukset olivat hyvin myönteisiä, osalla hyvin kielteisiä ja suurimmalla osalla jotain siltä väliltä. Käynnin tapahtumat määräytyivät usein ajankohdan, päivystyspoliklinikan muun tilanteen, toisten potilaiden lukumäärän, kulloinkin työvuorossa olleiden työntekijöiden toiminnan ja sanalla sanoen sattuman perusteella.

Keskeinen merkitys oli odotusajan kokemuksilla. Usein olennaisinta ei kuitenkaan ollut se, kauanko esimerkiksi lääkärille pääsyä odotettiin tai kauanko käynti kokonaisuudessaan kesti, vaan se, mitä käynnin aikana tapahtui tai jäi tapahtumatta. Tehokas oireiden lievitys, perustarpeiden huomioiminen, turvalliseksi koettu olotila, siedettäviltä tuntuvat olosuhteet, huolellisesti tutkituksi ja hoidetuksi tuleminen sekä riittävä tiedonsaanti koettiin tärkeiksi. Ne haastateltavat, jotka kokivat näiden seikkojen toteutuneen hoidossa hyvin, eivät välttämättä olleet kokeneet joutuneensa ”odottamaan” juuri lainkaan, vaikka olisivat viettäneet päivystyksessä yhtä kauan aikaa kuin sellaiset potilaat, joiden käyntikokemusta sävytti käsitys pitkästä, raskaasta, yksinäisestä, pelottavasta ja epäoikeudenmukaisesta odotuksesta. Potilaan kokema odotus on siten ymmärrettävä laajemmassa merkityksessä kuin vain aikana, joka kuluu esimerkiksi lääkäriin tapaamiseen tai päivystyskäynnin kokonaisuuteen. Odotusaikaan liittyvien kokemusten suuri merkitys on nostettu esiin myös useissa aiemmissä tutkimuksissa (Baraff ym. 1992, Spilsbury ym. 1999, Watson ym. 1999, Nydén ym. 2003, Kihlgren ym. 2004, Lyons & Paterson 2009, Bridges & Nugus 2010, Considine ym. 2010, Olofsson ym. 2012, Parke ym. 2013).

Päivystyshoidossa on tarkoituksenmukaista keskittyä kiireellisten lääketieteellisten ongelmien hoitamiseen (ks. STM 2010). Se, että päivystyskäynnin syy on yleensä lääketieteellinen ja että tämän lääketieteellisen ongelman tehokas hoitaminen on tärkeää, ei kuitenkaan poista sitä tosiseikkaa, että iäkkäillä potilailla on päivystyskäynnin aikana myös monenlaisia ei-lääketieteellisiä tarpeita (ks. Nydén ym. 2003). Sekä tässä että aiemmissä tutkimuksissa (Baraff ym. 1992, Spilsbury ym. 1999, Nydén ym. 2003, Kihlgren ym. 2004, Olofsson ym. 2012, Parke ym. 2013) tarve turvallisuuden tunteeeseen, kivun ja muiden oireiden lievittämiseen, syötävän ja juotavan saamiseen, itseä

koskevien tietojen saamiseen sekä kuulluksi ja kohdatuksi tulemiseen ovat nousseet potilaiden näkökulmasta keskeisiksi päivistyskokemuksia määrittäviksi tekijöiksi. Niin tässä kuin muissakin tutkimuksissa (Kihlgren ym. 2004, Kihlgren ym. 2005, Bridges & Nugus 2010, Boltz ym. 2013) havaintona on kuitenkin ollut, että iäkkään potilaan ei-lääketieteelliset tarpeet herkästi jäävät teknisten suoritteiden varjoon. Osallisuuden kokemuksia tarkasteltaessa tässä tutkimuksessa todettiin, että joissain tilanteissa haastateltavat kokivat tullessaan kohdelluksi pikemmin työtehtävien kohteina ja lääketieteellisenä ”tapauksina” kuin yhteistyön osapuolina.

Potilaan olotilaan vaikuttavien seikkojen huomioimisen tärkeyttä korostaa myös se, ettei rajanveto medisiinisten ja ei-medisiinisten tarpeiden välillä lopulta ole aivan yksinkertaista. Sekä potilaan subjektiivisten kokemusten että hoidon lääketieteellisen laadun kannalta ongelmallisena aineistosta nousi esiin esimerkiksi tapaus, jossa olkaluksaation paikalleen asettaminen oli tehty ilman riittävää kipulääkitystä. Potilas itse koki toimenpiteen hyvin kivuliaana, ja toisaalta puutteellinen kivunlievitys ja lihasrelaksaatio usein tekevät paikalleen asettamisen vaikeaksi, usein suuren voiman käyttöä edellyttäen ja siten jopa lisävammoille altistaen (ks. Pajarinen 2009).

Potilaan subjektiiviset tarpeet ja lääketieteelliset tarpeet voivatkin iäkkäällä potilaalla omata monia yhtymäkohtia. Näлкä, jano, kipu, palelu sekä pitkäkestoinen oleskelu meluisassa tai epäoptimaalisesti valaistussa ympäristössä lienevät epämiellyttäviä kokemuksia kelle tahansa, mutta on arveltu, että iäkkäällä potilaalla epäsojivat olosuhteet saattaisivat myös lisätä riskiä esimerkiksi deliriumin (akuutti sekavuusoireyhtymä) kehittymiseen (Hwang & Morrison 2007). Deliriumin esiintyminen puolestaan on yhdistetty monenlaisiin ei-toivottuihin tapahtumiin kuten suurempaan kuolleisuuteen, sairaalahoitoon tai tehohoitoon lähetetyksi tulemisen todennäköisyyteen, sairaalajakson pituuteen ja kustannuksiin sekä laitoshoitoon joutumisen riskiin (Hustey & Meldon 2002, Hustey ym. 2003, Kakuma ym. 2003, Kennedy ym. 2014). Tiittävästi toistaiseksi ei kuitenkaan ole tutkimusnäyttöä siitä, että päivistyksen olosuhteiden optimoiminen iäkkäiden potilaiden erityistarpeita vastaaviksi vähentäisi deliriumin tai muiden geriatrinen erityisongelmien esiintyvyyttä.

On kuitenkin pohdittu, pitäisikö iäkkäille potilaille olla omat päivistysyksikkönsä, jossa akuutin lääketieteellisen ongelman ohella kiinnitettäisiin erityistä huomiota esimerkiksi olosuhteiden siedettävyyteen, geriatrinen oireyhtymien tunnistamiseen sekä optimaalisen jatkohoidon ja -kuntoutuksen suunnitteluun (Adams & Gerson 2003, Hwang & Morrison 2007, Salvi ym. 2007, Salvi ym. 2008, Keyes ym. 2014, Conroy ym. 2014). Erään Yhdysvalloissa perustetun geriatrinen päivistysyksikön toiminnan tavoitteena onkin paitsi akuutin ongelman hoitaminen myös esimerkiksi deliriumin,

dementian, kaatumisriskin, toimintakyvyn ongelmien, masennuksen, päihteiden käytön ja lääkitykseen liittyvien pulmien tunnistaminen (Keyes ym. 2014). Erityishuomiota on kiinnitetty myös mm. valaistukseen, meluttomuuteen, esteettömyyteen, kirjoitetun tekstin suurikirjaimisuuteen näköongelmien huomioimiseksi, kaatumisriskin vähentämiseen tukikaiteiden ja luistamattoman lattiamateriaalin avulla sekä liikumiseen, kuuloon ja näköön liittyvien apuvälineiden saatavuuteen. Henkilökunta on saanut geriatriasta lisäkoulutusta, ja päivystysyksikössä työskentelee myös sosiaalityöntekijöitä ja farmaseutteja. (Keyes ym. 2014)

Geriatrisia ja tavanomaisia päivystysyksiköitä vertaillaita tutkimuksia tiettävästi on toistaiseksi vähän. Italialaisen tutkimushavainnon mukaan geriatrisessa tai tavanomaisessa päivystysyksikössä hoidettujen potilaiden välillä ei ollut eroa uusien päivystyskäyntien, uusien sairaalajaksojen ja toimintakyvyn laskun riskin suhteen, mutta geriatrisessa yksikössä hoidetuilla oli hieman pienempi kuolleisuus, vaikka he olivat keskimäärin iäkkäämpiä ja hauraampia (Salvi ym. 2008). Yhdysvaltalais tutkimuksen mukaan geriatrisen ja tavanomaisen päivystyspoliklinikan välillä ei ollut eroa uusien päivystyskäyntien todennäköisyydessä tai sairaalajakson pituudessa, mutta geriatriselta päivystyspoliklinikalta potilaat lähetettiin muita harvemmin sairaalahoitoon (Keyes ym. 2014). On arvioitu, että sairaalaan lähetettyjen osuuden väheneminen kyseisessä tutkimuksessa todetulla kolmella prosenttiyksiköllä riittäisi hyvin kattamaan ne kustannukset, joita esimerkiksi sosiaalityöntekijän ja farmaseutin palkkaamisesta aiheutuu (Platts-Mills & Glickman 2014). Sairaalahoidon tarvinneiden potilaiden osuuden väheneminen havaittiin myös brittitutkimuksessa, jossa päivystysosaston toimintaa vahvistettiin sulauttamalla kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi (*CGA, comprehensive geriatric assessment*) osaksi toimintaa (Conroy ym. 2014). Vakuuttava näyttö geriatristen päivystysyksiköiden vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta kuitenkin vielä toistaiseksi puuttuu.

Tämän tutkimuksen tulosten pohjalta voidaan pohtia sitä, miten iäkkäät potilaat itse kokisivat iäkkäille suunnatut päivystysyksiköt. Osa haastatelluista ehdotti, että päivystyksessä voisi olla iäkkäille oma osastonsa, iäkkäiden potilaiden tukihenkilönä toimiva hoitaja ja/tai vain iäkkäiden hoitoon keskittyvä lääkäri. Haastateltavien kokemukset päivystyksen olosuhteiden epäviihtyisyydestä sekä nuorempien ja äänekäämpien potilaiden varjoon jäämisestä puoltavat osaltaan ajatusta geriatrisesti suuntautuneiden päivystysyksiköiden perustamisesta. Toisaalta aineistosta oli tulkittavissa, että jotkut haastatelluista olivat kokeneet itseään nuorempien ja hyväkuntoisempien potilaiden läsnäolon turvallisuuden tunnetta tuotavana seikkana; haastateltavilla oli ollut mahdollisuus samaistua näiden potilaiden kanssa samaan aikuispoti-

laiden kategoriaan ja erottautua siitä hyvin huonokuntoisten, hauraiden, muistisairaiden ja kuoleman vaarassa olevien vanhuspotilaiden kategoriasta, johon luokittuminen uhkasi omaa selviytymistä. Lisätutkimusten varaan jää se, voisiko osa iäkkäistä potilaista kokea geriatriseen päivystyksikköön ohjatuksi tulemisen ikäyrjintänä.

6.2.4 Osallisuus ja luottamus

Potilaan osallisuus omaan hoitoonsa voidaan nähdä useista tasoista muodostuvana jatkumona (Thompson 2007, Bastiaens ym. 2007). Tässä tutkimuksessa jaottelu iäkkään päivystyspotilaan osallisuuden tasoista muotoutui aineistolähtöisen analyysin pohjalta. Osallisuuden tasoiksi nimettiin ulkopuolisuus, sivuosaan jääminen, työtehtävien kohteena oleminen, huomioon otamattomuus keskiössä oleminen, tiedonsaanti, kuulluksi tuleminen, päätöksentekoon osallistuminen sekä itsenäinen päätöksenteko. Tutkimuksessa todettiin, että olennaisinta ei ollut osallisuuden aktiivisuus tai passiivisuus sinänsä vaan se, miten potilaan halu ja kyky osallisuuteen sekä päivystyksen tilanteesta, olosuhteista ja henkilökunnasta riippuva mahdollisuus osallisuuteen kohtasivat toisensa. Yhdeksi hyvän laadun tunnusmerkiksi nimettiin se, että osallisuuden taso määräytyisi potilaan lähtökohdista. Tyypillisemmin osallisuuden taso kuitenkin määräytyi osallisuutta estävien seikkojen tai näiden esteiden puuttumisen perusteella.

Tässä tutkimuksessa iäkkään potilaan osallisuuden esteinä nousivat esiin monet sellaiset seikat, joihin myös aiemmassa kirjallisuudessa on kiinnitetty huomiota. Omaan hoitoon osallistuminen on hankalaa, jos henkilökunta on kiireistä ja ylityöllistettyä, potilaan tarpeet jäävät hoito-organisaation tehokkuusvaatimusten keskellä sivurooliin, vuorovaikutus potilaan ja henkilökunnan välillä on vähäistä tai henkilökunta suhtautuu potilaan osallisuuteen kielteisesti (Bastiaens ym. 2007, Lyttle & Ryan 2010, Foss 2011). Päivystyksessä potilaan osallisuutta voi estää esimerkiksi henkilökuntakontaktien vähäisyys, riittämätön tiedonsaanti tai se, että potilas kokee tulevaisuuden kohdatuksi vain teknisten toimenpiteiden kohteena (Frank ym. 2009). Toisaalta iäkäs potilas saattaa itse omaksua passiivisen roolin välttääkseen vaivan aiheuttamista henkilökunnalle (Nydén ym. 2003, Bridges & Nugus 2010, Stein-Parbury ym. 2015) tai koska pelkää, että tyytymättömyyden ilmaiseminen johtaisi moitteisiin potilasta itseään kohtaan ja hoidon huonontumiseen tai ilman hoitoa jäämiseen (Lyttle & Ryan 2010).

Iäkäs potilas saattaa olla riippuvainen tietystä terveydenhuollon palvelusta eikä välttämättä voi vaihtaa palveluntarjoajaa, vaikka ei kokisi saadun hoidon vastaavan toiveitaan ja tarpeitaan (Foss 2011). Kun hoidosta ollaan riippuvaisia, siihen on

pakko voida luottaa. Tämä luottamus voi näyttäytyä haluttomuutena osallisuuteen, vaikka todellisuudessa kyse olisikin eräänlaisesta tilanteen ehdoilla toimimisesta (Foss 2011). Iäkäs ihminen ei välttämättä näekään osallisuutta luonnollisena oikeutenaan vaan itseluottamusta vaativana toimintana, jossa täytyy osata ”pelata korttinsa oikein” ja muokata vuorovaikutuksen strategioitaan tilanteen mukaan (Foss 2011), esimerkiksi pyytää vesilasillista tietyltä työntekijältä juuri oikealla hetkellä, kuten eräs tutkimuksessa haastatelluista oli tehnyt.

Tutkimuksessa todettiin, että potilaat kokivat olevansa monella tapaa riippuvaisia päivystyksen työntekijöistä, näiden toiminnasta ja näiden tekemistä päätöksistä. Apu koettiin välttämättömäksi, mutta avun saamista ei pidetty itsestäänselvyyttenä. Tulkittiin, että tämän vuoksi luottamuksella oli keskeinen merkitys.

Aineistossa oli runsaasti mainintoja, joissa päivystyshoidon epäkohtia ja kielteisiä kokemuksia selitettiin muilla kuin päivystyksen henkilökuntaan liittyvillä syillä. Haastateltavat esimerkiksi korostivat potilaan vastuuta myönteisen vuorovaikutussuhteen luomisessa, kohdistivat kritiikin pikemmin terveydenhuoltojärjestelmään kuin kasvokkain kohdattuihin työntekijöihin ja esittivät arveluita siitä, oliko ei-toivottujen hoitokokemusten taustalla kenties henkilökunnan kiire ja liiallinen työtaakka. Tämä voidaan toki tulkita monella tapaa; kenties tällaisten mainintojen esittämiseen osataan vaikuttanut pyrkimys luoda haastattelutilanteessa itsestä mielikuva yhteistyökykyisenä ja hoidostaan kiitollisena ihmisenä. Kuitenkin taustalla vaikutti olevan muutaakin. Voidaan tulkita, että suoraan henkilökuntaan kohdistuvan kritiikin välttelyn taustalla oli juuri tarve voida tuntea luottamusta niihin ihmisiin, joiden käsissä oma terveys oli. Tähän liittyvien mainintojen runsaus aineistossa oli syy ottaa tiettyjen (ja vain tiettyjen) luottamukseen liittyvien seikkojen tarkastelu tutkimukseen mukaan; tutkimuksessa ei siis pyrittykään esittämään kovin laajaa näkemystä iäkkään päivystyspotilaan luottamuksen tai epäluottamuksen tunteisiin vaikuttavista tekijöistä, vaan luottamusteemaa lähestyttiin ainoastaan siinä laajuudessa, kuin se tämän aineiston ja tutkimusaiheen valossa katsottiin tarpeelliseksi.

Vaikka tässä tutkimuksessa muutoin lähestymistapa oli aineistolähtöinen, luottamusta koskevien seikkojen tarkastelussa hyödynnettiin myös aiemmin esitettyä teoriaa, jonka mukaan luottamus on pohjimmiltaan veikkausta toisten ihmisten tulevasta toiminnasta (ks. Sztompka 1999). Luottamuksen tarve pohjautuu epävarmuuteen, sillä aina on olemassa riski, että toiset toimivatkin ei-toivotulla tavalla. Ihminen luottaa toisiin ihmisiin, 1) koska toisissa ihmisissä on tunnistettu olevan ne luontaiset ominaisuudet ja toimintaedellytykset, joiden olemassaolon perusteella voi ennakoida toisten toimivan toivotulla tavalla, tai 2) koska toinen osapuoli on hyväksynyt otta-

vansa velvollisuudekseen jonkin tärkeän asian hoitamisen tai 3) jotta yksilö itse heittäisi vastavuoroisesti luottamusta muissa. (Sztompka 1999, s. 25–28) Näihin luottamusta koskeviin sitoumuksen tyypeihin peilaten tutkimuksessa tulkittiin, että haastateltavien luottamus päivystyshoitoon pohjautui joko 1) tiettyihin terveydenhuoltoon koskeviin myönteisiin käsityksiin, 2) luottamuksen välttämättömyyteen tai 3) siihen, että hoito koettiin ansaituksi.

Tutkimuksessa todettiin, että haastateltavien luottamus hoidon lääketieteelliseen korkeatasoisuuteen vaikutti rakentuvan lähinnä ensimmäisen sitoumuksen tyyppin varaan. Toisin sanoen haastateltavat luottivat siihen, että kun päivystyksen henkilökunta teki tavanomaisen työnsä tavanomaiseen tapaansa, potilas tutkittiin ja hoidettiin päteväällä tavalla. Muita hoidon osa-alueita kuin lääketieteellistä puolta koskeva luottamus sen sijaan rakentui lähinnä toisen ja kolmannen sitoumuksen tyyppin varaan. Päivystyskäynnin aikana vastuu esimerkiksi oireiden lievittämisen, syötävän ja juotavan saamisen, turvallisuuden, tiedonsaannin, huomioinnin ja kuulluksi tulemisen tarpeista oli usein jouduttu luovuttamaan muille, mikä edellytti luottamusta siihen, että toiset hoitaisivat hyvin tämän heille uskotun tehtävän (toinen sitoumuksen tyyppi). Toisaalta luottamus saattoi perustua vastavuoroisuuteen: esimerkiksi ystävällinen kohtelu ja hyvä huolenpito saatettiin yrittää ansaita käyttäytymällä itse kohteliaasti henkilökuntaa kohtaan (kolmas sitoumuksen tyyppi).

6.2.5 Näkökulmia kategorioihin

Aiemmin on esitetty teoria, jonka mukaan päivystyksen työntekijät kategorisoivat potilaita ”hyviin” ja ”huonoihin” potilaisiin (Jeffery 1979). ”Hyviä” potilaita kuvailaan ensisijaisesti lääketieteellisin ja ”huonoja” taas sosiaalisin käsittein. Ensin mainittuja ovat ne, joilla on harvinaislaatuinen, vakava, kiireellistä hoitoa ja/tai vaativia toimenpiteitä edellyttävä tauti. Viimeksi mainittuja puolestaan ovat päihdeongelmaiset tai tahallisesti itseään vahingoittaneet henkilöt, lähinnä lämpimän ruoan ja yöpaikan toivossa päivystykseen tulleet laitapuolen kulkijat sekä pikkuvaivojen valittajat, jotka tulevat päivystykseen itselleen sopivalla hetkellä pitkään kestäneen vaivan takia tai ihan vain varmuuden vuoksi tarkistukseen. ”Huonous” liittyy tiettyjen kirjoittamattomien sääntöjen rikkomiseen. (Jeffery 1979) Nämä säännöt liittyvät siihen, onko potilaalla oikeus asettua ”sairaana” kategoriaan, esimerkiksi siihen, olisiko hän voinut valita toisin kuin hakeutua päivystykseen, tekeekö hän itse parhaansa sairaudesta parantua ja onko hän tehnyt riittävästi yhteiskunnan eteen apua ansaitakseen (Jeffery 1979, Dingwall & Murray 1983, Hillman 2014). ”Huonoksi” kategorisoimaansa

potilasta henkilökunta saattaa ”rangaista sääntöjen rikkomisesta” esimerkiksi antamalla hänen odottaa pidempään, jättämällä hänet yksin johonkin syrjemmälle tai käännettämällä hänet pois päivystyksestä (Jeffery 1979). Kuitenkaan esimerkiksi lapsia tai muita sellaisia potilaita, joiden ei katsota olevan toiminnastaan vastuussa, ei kategorisoida ”huonojen” potilaiden kategoriaan tai ainakaan heitä ei ”rangaista”, vaikka he rikkoisivat ”sääntöjä” (Dingwall & Murray 1983).

Ovatko iäkkäät päivystyspotilaat edellä olevan määritelmän mukaisesti ”hyviä” vai ”huonoja” potilaita? Vai kenties niitä potilaita, joiden ei katsota olevan toiminnastaan vastuussa ja joita ei siten ”rangaista”, vaikka he rikkoisivat ”sääntöjä”?

Iäkkäillä päivystyspotilailla käyntisyyt ovat selvästi keskimääräistä useammin kiireellistä hoitoa vaativia, vakavia sairauksia (Foo ym. 2009, Yim ym. 2009, Niska ym. 2010, Salvi ym. 2013, Casalino ym. 2014). Edellä esitetyssä jaottelussa (Jeffery 1979) äkillisesti ja vakavasti sairastunut potilas luokituu ”hyväksi” eli lääketieteellisistä syistä päivystykseen tullee potilaaksi. On kuitenkin esitetty huoli siitä, että iäkkään potilaan päätyminen akuuttihoiton piiriin saatetaan aiheettomasti leimata turhaksi käynniksi tai sosiaalisesti ongelmaksi (ks. Latimer 2000, Oliver 2008, Jartti ym. 2011). Iäkkään potilaan äkillistykään sairastumista ei nimittäin välttämättä nähdä lääketieteellisenä ongelmana vaan merkinä muun sosiaali- ja terveysjärjestelmän toimimattomuudesta (ks. Latimer 2000, Oliver 2008). Päivystyspoliklinikat on ensisijaisesti suunniteltu suoraviivaista ja nopeatahtista toimintaa eikä iäkkäitä, monisairaita ja monilääkittyjä, kenties toimintakyvyn vajeista ja kognition heikentymisestä sekä epätyypillisellä kliinisellä kuvalla ilmenevästä sairaudesta kärsiviä potilaita varten (Adams & Gerson 2003, Hwang & Morrison 2007, Salvi ym. 2007, Skar ym. 2015). Päivystyksen henkilökunta saattaakin ajatella, että iäkkäät potilaat kuuluisivat ”jonnekin muualle” (ks. Laurila 2011, Skar ym. 2015). Kun iäkkään ihmisen syy hoitoon hakeutumiseen kategorisoidaan pikemmin ikään liittyviksi vaivoiksi ja sosiaalisiksi ongelmiksi kuin sairaudeksi, se samalla tarkoittaa, että hänet suljetaan ulkopuolelle siitä kategoriasta, johon kuuluvilla potilailla olisi oikeus lääketieteellisiin tutkimuksiin ja hoitoon (ks. Latimer 2000). Kohtaamisissa päivystyksen työntekijöiden kanssa iäkkäät potilaat saattavat luokitua ”sosiaalisista syistä” päivystykseen tullee ”huonoiksi” potilaiksi (vrt. Jeffery 1979) myös esimerkiksi siksi, että vakava sairaus voi jäädä vähäisten tai epätyypillisten oireiden ja löydösten vuoksi henkilökunnalta tunnistamatta (Rutschmann ym. 2005, Salvi ym. 2007, Peters 2010, Parke ym. 2013) tai koska iäkkään potilaan hoito vie usein paljon aikaa, diagnostiikka on haastavaa ja työntekijät kokevat iäkkäitä hoitaessaan epävarmuutta ja kuormittuneisuutta (McNamara ym. 1992, Schumacherin 2005 mukaan, ks. myös Schumacher ym. 2006, Laurila 2011).

Tässä tutkimuksessa haastateltujen maininnoista heijastui vahvasti tarve tulla kuulluksi ja kohdatuksi ”hyvinä” potilaina – sellaisina ihmisinä, joilla oli oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun, nopeaan avunsaamiseen ja tosissaan otetuksi tulemiseen. Haastateltavat samaistuivat puheessaan ”hyvien” potilaiden kategoriaan korostamalla, että päivystykseen oli hakeuduttu vasta välttämättömän avuntarpeen pakottamina. Aineistosta nousi kuitenkin vahvana esiin myös pelko ”huonoksi” potilaaksi kategorisoiduksi tulemisesta – vähättelystä, ikäsyrjinnästä, tarpeiden sivuuttamisesta, yksin odottamaan jätetyksi tulemisesta ja ilman kunnollisia tutkimuksia ja hoitoa jäämisestä.

Haastateltavat esittivät ymmärrystä tietynlaisia muita potilaita kohtaan mutta eivät puhuneet itsestään sellaisina potilaina, jotka eivät olisi toiminnastaan vastuussa ja joita siksi ei tulisi ”rangaista”, vaikka he rikkoisivat ”sääntöjä” (vrt. Dingwall & Murray 1983). Päinvastoin haastateltavat kategorisoivat itsensä sellaisiksi ihmisiksi, jotka pyrkivät osoittamaan henkilökunnalle kiitollisuutta, antamaan tukea muille avuntarvitsijoille ja odottamaan kärsivällisesti vuoroaan. Päivystyspoliklinikan kirjoittamattomien ”sääntöjen” noudattamista korostamalla haastateltavat samaistuivat siten paitsi ”hyviksi” potilaiksi myös sellaisiksi ihmisiksi, jotka olivat toimintansa säätelemiseen, vastuunottoon ja päätöksentekoon kykeneviä sekä siten muihin nähden tasavertaisia aikuisia. Myös aiemmissa tutkimuksissa on havaittu iäkkäille potilaille olevan tärkeää, että heihin ei suhtauduta alentuvasti tai holhoavasti (Spilsbury ym. 1999, Watson ym. 1999). Päivystyksen henkilökunta voi kuitenkin nähdä iäkkäät potilaat pikemmin haavoittuvaisina toisten ihmisten huolenpidon kohteina kuin aktiivisina toimijoina (vrt. Kihlgren ym. 2005, Gallagher ym. 2014).

Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että iäkkäille päivystyksen käyttäjille tärkeitä seikkoja potilaan ja henkilökunnan välisessä vuorovaikutuksessa ovat mm. kuunteleminen, katsekontakti, välittäminen, arvostus, ystävällisyys, huumori, kommunikation ymmärrettävyys sekä henkilökunnan osoittama huomaavaisuus potilaan tarpeita kohtaan (Watson ym. 1999, Nydén ym. 2003, Kihlgren ym. 2004, Way ym. 2008, Lyons & Paterson 2009). Nämä havainnot saivat vahvistusta tässä tutkimuksessa. Vahvistusta saivat myös aiempien tutkimusten havainnot siitä, että kielteiset kokemukset liittyvät usein sivuutetuksi, unohdetuksi tai hylätyksi tulemisen kokemuksiin, jotka saavat iäkkään potilaan kokemaan itsensä vähemmän kiireelliseksi, vähemmän tärkeäksi ja vähemmän arvokkaaksi kuin muut potilaat (Kihlgren ym. 2004, Bridges & Nugus 2010, Parke ym. 2013). Epäkohteliasta tai työkeää suhtautumista sen sijaan mainitsi kohdanneensa haastatelluista vain harva, ja tällöinkin kyse oli yleensä ollut

yksittäisestä työntekijästä ja useimmin jostain aiemmasta eikä viimeisimmästä päivystyskäynnistä; aineiston perusteella kokemukset huonosta kohtelusta vaikuttivat olevan harvinaisia mutta painuvan sitäkin voimakkaampina potilaiden mieleen.

Tutkimuksessa havaittiin, että muilla päivystyksessä olevilla potilailla oli varsin suuri vaikutus haastateltujen päivystyskäyntikokemuksiin. Keskeinen merkitys oli toisten potilaiden lukumäärällä ja avuntarpeella, sillä haastateltavien käsitysten mukaan nämä seikat vaikuttivat siihen, kuinka paljon ja kuinka nopeasti henkilökunta pystyi suomaan haastateltaville itselleen apuaan ja huomiotaan. Toisten potilaiden läsnäolo vaikutti myös olosuhteiden viihtyisyyteen, useimmiten negatiiviseen suuntaan. Haastateltavat kuitenkin kokivat saavansa toisilta potilailta myös lohdutusta, kannustusta, juttuseuraa sekä konkreettista avustusta, ja vertailu toisten potilaiden tilanteeseen jopa auttoi joitakin haastateltavia kestämään paremmin omat oireensa ja odotusaikansa. Toisiin potilaisiin liittyviä seikkoja ei kovin laajalti ole aiemmissa tutkimuksissa tarkasteltu, ja tämä tutkimus tuottikin aiheesta uutta tietoa.

6.2.6 Mitä päivystyskäynnistä seuraa?

Enemmistö tutkimuksessa haastatelluista koki päivystyskäynnin vastanneen pääosin tai osittain siihen avuntarpeeseen, jonka vuoksi päivystykseen oli hakeuduttu. Löydös voidaan tietysin varauksin suhteuttaa aiemman kyselytutkimuksen havaintoon, jonka mukaan 42 % iäkkäistä potilaista koki ongelmansa ratkenneen päivystyskäynnin myötä (Hedges ym. 1992).

Tutkimuksessa havaittiin, että päivystyksestä kotiutuneet potilaat olivat käynnillä tehdyistä lääkemutoksista – joskaan eivät välttämättä niiden syistä – varsin hyvin tietoisia. Sen sijaan muuta jatkohoitosuunnitelmaa, oireiden aiheuttajaa, diagnoosia sekä kotihoito-ohjeita koskien monilla haastateltavilla oli joiltain osin huomattaviakin puutteita tiedoissaan. Tiedonsaantia koskeneet kokemukset olivat kuitenkin hyvin vaihtelevia. Lisäksi havaittiin, että se, millaisena potilaat itse kokivat tiedonsaannin, sekä se, kuinka yksityiskohtaisesti he osasivat haastatteluissa kertoa hoitoonsa liittyneistä yksityiskohdista, eivät välttämättä vastanneet toisiaan. Toisin sanoen jotkut potilaat vaikuttivat joko olevan epätietoisia omasta epätietoisuudestaan tai pitävän tätä vähämerkityksisenä asiana, kun taas muutamat mainitsivat kokeneensa liian vähäiseksi sellaisen tiedonsaannin, jota vastaavaa tietämyksen kattavuutta useimmat muut haastateltavat ja myös tutkija pitivät riittävänä.

Aiemmin on havaittu, että iäkkäistä päivystyspotilaista ja heidän läheisistään moni kokee tiedonsaannin riittämättömäksi (Palonen ym. 2015). Eniten puutteita koetaan

olevan tiedonsaannissa koskien odotettavissa olevaa oireiden kestoa, vaivan aiheuttajaa sekä sitä, millaiset oireet edellyttäisivät hakeutumista uudelleen lääkärin arvioon. Lääkehoitoa koskeva ohjeistus kuitenkin koetaan pääosin riittäväksi, lukuun ottamatta lääkityksen mahdollisiin haittavaikutuksiin liittyvää tiedonsaantia. (Hastings ym. 2011, Hastings ym. 2012) Tämän tutkimuksen tulokset tukevat näitä aiempia havaintoja mutta myös sitä, etteivät päivystyspotilaan tiedonsaantia koskeva tyytyväisyys ja todellinen tietämyksen taso välttämättä ole yhteydessä toisiinsa (ks. Marty ym. 2013).

Tutkimuksessa otettiin tiedonsaannin osalta tarkempaan tarkasteluun tapaus, jossa päivystykseen hakeutuneella potilaalla todettiin kestoaltaan epäselvä eteisvärinä. Eteisvärinän vuoksi tehtyyn päivystyskäyntiin liittyy hyvin usein lääkitysmuutoksiin ja muihin seikkoihin liittyvää potilasohjauksen tarvetta (Koponen ym. 2008), mikä tekee edellä mainitusta tapauksesta hedelmällisen tarkastelukohteen. Sairauskertomusmerkinnöistä ilmeni, että kyseiselle potilaalle aloitettiin antikoagulaatiohoito, ja rytminsiirto suunniteltiin toteutettaviksi antikoagulaatiohoidon oltua riittävän pitkään hoitotasolla. Suunnitelma vaikutti lääketieteellisesti asianmukaiselta (vrt. Eteisvärinä: Käypä hoito -suositus). Tutkimuksessa kuitenkin havaittiin haastateltavalla olevan selviä puutteita tietämyksessä koskien mm. antikoagulaatiohoidon aloittamisen ja välittömästä rytminsiirrosta pidättäytymisen syytä (aivohalvausriski eteisvärinän keston ollessa epäselvä), rytmihäiriön nimikettä (eteisvärinä) sekä varfariinilääkityksen vaikutuksia (tukoksia estävä ja verenvuotoriskiä lisäävä vaikutus). Samoin aiemmassa suomalaistutkimuksessa (Koponen ym. 2008) on havaittu, että eteisvärinän vuoksi päivystyskäynnin tehneiden aikuispotilaiden tietämyksessä eteisvärinän oireista, hoidosta ja terveydellisestä merkityksestä on joiltain osin huomattaviakin puutteita. Kyseisessä tutkimuksessa antikoagulaatiohoitoa koskevassa tietämyksessä – toisin kuin monia muita seikkoja koskevassa tietämyksessä – tapahtui kuitenkin selvää kohenemistä, kun verrattiin tietotasoa heti päivystyskäynnin jälkeen ja kolme kuukautta myöhemmin (Koponen ym. 2008).

Päivystyskäynnin jälkeen iäkkäillä potilailla on korostunut riski uusiin päivystyskäynteihin, sairaalahoitojaksoihin, kaatumisiin, pitkäaikaiseen laitoshoitoon päätymiseen, toimintakyvyn laskuun ja kuolemaan (Aminzadeh & Dalziel 2002, Schnitker ym. 2011). Myös tässä tutkimuksessa haastatelluista osalla oli lukuisia aiempia – tai jopa päivystyskäynnin ja haastattelujankohdan välisenä aikana ilmenneitä – päivystyskäyntejä, ennakoimattomia sairaalajaksoja ja/tai kaatumisia. Monet ottivat omaaloitteisesti haastattelussa puheeksi taipumuksensa tietynlaisiin vaikeuksiin ja kotikonsultinsa näiden ehkäisemiseksi, mutta terveydenhuollon ammattilaisten tukea sairastumisten ja vammautumisten ehkäisemisessä haastateltavat eivät erityisesti nostaneet

esiin. Tästä ei voi päätellä, onko kyse siitä, ettei ammattilaisten tukea koettu olevan tarjolla, vai pikemmin siitä, ettei asiaa nähty aiheelliseksi mainita haastattelussa. Aiemmissä tutkimuksissa on kuitenkin esitetty huoli esimerkiksi siitä, että kaatumisen takia päivystykseen hakeutuneen iäkkään potilaan kaatumisen syiden selvittämisessä, uusien kaatumisten riskin kartoituksessa ja kaatumisriskin vähentämiseen tähtäävien toimenpiteiden toteutuksessa on huomattavia puutteita (Salter ym. 2006, Paniagua ym. 2006, Kalula ym. 2006, Tirrell ym. 2015).

6.2.7 Hoidon laatu

Hoidon laatu on käsite, joka ei ole yksiselitteisesti määriteltävissä (Idänpään-Heikkilä ym. 2000, s. 11). Tässä tutkimuksessa nojaututtiin jaotteluun, jossa hoidon kokonaislaatu muodostuu potilaan kokemasta, ammatillisesta (lääketieteellisestä) sekä johtamisen (palvelujärjestelmään ja kustannusvaikuttavuuteen liittyvästä sekä yhteiskunnallisesta) laadusta (Øvretveit 1992). Tutkimuksessa selvitettiin iäkkäiden päivystyshoidon laatua ensin mainitusta eli potilaiden kokemusten näkökulmasta, ja kaksi muuta hoidon laadun näkökulmaa jätettiin tarkastelun ulkopuolella. Tutkimuksen tuloksia tarkasteltaessa on syytä muistaa tämä raja, samoin kuin se, että kun puhutaan iäkkäiden päivystyshoidon kokonaislaadusta, on välttämätöntä huomioida laadun kaikki kolme osa-aluetta.

Tutkimuksessa todettiin, että haastateltavilla oli suuri luottamus päivystyshoidon lääketieteelliseen korkealaatuisuuteen. Tämän havainnon perusteella voi kuitenkin todeta ainoastaan sen, että potilaat luottivat tutkimusten, diagnostiikan ja hoidon oikeellisuuteen. Lääketieteellisestä laadusta sinänsä ei sen sijaan voi tämän tutkimusten tulosten perusteella tehdä johtopäätöksiä, sillä tätä ei tutkimuksessa tarkasteltu. Tutkimuksessa todettiin, että iäkkäiden potilaiden näkökulmasta päivystyshoidon laadussa on kyse eri osatekijöiden muodostamasta kokonaisuudesta. Tutkimuksessa kuitenkin havaittiin, että koettu hoidon laatu vaihteli huomattavan paljon potilaasta toiseen ja samallakin potilaalla eri päivystyskäyntikertojen välillä. Keskeiseksi ongelmaksi tunnistettiin hoidon laadun epätasaisuus ja sattumanvaraisuus.

Tutkimuksessa tunnistettuja hoidon laadun eri osa-alueita ei ole tulosten perusteella mahdollista asettaa tärkeysjärjestykseen. Sen sijaan tuoreessa yhdysvaltalais- tutkimuksessa (Hunold ym. 2016) yli 65-vuotiailta päivystyksen käyttäjiltä kysyttiin, mikä heidän mielestään on hoidon laadun kannalta kaikkein tärkeintä. Vastajat arvottivat tärkeimmäksi hoidon lääketieteellisen laadun, diagnoosin oikeellisuuden, henkilökunnan asiantuntijuuden ja terveydentilan kannalta suotuisan lopputuloksen.

Toiseksi ja kolmanneksi tärkeimpinä asioina vastaajat pitivät hoitoonpääsyn nopeutta sekä myötätuntoisuutta ja välittämistä. (Hunold ym. 2016)

Iäkkäiden kokemaa päivystyshoidon laatua on aiemmin käsitelty katsauksessa (Shankar ym. 2014), johon kuitenkin on sisällytetty muitakin kuin iäkkäitä potilaita, muitakin kuin päivystyspotilaita sekä muitakin seikkoja kuin potilaiden kokemuksia käsitelleitä tutkimuksia. Katsauksessa laadun kannalta tärkeiksi seikoiksi nostetaan se, että henkilökunta 1) on aloitteellinen sekä lääketieteellisten että sosiaalisten tarpeiden huomioimisessa, 2) tekee aloitteen kommunikaatioon potilaan kanssa usein, 3) pyrkii minimoimaan kommunikaation esteet, 4) käy katsomassa potilasta odotusajan pitkittyessä, 5) huomioi päivystyksen olosuhteiden vaikutuksen potilaan olotilaan sekä 6) huomioi iäkkään potilaan tarpeet yleisellä tasolla, esimerkiksi hoitopaikan vaihdosten aiheuttaman kuormituksen sekä omaishoitajien näkökulman. Kuudenteen aihepiiriin on katsauksessa sisällytetty myös potilaan tarve kokea tulevansa päivystyspalveluiden käyttäjänä hyväksytyksi, syötävän ja juotavan saamisen tarpeen huomiointi sekä oireita lievittävä hoito, jotka nousivat esiin myös tässä tutkimuksessa, samoin kuin viisi ensin mainittua osa-aluetta. Sen sijaan tässä tutkimuksessa eivät edellä mainitusta katsauksesta poiketen nousseet esiin muut kuudenteen aihepiiriin sisällytetyt asiat eli elämän loppuvaiheen hoitoon, omaishoitajien näkökulmaan tai hoitopaikan vaihdoksiin liittyvät seikat. Tämä selittyy sillä, ettei haastateltujen joukossa ollut omaishoitoa tarvitsevia, pitkäaikaishoidon piirissä asuvia tai erityisen huonokuntoisia henkilöitä.

Edellä mainitussa katsauksessa (Shankar ym. 2014) korostetaan päivystyksen työntekijöiden tärkeää roolia iäkkään potilaan hoidon hyvän laadun varmistamisessa. Myös tämän tutkimuksen valossa henkilökunnan toiminta- ja suhtautumistavat näytettyivät potilaiden kokeman hoidon laadun kannalta keskeisinä. Kuitenkin tämän tutkimuksen tulosten perusteella päivystyshoidon laatuun vaikuttavat olennaisesti monet muutkin kuin työntekijöistä riippuvat tekijät. Haastateltavat nostivat keskeisinä hoidon laatuun vaikuttavina seikkoina esiin esimerkiksi henkilökuntaresurssien riittävyyden suhteessa päivystyksen potilasmääriin sekä muiden kiireellisten terveyspalveluiden saatavuuden. Toisaalta moni haastatelluista korosti kunkin potilaan oman toiminnan ja suhtautumistavan vaikutusta siihen, millaiseksi vuorovaikutussuhde potilaan ja henkilökunnan välillä muotoutui, sekä sitä, miten monin eri tavoin asiat oli mahdollista kokea. Merkitystä oli myös niillä toisilla potilailla tai näiden läheisillä, jotka saattoivat asioimaan päivystyksessä samanaikaisesti. Tutkimuksen tulosten perusteella voidaankin todeta, että yksittäisen potilaan kokemaan hoidon laatuun vaikuttivat osaltaan niin potilas itse, kulloinkin työvuorossa olleet henkilökunnan

edustajat, muut päivystyksen asiakkaat kuin päivystyspoliklinikan organisaatio ja muu terveydenhuoltojärjestelmä.

Potilaiden käsityksiä saadusta hoidosta usein mitataan erilaisten tyytyväisyyskyselyiden avulla, mikä on saanut myös kritiikkiä osakseen (Lumijärvi 1994, s. 17–25, Pohjola 1997, s. 182–183, Salmela 1997a, s. 14–16, Salmela 1997b, s. 187–189, Staniszevska & Ahmed 1999). Tämä tutkimus vahvisti aiempaa käsitystä siitä, ettei tyytyväisyyden kartoittaminen ole kovinkaan hyvä tapa potilaiden kokemusten selvittämiseen. Haastateltujen ”tyytyväisyyttä” saamaansa hoitoon ei tiedusteltu, mutta osa heistä otti asian itse puheeksi. Haastateltavat saattoivat sanoa olleensa tyytyväisiä niin hoitoon kuin päivystyksestä pois pääsemiseenkin mutta toisissa yhteyksissä tuoda esiin hyvinkin kielteisiä kokemuksia, jotka olivat räikeässä ristiriidassa ilmaistuun ”tyytyväisyyteen” nähden. Kyse ei ole niinkään siitä, käyttivätkö haastatellut puheessaan nimenomaan termiä ”tyytyväisyys” vai korvasivatko he sen jollain muulla ilmaisulla. Sen sijaan olennaista on puheen ristiriitaisuus eli se, että päivystyskäynnistä saatettiin kertoa hyvinkin negatiivisia kokemuksia ja sitten kuitenkin mainita kaiken menneen ihan hyvin ja olleen hyvä, kun sai vaivaan apua. Tällainen ”tyytyväisyys” on tulkittava pikemmin tyytymiseksi siihen, mitä saa, kuin varsinaiseksi hoidon korkealaatuisuutta koskevaksi kannanotoksi.

Tutkimuksessa haastatelluilta ei kysytty sitä, millainen heidän mielestään oli omaisten läsnäolon merkitys päivystyskäynnin aikana. Muutamat aulassa vuoroaan odottaneet haastatellut mainitsivat läheisensä olleen heidän seuranaan päivystyskäynnin ajan, ja tähän liittyvinä hyötyinä tuotiin esiin päivystykseen saapumisvaiheessa avustaminen, juttuseura, WC-käynnin ajan ”vahdin pitäminen” siltä varalta, että lääkäri kutsuisi juuri silloin vastaanottohuoneeseen, sekä se, että lääkärin antamia hoito-ohjeita oli kuulemassa kaksi korvaparia yhden sijasta. Lisäksi omaisten näkemyksillä oli monen haastateltavan kohdalla ollut keskeinen merkitys tehtäessä päätöstä päivystykseen hakeutumisesta. Toisaalta muutamat olivat murehtineet sitä, että omainen huolestuisi heistä kuultuaan päivystykseen joutumisesta.

Päivystyspoliklinikka Acutassa on käytäntönä, että vuodepaikalla olevan aikuispotilaan läheiset voivat olla potilaan luona vain lyhyen aikaa henkilökunnan luvalla (tiedonanto TAYS:n Internet-sivustolla). Vain yksi haastatelluista toi tämän seikan neutraaliin sävyyn esiin. Omaisten läsnäolon merkitystä korostavia mainintoja tai ehdotuksia tämän sallimisesta ei haastatelluaineistossa ollut. Muutamissa aiemmissä tutkimuksissa on kuitenkin havaittu iäkkäiden mielestä olevan tärkeää, että läheiset voivat olla potilaan seurana ja tukena päivystyskäynnin ajan (Baraff ym. 1992, Way ym. 2008). Myös hoitohenkilöstön näkökulmasta omaisten läsnäololla voi olla keskeinen merkitys; omaiset saattavat kyetä esimerkiksi antamaan sellaisia tärkeitä esitietoja,

joita potilas välttämättä itse ei huonokuntoisuuden tai kognitiivisen heikentymisen vuoksi pysty kertomaan (Shanley ym. 2008, Fry ym. 2014), ottamaan osaa hoitopäätöksiin (Boltz ym. 2013), huomioimaan henkilökuntaa herkemmin potilaan tarpeet ja tämän tilassa tapahtuvat muutokset sekä tarjoamaan potilaalle tukeaan ja konkreettista avustustaan etenkin henkilökunnan joutuessa keskittymään muiden työtehtävien hoitamiseen (Gallagher ym. 2014). Toisaalta henkilökunta voi kokea omaisten toiveiden, vaatimusten ja kritiikin lisäävän omaa työtaakkaansa tai havaita läheisten pyrkivän puhumaan iäkkään henkilön puolesta ja siten estävän potilaan osallisuutta (Gallagher ym. 2014, Fry ym. 2014).

Tutkimuksen tulosten perusteella iäkkäiden päivystyshoidon laadussa on parantamisen varaa etenkin iäkkään potilaan tarpeiden huomioimisen, odotusajan pituuden ja siedettävyyden, potilaan osallisuuden, päivystyksen henkilökuntaresurssien riittävyyden sekä hoidon saatavuuden ja jatkuvuuden osalta. Monet näistä seikoista ovat nousseet esiin myös tutkimuksissa, joissa on kartoitettu päivystyksen työntekijöiden näkemyksiä iäkkäiden hoidossa olennaisista asioista (Kihlgren ym. 2005, Boltz ym. 2013, Gallagher ym. 2014, Bulut ym. 2015). Päivystyksen henkilöstön mielestä tärkeitä seikkoja ovat esimerkiksi potilaan ja omaisen tiedonsaannista huolehtiminen, ymmärrystä ja välittämistä osoittava suhtautumistapa, olosuhteiden turvallisuus ja soveltuvuus iäkkäille potilaille sekä pitkään odotukseen liittyvän epämurkavuuden, painehaavaumien, virtsatieteketrien tarpeettoman käytön ja epäsovikkaan lääkityksen välttäminen (Kihlgren ym. 2005, Boltz ym. 2013). On havaittu paitsi päivystyksen myös hoitokotien työntekijöiden pitävän tärkeänä, että hoitokotiasukkaita vältetään siirtämästä tarpeettomasti päivystykseen ja että tiedonkulku eri hoitotahojen välillä toimii (McCloskey 2011, Boltz ym. 2013, O'Connell ym. 2013, Arendts ym. 2015). Päivystyksen työntekijöiden mielestä olennaista on myös, että henkilökunta on saanut riittävästi koulutusta ikääntymiseen liittyvien fysiologisten muutosten havaitsemiseen, geriatrinen oireyhtymien tunnistamiseen ja hoitamiseen sekä se, että tietoisena iäkkäiden potilaiden erityispiirteistä henkilökunta osaa välttää luokittelemasta heitä virheellisin perustein liian mataliin kiireellisyydsluokkiin (Boltz ym. 2013).

Päivystyksen työntekijät saattavat kuitenkin kokea, että aikaa ja henkilökuntaresursseja parhaan mahdollisen hoidon tarjoamiseksi iäkkäillä potilaille on liian vähän (Kihlgren ym. 2005, Ghenoun ym. 2007, Boltz ym. 2013, Gallagher ym. 2014, Bulut ym. 2015). Iäkkään potilaan moninaisiin tarpeisiin vastaamisen koetaan vievän paljon aikaa, ja henkilökunnan ajasta kilpailevat myös muiden potilaiden tarpeet sekä kirjaimiseen liittyvät vaatimukset (Kihlgren ym. 2005, Boltz ym. 2013, Gallagher ym. 2014). Tällöin henkilökunta priorisoi hoidon lääketieteellisen ja teknisen puolen, kun

taas vähemmin kiireellisistä hoidon osa-alueista kuten potilasopastuksesta, psykososiaalisen tuen antamisesta sekä WC-käynneillä ja liikkumisessa avustamisesta tingitään (Kihlgren ym. 2005, Ghenoun ym. 2007, Boltz ym. 2013, Gallagher ym. 2014).

6.3 Tutkimuksen virhelähteet ja niiden hallinta

Aineiston keruun osalta mahdollisia virhelähteitä liittyy tutkimuksen oton kriteereihin, tutkittavien rekrytointiin ja haastatteluiden suorittamiseen. Tutkittavien rekrytoinnista vastasivat kolme päivystyksessä työskentelevää hoitajaa, joille tutkija oli etukäteen antanut tähän ohjeistuksen. Siitä, tiedusteltiin suostumusta kaikilta tutkimuksen oton kriteerit täyttäviltä henkilöiltä, ei ole varmuutta.

Tutkimukseen oli rekrytoitu yksi sellainen henkilö, joka ei ikänsä puolesta täyttänyt sisäänottokriteereitä. Poikkeama tästä kriteeristä (yli 75 vuotta) oli kuitenkin vähäinen (74 vuotta) ja ikäraja oli tutkimuksessa asetettu siksi, että tutkittavista riittävän suuri osa edustaisi tyypillistä geriatriasta (mm. monisairasta, monilääkittyä ja heikentyneen toimintakyvyn omaavaa) potilasjoukkoa. Kyseinen haastateltavan katsottiin edustavan juuri tällaista geriatriasta potilasryhmää, mistä syystä hänen haastattelunsa päätettiin hyväksyä tutkimukseen mukaan. Tätä puolsi myös se, että useissa aiemmissa tutkimuksissa (Baraff ym. 1992, Watson ym. 1999, Nydén ym. 2003, Lyons & Paterson 2009, Considine ym. 2010, Olofsson ym. 2012, Stein-Parbury ym. 2015) ikäraja on ollut vielä alhaisempi eli 65–70 vuotta. Esimerkiksi monisairastavuutta ei kuitenkaan asetettu tutkimukseen oton kriteeriksi siksi, että tutkimusaineiston toivottiin olevan iäkkäitä päivystyspotilaita mahdollisimman hyvin edustava myös heterogeenisuutensa osalta.

Tutkimukseen osallistui 53 % niistä, joilta suostumusta tiedusteltiin. Osa kieltäytyi, osa taas jäi haastatteleematta muista syistä, esimerkiksi liian huonon terveydentilan vuoksi. Tietoa ei ole siitä, poikkesivatko tutkimukseen osallistuneet ja siitä poisjääneet henkilöt joidenkin ominaisuuksiensa osalta toisistaan. Tutkittavien määrä katsottiin kuitenkin riittäväksi; aineistosta oli havaittavissa satureoituminen (ks. Eskola & Suoranta 1998, s. 62–63, Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 87) eli tulkittiin, että jopa hieman vähäisempi haastateltavien lukumäärä olisi mahdollisesti riittänyt tuomaan esiin tutkimusongelman kannalta merkittävän uuden tiedon. Aineiston riittävyyden puolesta puhuu myös vertailu aiempiin vastaaviin tutkimuksiin, joissa iäkkäiden potilaiden otoskoko on vaihdellut 6–69 tutkittavan välillä, otoskoon mediaanin ollessa 13 haastateltavaa (ks. taulukko 8).

Vertailua siitä, kuinka hyvin tässä tutkimuksessa haastatellut henkilöt vastaavat terveydentilaltaan, toimintakyvyltään ja muilta ominaisuuksiltaan aiempien tutkimusten tuottamaa tietoa ”keskivertoa vastaavasta” iäkkäistä päivystyspotilaasta, hankaloittavat käytettyjen ikärajojen eroavaisuudet. ”Iäkkäiksi” on suuressa osassa aiemmista tutkimuksista luokiteltu kaikki 65 vuotta täyttäneet henkilöt, mutta joissain tutkimuksissa ikäraja onkin ollut 70 tai 75 vuotta, ja osassa tutkimuksista on erikseen tarkasteltu kaikkein iäkkäimpiä (yli 85-vuotiaita) päivystyksen käyttäjiä (vrt. Tutkimuksen tausta –osiossa käsitellyt tutkimukset). Tässä tutkimuksessa päädyttiin 75 ikävuoden sisäänottorajaan; sitä matalammaksi asetetussa ikärajassa katsottiin olevan riskinä, että tutkittavien joukkoon valikoituisi kohtalaisen hyvän terveydentilan ja toimintakyvyn omaavia henkilöitä eikä riittävästi senkaltaisia geriatria potilaita, joiden näkemyksistä tutkimuksessa erityisesti oltiin kiinnostuneita; korkeammaksi asetetun ikärajan taas epäiltiin voivan johtaa vaikeuksiin rekrytoida riittävässä määrin sellaisia tutkittavia, joiden terveydentila sallisi haastatelluksi tulemisen. 75 vuoden sisäänottoraja arvioitiinkin sekä etu- että jälkikäteen tutkimukseen soveltuvaksi.

Nimenomaan yli 75-vuotiaiden päivystyksen käyttäjien terveydentilaa ja muita ominaisuuksia koskeva aiempi tutkimustieto on niukkaa ja hajanaista, mistä syystä on tyydyttävä ottamaan vertailukohteeksi 65 vuotta täyttäneitä potilaita koskevien tutkimusten havainnot. Tässä suhteessa tutkimusaineisto edusti suhteellisen hyvin sitä iäkkästä väestöstä, jota päivystyspoliklinikoilla hoidetaan. Tutkimusaineisto ja aiemman kirjallisuuden mukainen kuvaus iäkkäiden päivystyspotilaiden tyypillisistä ominaisuuksista vastaavat toisiaan mm. naisten osuuden (52 % tässä tutkimuksessa vs. 52–60 % aiemmissa tutkimuksissa; kirjallisuusviitteet mainittu Tutkimuksen tausta -luvussa), ambulanssilla tulleiden osuuden (33 % vs. 32–65 %), sairaalahoitoon lähetettyjen osuuden (38 % vs. 21–59 %) sekä sen osalta, kuinka suurelle osalle potilaista tehdään kuvantamistutkimuksia (76 % vs. 50–68 %), laboratoriotutkimuksia (76 % vs. 62–67 %) tai otetaan sydänfilmi (52 % vs. 47–52 %). Tutkimusaineisto vastasi myös havaintoja (Hohl ym. 2001, Foo ym. 2009, Choi ym. 2015), joiden mukaan iäkkäillä päivystyspotilailla on keskimäärin kolme tai neljä pitkäaikaissairautta ja yhdeksällä kymmenestä on vähintään yksi pitkäaikaissairaus. Samoin sairauskertomukseen kirjatut tulokset ja diagnoosit (ks. taulukko 10) vastasivat aiemmissa tutkimuksissa tehtyjä havaintoja iäkkäille tyypillisistä päivystyskäynnin syistä (ks. taulukot 4 ja 5).

Iäkkäistä päivystyspotilaista 6–16 % on hoitokotiasukkaita (Finn ym. 2006, Crilly ym. 2008, Ingarfield ym. 2009, Arendts ym. 2012, Albert ym. 2013, Carron ym. 2016, Fan ym. 2016). Tässä tutkimuksessa haastateltujen joukossa hoitokotiasukkaita ei sen

sijaan ollut. Lisäksi kognitiivisia ongelmia oli tässä tutkimuksessa haastatelluilla vähemmän kuin iäkkäillä päivystyspotilailla keskimäärin. Aiempien tutkimusten (Naughton ym. 1995, Hustey & Meldon 2002, Hustey ym. 2003) mukaan 26–40 %:lla iäkkäistä päivystyspotilaista on joko dementia ja/tai delirium. Tästä tutkimuksesta oli poissuljettu sellaiset potilaat, joilla terveydentila, kommunikaatio- tai yhteistyökyky olisivat liian huonot haastatteluihin osallistumiseen ja niitä koskevan tietoisien suositusten antamiseen. Pitkälle edennyttä dementiaa lukuun ottamatta muistisairaus ei ollut poissulkukriteeri, mutta tutkimukseen rekrytoituista kellosta ei ollut diagnosoitua muistisairautta. Kolmella haastateltavalla oli sairauskertomuksen mukaan joko tämän käynnin (käynnin, jolla potilas rekrytoitiin tutkimukseen) tai jonkin aiemman päivystyskäynnin yhteydessä havaittu ”muistamattomuutta” ja/tai ”sekavuutta”. Haastattelun yhteydessä kolme henkilöä – joista kaksi oli samoja kuin edellä mainitut – antoi lääkärin koulutuksen omaavan haastattelijan mielestä vaikutelman mahdollisesta kognitiivisesta heikentymisestä.

Yksi mahdollisista virhelähteistä liittyy haastateltaville esitettyihin ja esittämättä jääneisiin kysymyksiin. Teemahaastatteluissa käytetyn haastattelurungon laati lääkärin koulutuksen saanut tutkija aiempaan iäkkäiden päivystyspotilaiden kokemuksia koskevaan kirjallisuuteen tutustuttuaan. Aiemmissa tutkimuksissa on kiinnitetty paljon huomiota siihen, millaisena potilaat kokevat odotusajan, mistä syystä käynnin tapahtumien kulkuun ja odotusaikaan liittyvistä seikoista kysyttiin myös tässä tutkimuksessa tarkentavia lisäkysymyksiä hieman enemmän kuin tietyistä muista kokemuksista. Kaikki haastatelluista kuitenkin ottivat odotusajan kokemukset puheeksi jo ennen, kuin haastatteluissa siirryttiin teemahaastattelurungon mukaisessa järjestyksessä tämän aiheen tarkempaan käsittelyyn. Haastateltavien oma-aloitteisuus odotuksen nostamisessa puheenaiheeksi vahvistaa tulkintaa siitä, että aihe oli merkityksellinen juuri haastateltavien eikä vain tutkijan mielestä. Toisaalta esimerkiksi niihin käsitteisiin, joita iäkkäillä ihmisillä on muista päivystyksessä olevista potilaista, ei juurikaan ole aiemmissa tutkimuksissa kiinnitetty huomiota. Tästä aiheesta ei haastatteluissa kysytty, mistä huolimatta se nousi aineistossa vahvasti esiin. Se, että yhtenä keskeisenä tuloksena tutkimuksessa nousi esiin sellainen seikka, joka alun perin ei tutkijan näkökulmasta ollut vaikuttanut mitenkään olennaiselta, antaa perusteen tulkita tutkimuksen onnistuneen tavoitteessa asettaa keskiöön ne asiat, jotka iäkkäät potilaat itse kokivat merkityksellisiksi.

Tutkijan lääkärin ammatti lienee puolestaan vaikuttanut esimerkiksi siten, että tutkija kohdisti sairauden aiheuttajaa ja hoitosuunnitelmaa koskevaan tiedonsaantiin hieman enemmän mielenkiintoa kuin haastateltavat itse. Enemmistö haastatelluista kertoi näistä seikoista oma-aloitteisesti melko vähän, ja myös lisäkysymykset aiheesta

tuottivat usein varsin lyhyitä vastauksia. Tiedonsaannin osalta haastateltavien puheeseen on kuitenkin voinut vaikuttaa myös se, että haastateltaville oli kerrottu tutkijan olevan lääkäri ja tutustuvan käyntiä koskeviin sairauskertomusmerkintöihin. Tutkimuksia ja hoitoa koskevat seikat eivät muutenkaan välttämättä ole olleet niitä aihealueita, joita haastateltavat kokivat olevansa asiantuntevia arvioimaan, toisin kuin esimerkiksi omaa olotilaa koskevat seikat, joista he kertoivat selvästi yksityiskohtaisemmin.

Yksi potentiaalinen virhelähde liittyy aineiston keräämisen tavan ja tutkijan päättöksenteon muuttumiseen tutkimusprosessin aikana (ks. Graneheim & Lundman 2004). Ensimmäisten haastateltavien kohdalla tarkentavia lisäkysymyksiä esitettiin melko paljon, mutta pian osoittautui, että kysymysten kokonaismäärä oli tällöin turhan suuri ja osa haastatelluista vaikutti alkavan hieman väsähtää haastattelujen loppua kohti. Korjausliikkeenä tarkentavien lisäkysymysten määrää karsittiin. Osa haastatelluista sen sijaan vaikutti hyvin innokkailta kertomaan yksityiskohtaisesti päivystyskokemuksistaan ja myös muusta terveydentilastaan ja elämästään. Kysymysten määrä ja tarkkuus sovitettiin yksilöllisesti haastateltavien puhehalujen ja jaksamisen mukaan. Haastattelukysymys, jossa tiedusteltiin haastateltavien käsityksiä iäkkäiden päivystyshoidon laadun kannalta tärkeistä seikoista, puolestaan osoittautui hieman huonosti muotoilluksi: osa haastatelluista vastasi kysymykseen laadun kannalta tärkeistä seikoista, osa taas pohdiskeli nimenomaan iäkkäiden potilaiden asemaa.

Analysimenetelmien luotettavuuden ja sen arvioinnin kannalta keskeiset seikat on esitelty Aineisto ja menetelmät -luvussa. Tutkimuksessa on pyritty noudattamaan näitä periaatteita. Luotettavuuden edistämiseksi aineisto ja sen keruutapa sekä käytetyt menetelmät on pyritty kuvaamaan tutkimusraportissa yksityiskohtaisesti, nauhoitettu haastatteluaineisto litteroitiin huolellisesti ja aineiston analyysissä pyrittiin tarkkuuteen sekä systemaattisuuteen. Tulosten raportoinnin yhteydessä on esitetty suoria lainauksia haastateltavien maininnoista, mikä lisää lukijan mahdollisuuksia arvioida aineiston ja tutkijan tulkintojen yhteensopivuutta.

Tutkimusprosessin aikana yhdeksi suurimmista haasteista osoittautui se, miten suhtautua sairauskertomusmerkinnöistä ilmeneviin seikkoihin ja hoidon lääketieteelliseen puoleen. Lääkärin koulutuksen saanut klinikko nimittäin todennäköisesti lukee ja tulkitsee tutkijan roolissa toimiessaankin sairauskertomusmerkintöjä hieman eri tavoin kuin tekisi joku sellainen henkilö, joka ei itse ole työssään iäkkäitä päivystyspotilaita hoitanut. Lääkärin koulutuksesta oli ilmeistä hyötyä esimerkiksi sen ymmärtämisessä, miksi kestoltaan epäselvästä eteisvärinästä kärsineelle potilaalle oli

aloitettu antikoagulaatiolääkitys välittömän rytminsiirron sijaan; tämä ymmärrys vaikutti esimerkiksi niihin tiedonsaantia koskeviin tarkentaviin kysymyksiin, joita kyseiselle haastateltavalle esitettiin.

Haasteellista aineiston analyysin ja raportoinnin kannalta oli ratkaista, miten lähestyä niitä muutamia tapauksia, joissa sairauskertomusmerkinnät antoivat lääkärin koulutuksen saaneelle tutkijalle vaikutelman, että potilaalle päivystyksessä tehdyt tutkimukset, diagnoosi ja/tai hoitopäätökset olivat perusteettomia, puutteellisia tai jopa virheellisiä. Huomiota kiinnittivät esimerkiksi oireettoman bakteerivirtsaisuuden diagnosoiminen antibiootilla hoidettavaksi virtsatieinfektioksi, vaikea-asteisen hyponatremian (alhaisen veren natrium-tason) jääminen huomiotta ja tilaan liittyvien oireiden tulkitseminen ”yleistilan laskuksi ja kotona pärjäämättömyydeksi”, puutteellinen kivunlievitys ja lihasrelaksaatio sijoiltaan olleen olkanivelen paikalleen asetuksen aikana sekä betahistiini-lääkityksen määrääminen huimaukseen, jonka sairauskertomustekstissä arveltiin olevan ”vasovagaalista, ortostaattista sekä nikamavaltimoiden verenvirtaushäiriöstä, niskajännityksestä ja tasapaino- ja johtuvaa” ja joka sitten diagnosoitiin hyvänlaatuiseksi asentohuimaukseksi (ks. myös taulukko 10). Tutkimusprosessin aikana päädyttiin lopulta siihen, että koska tutkimuksen keskiössä olivat haastateltavien kokemukset eikä käytettävissä oleva aineisto tarjonnut riittävän luotettavaa mahdollisuutta hoidon kliinisen laadun tarkastelemiseen, lääketieteellisten seikkojen arvioimisesta pidättäytyttiin. Hoidon lääketieteellistä laatua koskevien jatkotutkimusten tarve on kuitenkin ilmeinen.

Sairauskertomusmerkintöjä käytettiin tutkimuksessa vain lisätietolähteenä siitä kontekstista, johon haastateltavien päivystyskokemukset liittyivät. Tämä kontekstietieto osoittautuikin keskeiseksi, ja on todennäköistä, että ilman sairauskertomusmerkintöihin perehtymistä haastateltavien kokemukset olisivat näyttäneet tutkijalle erilaisessa valossa. Hyvä esimerkki koskee potilasta, joka oli hakeutunut päivystykseen sydänperäiseksi epäillyn syyn vuoksi ja joka vielä haastatteluhetkellä oli siinä käsityksessä, että syy päivystyskäynnin useiden tuntien mittaiseen kestoan oli unohdetuksi tulemisessa ja henkilökunnan kiireisyydessä. Sairauskertomusmerkintöjen tarkastelu kuitenkin paljasti, että potilas oli otettu tarkkailtavaksi sydänperäisen syyn poissulkemiseksi. Tämä kontekstietieto johdatti tulkintaan, että olennainen ongelma olikin tiedonkulun puutteellisuus.

6.4 Tulosten siirrettävyys

Tutkimuksessa haastatellut henkilöt vastasivat ominaisuuksiltaan suhteellisen hyvin sitä iästä väestöä, jota päivystyspoliklinikoilla hoidetaan. Tulosten siirrettävyyden puolesta puhuu myös se, että tutkimuksen tulokset vastasivat monilta osin aiempien samaa aihetta koskeneiden ulkomaalaisten tutkimusten tuloksia, minkä lisäksi tämä tutkimus tuotti myös uutta tietoa.

Tutkittavien joukossa ei kuitenkaan ollut hoitokotiasukkaita tai erityisen huonokuntoisia tai merkittävästä kognitiivisesta heikentymisestä kärsiviä henkilöitä, mistä syystä tulokset eivät varauksetta ole siirrettävissä tällaisten potilaiden päivystyshoidon tilanteisiin. Tutkimuksen tulokset eivät myöskään ole sellaisenaan siirrettävissä koskemaan muita kuin iäkkäitä potilaita tai muiden terveyspalveluiden kuin päivystyksen käyttäjiä. Tutkittavien kokemukset, jotka koskevat päivystyspoliklinikan tiloja, hoidon jatkuvuutta eri terveyspalveluiden välillä sekä terveyskeskuspalveluiden saatavuutta ja laatua, ovat vain rajatuilta osin siirrettävissä koskemaan muita kuin tamberelaisia potilaita. Tuloksia arvioitaessa on myös huomioitava, että päivystyspoliklinikka Acutassa ja Tampereen terveyspalvelujärjestelmässä on mahdollisesti tehtyä tiloihin, organisaatioon ja toimintatapoihin liittyviä muutoksia sen jälkeen, kun tämän tutkimuksen aineisto kerättiin. Toisaalta huomionarvoista on, että laadullisessa, potilaiden kokemuksia kartoittavassa tutkimuksessa tavoitteena on juuri ymmärryksen lisääminen eikä esimerkiksi tietynlaisten kokemusten yleisyyden kartoittaminen.

7 Johtopäätökset

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää iäkkäiden päivystyshoidon kehittämisessä. Tulosten perusteella sellaisia hoidon laadun osa-alueita, jotka iäkkäiden potilaiden näkökulmasta vaativat kohentamista, ovat hoidon saatavuuden helppous, päivystyskäyntiin mahdollisesti liittyvän odotusajan pituus ja mielekkyys, potilaan osallisuus, iäkkään potilaan erityispiirteiden ja -tarpeiden sekä potilaan olotilaan vaikuttavien tekijöiden huomiointi päivystyskäynnin aikana, eri hoitoyksiköiden välinen hoidon jatkuvuus, päivystyksen henkilökunta- ja muiden resurssien riittävyys sekä eri potilaiden hoitoonpääsyn järjestyksen perusteiden ymmärrettävyys. Lisäksi niitä hoidon osa-alueita, joiden kohdalla koettu laatu vaihteli suuresti potilaasta ja päivystyskäyntikerasta toiseen, ovat tulosten mukaan potilaan ja henkilökunnan vuorovaikutuksen laatu, tiedonsaanti, potilaan kokemus avuntarpeensa tunnistamisesta ja siihen vastaamisesta, tehokas oireiden lievitys, turvallisuuden tunteen luomisessa onnistuminen sekä potilaiden kokemus ikä- ja muunlaiselta syrjinnältä välttymisestä hoidon saatavuuden ja laadun suhteen. Tutkimuksessa havaittiin, että iäkkäillä potilailla on suuri luottamus päivystyshoidon lääketieteelliseen korkeatasoisuuteen ja päivystyksen työntekijöiden ammattitaitoon, mutta hoidon lääketieteellistä laatua sinällään ei tutkimuksessa tarkasteltu.

Tutkimuksen mukaan yksi keskeisimmistä ongelmista iäkkäiden päivystyshoidossa on koetun hoidon laadun suuri ja sattumanvarainen vaihtelu. Jossain määrin vaihtelua joudutaan väistämättä hyväksymään, sillä tilanteiden nopea muuttuminen, tapahtumien ennakoimattomuus ja potilasmäärien äkilliset muutokset kuuluvat osaltaan päivystystoiminnan luonteeseen. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, etteikö toimintatapoja voisi ja pitäisi parantaa. Tämän tutkimuksen tulosten valossa kehittämiskohteita nousee useita.

Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että iäkkäiden päivystyspalveluita kehitettäessä on samanaikaisesti kiinnitettävä huomiota myös muiden kiireellisten terveydenhuoltopalveluiden saatavuuteen ja laatuun. Ikääntyvälle väestölle on olta-
tava helposti saatavilla tietoa siitä, mitä tehdä ja mihin tahoon ottaa yhteyttä äkillisen sairastumisen yhteydessä. Tulosten perusteella on tärkeää kiinnittää huomiota sosi-
aali- ja terveydenhuollon ammattilaisten koulutukseen, jotta nämä osaavat ohjata iäk-

kään potilaan päivystykseen silloin ja vain silloin, kun päivystyspoliklinikka on potilaan ongelman kannalta tarkoituksenmukaisin tutkimus- ja hoitopaikka. Toisaalta tärkeää on se, etteivät päivystyksen negatiivinen julkisuuskuva, pelko ilman tarpeita vastaavaa apua jäämisestä tai kohtuuttoman pitkä etäisyys lähimpään päivystyspisteeseen estä tai viivästyä hoitoon hakeutumista silloin, kun terveydentila sitä edellyttäisi.

Tutkimuksen tulosten perusteella keskeistä on myös terveyskeskuspalveluiden riittävän saatavuuden ja laadun varmistaminen, jotta päivystykseen ei tarpeettomasti ohjaudu sellaisia potilaita, joiden avuntarpeeseen voitaisiin paremmin vastata muulla tavoin. Palveluiden kehittämisessä on huomioitava paitsi iäkkäiden henkilöiden myös muun väestön terveyspalveluiden tarve, sillä tutkimuksen tulosten mukaan iäkkäiden potilaiden näkökulmasta heidän päivystyshoitonsa laatuun vaikuttavat keskeisesti myös muut päivystyksessä olevat potilaat ja erityisesti päivystyspoliklinikan ruuhkautuminen. Perusterveydenhuollon rooli on tutkimuksen tulosten mukaan olennainen myös päivystyskäynnin jälkeisen hoidon jatkuvuuden kannalta.

Tämän tutkimuksen tuloksissa nousi esiin tarve päivystyksen henkilökunta- ja muiden resurssien riittävyyden tarkistamiseen ja sen myötä päivystyksen ruuhkautumisen ja kohtuuttomien odotusaikojen välttämiseen. Tarvitaankin jatkuvaa seurantaan päivystyksen ja muiden terveyspalveluiden käytöstä, palveluiden käyttöön vaikuttavista tekijöistä sekä päivystyskäyntien ajoittumisesta, jotta palvelut osataan suunnitella vastaamaan parhaalla mahdollisella tavalla väestön tarpeisiin.

Monien edellä käsiteltävien hoidon laadun osatekijöiden suhteen voidaan katsoa, että ratkaisevampaa on päivystys- ja muun terveydenhuoltojärjestelmän toimivuus kokonaisuudessaan kuin yksittäisen työntekijän toimintatapa. Toisaalta suuren osan laatutekijöistä voidaan katsoa liittyvän juuri henkilökunnan toimintaan ja vuorovaikutuksen onnistumiseen. Esimerkiksi potilaan osallisuuden tukeminen, turvallisuuden tunteen luominen, välittämisen osoittaminen sekä ystävällinen ja asiallinen suhtautumistapa ovat seikkoja, joilla jokainen päivystyksen työntekijä voi osaltaan vaikuttaa iäkkäiden potilaiden kokemaan hoidon laatuun. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että on tärkeää johtaa päivystystoimintaa tavalla, joka kannustaa työntekijöitä näiden seikkojen huomioimiseen. Niin ikään tärkeää on luoda päivystystoiminnalle puitteet, jotka realistisesti mahdollistavat iäkkään potilaan erityispiirteiden ja -tarpeiden huomioimisen, saumattomasti etenevän tutkimus- ja hoitoprosessin toteuttamisen sekä potilaan osallisuuden tukemisen sen sijaan, että nämä seikat alati joutuvat kilpailemaan kiireisempien työtehtävien hoitamisen ja äänekäämpien potilaiden tarpeisiin vastaamisen kanssa. Iäkkään päivystyspotilaan laadultaan hyvä hoito ei saa olla sattumaa.

Lähteet

- Ackermann R., Kemle K., Vogel R. & Griffin R. (1998) Emergency department use by nursing home residents. *Annals of Emergency Medicine* 31(6), 749-757.
- Adams W., Magruder-Habib K., Trued S. & Broome H. (1992) Alcohol abuse in elderly emergency department patients. *Journal of the American Geriatrics Society* 40(12), 1236-1240.
- Adams J. & Gerson L. (2003) A new model for emergency care of geriatric patients. *Academic Emergency Medicine* 10(3), 271-274.
- Albert M., McCaig L. & Ashman J. (2013) Emergency department visits by persons aged 65 and over: United States, 2009–2010. *Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics*. NCHS data brief, no 130. Viitattu 16.2.2016. Saatavilla internetissä: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db130.pdf>.
- Aminzadeh F. & Dalziel W. (2002) Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Annals of Emergency Medicine* 39(3), 238-247.
- Amjad H., Carmichael D., Austin A., Chang C. & Bynum J. (2016) Continuity of care and health care utilization in older adults with dementia in fee-for-service Medicare. *JAMA Internal Medicine* 176(9), 1371-1378.
- Andersen R. (1968) *A behavioral model of families' use of health services*. University of Chicago. Center for Health Administration. Chicago.
- Andersen R. (1995) Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health & Social Behavior* 36(1), 1-10.
- Arendts G., Dickson C., Howard K. & Quine S. (2012) Transfer from residential aged care to emergency departments: an analysis of patient outcomes. *Internal Medicine Journal* 42(1), 75-82.
- Arendts G., Fitzhardinge S., Pronk K., Hutton M., Nagree Y. & Donaldson M. (2013a) Derivation of a nomogram to estimate probability of revisit in at-risk older adults discharged from the emergency department. *Internal & Emergency Medicine* 8(3), 249-254.
- Arendts G., Popescu A., Howting D., Quine S. & Howard K. (2015) 'They never talked to me about...': perspectives on aged care resident transfer to emergency departments. *Australasian Journal on Ageing* 34(2), 95-102.
- Arendts G., Quine S. & Howard K. (2013b) Decision to transfer to an emergency department from residential aged care: a systematic review of qualitative research. *Geriatrics & Gerontology International* 13(4), 825-833.
- Baraff L., Bernstein E., Bradley K., Franken C., Gerson L., Hannegan S., Kober K., Lee S., Marotta M. & Wolfson A. (1992) Perceptions of emergency care by

- the elderly: results of multicenter focus group interviews. *Annals of Emergency Medicine* 21(7), 814-818.
- Bastiaens H., Van Royen P., Pavlic D., Raposo V. & Baker R. (2007) Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Education and Counseling* 68(1), 33-42.
- Bayoumi I., Dolovich L., Hutchison B. & Holbrook A. (2014) Medication-related emergency department visits and hospitalizations among older adults. *Canadian Family Physician* 60(4), 217-222.
- Bazargan M., Bazargan S. & Baker R. (1998) Emergency department utilization, hospital admissions, and physician visits among elderly African American persons. *Gerontologist* 38(1), 25-36.
- Beglinger B., Rohacek M., Ackermann S., Hertwig R., Karakoumis-Ilsemann J., Bou-tellier S., Geigy N., Nickel C. & Bingisser R. (2015) Physician's first clinical impression of emergency department patients with nonspecific complaints is associated with morbidity and mortality. *Medicine* 94(7), e374.
- Betz M., Ginde A., Southerland L. & Caterino J. (2014) Emergency department and outpatient treatment of acute injuries in older adults in the United States: 2009-2010. *Journal of the American Geriatrics Society* 62(7), 1317-1323.
- Bhalla M., Wilber S., Stiffler K., Ondrejka J. & Gerson L. (2014) Weakness and fatigue in older ED patients in the United States. *American Journal of Emergency Medicine* 32(11), 1395-1398.
- Boltz M., Parke B., Shuluk J., Capezuti E. & Galvin J. (2013) Care of the older adult in the emergency department: nurses views of the pressing issues. *Gerontologist* 53(3), 441-453.
- Boudreaux E. & O'Hea E. (2004) Patient satisfaction in the emergency department: a review of the literature and implications for practice. *Journal of Emergency Medicine* 26(1), 13-26.
- Braes T., Flamaing J., Sterckx W., Lipkens P., Sabbe M., de Rooij S., Schuurmans M., Moons P. & Milisen K. (2009) Predicting the risk of functional decline in older patients admitted to the hospital: a comparison of three screening instruments. *Age & Ageing* 38(5), 600-603.
- Bridges J. (2008) Listening makes sense: understanding the experiences of older people and relatives using urgent care services in England. Final study report. City University. London. Viitattu 30.11.2016. Saatavilla internetissä: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.565.5825&rep=rep1&type=pdf>.
- Bridges J. & Nugus P. (2010) Dignity and significance in urgent care: older people's experiences. *Journal of Research in Nursing* 15(1), 43-53.
- Briggs R., Coughlan T., Collins R., O'Neill D. & Kennelly S. (2013) Nursing home residents attending the emergency department: clinical characteristics and outcomes. *Qjm* 106(9), 803-808.

- Budnitz D., Lovegrove M., Shehab N. & Richards C. (2011) Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. *New England Journal of Medicine* 365(21), 2002-2012.
- Budnitz D., Pollock D., Weidenbach K., Mendelsohn A., Schroeder T. & Annest J. (2006) National surveillance of emergency department visits for outpatient adverse drug events. *Jama* 296(15), 1858-1866.
- Budnitz D., Shehab N., Kegler S. & Richards C. (2007) Medication use leading to emergency department visits for adverse drug events in older adults. *Annals of Internal Medicine* 147(11), 755-765.
- Bulut H., Yazici G., Demircan A., Keles A. & Guler Demir S. (2015) Determining emergency physicians' and nurses' views concerning older patients: a mixed-method study. *International Emergency Nursing* 23(2), 179-184.
- Buurman B. (2011) Risk for poor outcomes in older patients discharged from an emergency department: feasibility of four screening instruments. *European Journal of Emergency Medicine* 18(4), 215-220.
- Cahill J. (1998) Patient participation – a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 7(2), 119-128.
- Campbell S., Roland M. & Buetow S. (2000) Defining quality of care. *Social Science & Medicine* 51(11), 1611-1625.
- Carpenter C., Shah M., Hustey F., Heard K., Gerson L. & Miller D. (2011) High yield research opportunities in geriatric emergency medicine: prehospital care, delirium, adverse drug events, and falls. *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences & Medical Sciences* 66(7), 775-783.
- Carpenter C., Shelton E., Fowler S., Suffoletto B., Platts-Mills T., Rothman R. & Hogan T. (2015) Risk factors and screening instruments to predict adverse outcomes for undifferentiated older emergency department patients: a systematic review and meta-analysis. *Academic Emergency Medicine* 22(1), 1-21.
- Carron P., Mabire C., Yersin B. & Bula C. (2016) Nursing home residents at the emergency department: a 6-year retrospective analysis in a Swiss academic hospital. *Internal & Emergency Medicine* (Julkaistu verkkoversiona 13.5.2016).
- Carter M. & Gupta S. (2008) Characteristics and outcomes of injury-related ED visits among older adults. *The American Journal of Emergency Medicine* 26(3), 296-303.
- Casalino E., Wargon M., Peroziello A., Choquet C., Leroy C., Beaune S., Pereira L., Bernard J. & Buzzi J. (2014) Predictive factors for longer length of stay in an emergency department: a prospective multicentre study evaluating the impact of age, patient's clinical acuity and complexity, and care pathways. *Emergency Medicine Journal* 31(5), 361-368.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2003) Public health and aging: nonfatal injuries among older adults treated in hospital emergency departments – United States, 2001. *MMWR - Morbidity & Mortality Weekly Report* 52(42), 1019-1022.

- Cheek J., Ballantyne A. & Roder-Allen G. (2005) Factors influencing the decision of older people living in independent units to enter the acute care system. *Journal of Clinical Nursing* 14(Suppl 1), 24-33.
- Chen Y., Fan J., Chen M., Hsu T., Huang H., Cheng K., Yen D., Huang C., Chen L. & Yang C. (2014) Risk factors associated with adverse drug events among older adults in emergency department. *European Journal of Internal Medicine* 25(1), 49-55.
- Chen Y., Huang H., Fan J., Chen M., Hsu T., Yen D.H., Huang M., Wang C., Huang C. & Lee C. (2015) Comparing characteristics of adverse drug events between older and younger adults presenting to a Taiwan emergency department. *Medicine* 94(7), e547.
- Choi N., DiNitto D., Marti C. & Choi B. (2015) Associations of mental health and substance use disorders with presenting problems and outcomes in older adults' emergency department visits. *Academic Emergency Medicine* 22(11), 1316-1326.
- Ciccone A., Allegra J., Cochrane D., Cody R. & Roche L. (1998) Age-related differences in diagnoses within the elderly population. *American Journal of Emergency Medicine* 16(1), 43-48.
- Cinar O., Ernst R., Fosnocht D., Carey J., Rogers L., Carey A., Horne B. & Madsen T. (2012) Geriatric patients may not experience increased risk of oligoanalgesia in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine* 60(2), 207-211.
- Claver M. & Levy-Storms L. (2010) The revolving door: high ER use among older veterans. *Qualitative Health Research* 20(3), 365-374.
- Claver M. (2011) Deciding to use the emergency room: a qualitative survey of older veterans. *Journal of Gerontological Social Work* 54(3), 292-308.
- Colligan E., Pines J., Colantuoni E., Howell B. & Wolff J. (2016) Risk factors for persistent frequent emergency department use in Medicare beneficiaries. *Annals of Emergency Medicine* 67(6), 721-729.
- Conroy S., Ansari K., Williams M., Laithwaite E., Teasdale B., Dawson J., Mason S. & Banerjee J. (2014) A controlled evaluation of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: the 'Emergency Frailty Unit'. *Age & Ageing* 43(1), 109-114.
- Considine J., Smith R., Hill K., Weiland T., Gannon J., Behm C., Wellington P. & McCarthy S. (2010) Older peoples' experience of accessing emergency care. *Australasian Emergency Nursing Journal* 13(3), 61-69.
- Cousins G., Bennett Z., Dillon G., Smith S. & Galvin R. (2013) Adverse outcomes in older adults attending emergency department: systematic review and meta-analysis of the Triage Risk Stratification Tool. *European Journal of Emergency Medicine* 20(4), 230-239.
- Crilly J., Chaboyer W., Wallis M., Thalib L. & Green D. (2008) Predictive outcomes for older people who present to the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal* 11(4), 178-183.

- D'Avolio D., Feldman J., Mitchell P. & Strumpf N. (2008) Access to care and health-related quality of life among older adults with nonurgent emergency department visits. *Geriatric Nursing* 29(4), 240-246.
- D'Avolio D., Strumpf N., Feldman J., Mitchell P. & Rebholz C. (2013) Barriers to primary care: perceptions of older adults utilizing the ED for nonurgent visits. *Clinical Nursing Research* 22(4), 416-431.
- Deschodt M., Devriendt E., Sabbe M., Knockaert D., Deboutte P., Boonen S., Flamaing J. & Milisen K. (2015) Characteristics of older adults admitted to the emergency department (ED) and their risk factors for ED readmission based on comprehensive geriatric assessment: a prospective cohort study. *BMC Geriatrics* 15, 54.
- Di Bari M., Balzi D., Roberts A., Barchielli A., Fumagalli S., Ungar A., Bandinelli S., De Alfieri W., Gabbani L. & Marchionni N. (2010) Prognostic stratification of older persons based on simple administrative data: development and validation of the "Silver Code," to be used in emergency department triage. *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences & Medical Sciences* 65(2), 159-164.
- Di Bari M., Salvi F., Roberts A., Balzi D., Lorenzetti B., Morichi V., Rossi L., Lattanzio F. & Marchionni N. (2012) Prognostic stratification of elderly patients in the emergency department: a comparison between the "Identification of Seniors at Risk" and the "Silver Code". *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences & Medical Sciences* 67(5), 544-550.
- Dingwall R. & Murray T. (1983) Categorization in accident departments: "good" patients, "bad" patients and "children". *Sociology of Health & Illness* 5(2), 127-148.
- Djärv T., Castren M., Mårtenson L. & Kurland L. (2015) Decreased general condition in the emergency department: high in-hospital mortality and a broad range of discharge diagnoses. *European Journal of Emergency Medicine* 22(4), 241-246.
- Donabedian A. (2005) Evaluating the quality of medical care (jälkipainos vuoden 1966 samannimisestä artikkelista). *Milbank Quarterly* 83(4), 691-729.
- Donabedian A. (1966) Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 44(3), 166-203.
- Donabedian A. (1988) The quality of care. How can it be assessed? *Jama* 260(12), 1743-1748.
- Downing A. & Wilson R. (2005) Older people's use of accident and emergency services. *Age & Ageing* 34(1), 24-30.
- Drame M., Novella J., Lang P., Somme D., Jovenin N., Laniece I., Couturier P., Heitz D., Gauvain J., Voisin T., De Wazieres B., Gonthier R., Ankri J., Jeandel C., Saint-Jean O., Blanchard F. & Jolly D. (2008) Derivation and validation of a mortality-risk index from a cohort of frail elderly patients hospitalised in medical wards via emergencies: the SAFES study. *European Journal of Epidemiology* 23(12), 783-791.
- Edmans J., Bradshaw L., Gladman J., Franklin M., Berdunov V., Elliott R. & Conroy S. (2013) The Identification of Seniors at Risk (ISAR) score to predict clinical

- outcomes and health service costs in older people discharged from UK acute medical units. *Age & Ageing* 42(6), 747-753.
- Eldh A., Ekman I. & Ehnfors M. (2008) Considering patient non-participation in health care. *Health Expectations* 11(3), 263-271.
- Elmståhl S. & Wahlfrid C. (1999) Increased medical attention needed for frail elderly initially admitted to the emergency department for lack of community support. *Ageing-Clinical & Experimental Research* 11(1), 56-60.
- Elo S. & Kyngäs H. (2008) The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107-115.
- Elvytys (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen Elvytysneuvoston, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Punaisen Ristin asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. Viitattu 23.3.2016. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi.
- Eskola J. & Suoranta J. (1998) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino. Tampere.
- Eteisvärinä (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015. Viitattu 23.3.2016. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi.
- Fan L., Shah M., Veazie P. & Friedman B. (2011) Factors associated with emergency department use among the rural elderly. *Journal of Rural Health* 27(1), 39-49.
- Fan C., Keating T., Brazil E., Power D. & Duggan J. (2016) Impact of season, weekends and bank holidays on emergency department transfers of nursing home residents. *Irish Journal of Medical Science* 185(3), 655-661.
- Fan L., Lukin W., Zhao J., Sun J. & Hou X. (2015) Interventions targeting the elderly population to reduce emergency department utilisation: a literature review. *Emergency Medicine Journal* 32(9), 738-743.
- Fealy G., Treacy M., Drennan J., Naughton C., Butler M. & Lyons I. (2012) A profile of older emergency department attendees: findings from an Irish study. *Journal of Advanced Nursing* 68(5), 1003-1013.
- Finn J., Flicker L., Mackenzie E., Jacobs I., Fatovich D., Drummond S., Harris M., Holman D. & Sprivilis P. (2006) Interface between residential aged care facilities and a teaching hospital emergency department in Western Australia. *Medical Journal of Australia* 184(9), 432-435.
- Firth A. (2009) Ethnomethodology. Teoksessa: D'hondt S., Östman J. & Verschuereen J. (toim.) *The pragmatics of interaction*. John Benjamins Pub. Company. Amsterdam. 66-78.
- Foo C., Chan K., Goh H. & Seow E. (2009) Profiling acute presenting symptoms of geriatric patients attending an urban hospital emergency department. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore* 38(6), 515-516.
- Foss C. (2011) Elders and patient participation revisited – a discourse analytic approach to older persons' reflections on patient participation. *Journal of Clinical Nursing* 20(13-14), 2014-2022.

- Frank C., Asp M. & Dahlberg K. (2009) Patient participation in emergency care – a phenomenographic study based on patients' lived experience. *International Emergency Nursing* 17(1), 15-22.
- Freed G., Gafforini S. & Carson N. (2015) Age distribution of emergency department presentations in Victoria. *Emergency Medicine Australasia* 27(2), 102-107.
- Friedmann P., Jin L., Karrison T., Hayley D., Mulliken R., Walter J. & Chin M. (2001) Early revisit, hospitalization, or death among older persons discharged from the ED. *The American Journal of Emergency Medicine* 19(2), 125-129.
- Fry M., Gallagher R., Chenoweth L. & Stein-Parbury J. (2014) Nurses' experiences and expectations of family and carers of older patients in the emergency department. *International Emergency Nursing* 22(1), 31-36.
- Gallagher R., Fry M., Chenoweth L., Gallagher P. & Stein-Parbury J. (2014) Emergency department nurses' perceptions and experiences of providing care for older people. *Nursing & Health Sciences* 16(4), 449-453.
- Garvin D. (1988) *Managing quality: the strategic and competitive edge*. Free Press. New York.
- Geller J., Janson P., McGovern E. & Valdin A. (1999) Loneliness as a predictor of hospital emergency department use. *Journal of Family Practice* 48(10), 801-804.
- Ghenoun T., Salminen J., Tanhua M. & Holmlund L. (2007) Vanhusten kuntouttava hoitotyö päivystyspoliklinikalla: hoitajien näkemyksiä. *Sairaanhoitaja* 80(1), 16-19.
- Ginsberg G., Israeli A., Cohen A. & Stessman J. (1996) Factors predicting emergency room utilization in a 70-year-old population. *Israel Journal of Medical Sciences* 32(8), 649-664.
- Goto T., Yoshida K., Tsugawa Y., Camargo C. & Hasegawa K. (2016) Infectious disease-related emergency department visits of elderly adults in the United States, 2011–2012. *Journal of the American Geriatrics Society* 64(1), 31-36.
- Graff L., Stevens C., Spaite D. & Foody J. (2002) Measuring and improving quality in emergency medicine. *Academic Emergency Medicine* 9(11), 1091-1107.
- Graneheim U. & Lundman B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24(2), 105-112.
- Gray L., Peel N., Costa A., Burkett E., Dey A., Jonsson P., Lakhani P., Ljunggren G., Sjöstrand F., Swoboda W., Wellens N. & Hirdes J. (2013) Profiles of older patients in the emergency department: findings from the interRAI multinational emergency department study. *Annals of Emergency Medicine* 62(5), 467-474.
- Greenwald P., Estevez R., Clark S., Stern M., Rosen T. & Flomenbaum N. (2016) The ED as the primary source of hospital admission for older (but not younger) adults. *American Journal of Emergency Medicine* 34(6), 943-947.
- Grief C. & Lynne M. (2003) Patterns of ED use and perceptions of the elderly regarding their emergency care: a synthesis of recent research. *Journal of Emergency Nursing* 29(2), 122-126.

- Grönroos C. (1987) *Hyvään palveluun: palvelun kehittäminen julkisballinnossa*. Valtionhallinnon kehittämiskeskus. Helsinki.
- Grossmann F., Zumbunn T., Frauchiger A., Delpont K., Bingisser R. & Nickel C. (2012) At risk of undertriage? Testing the performance and accuracy of the emergency severity index in older emergency department patients. *Annals of Emergency Medicine* 60(3), 317-325.
- Gruneir A., Silver M. & Rochon P. (2011) Emergency department use by older adults: a literature review on trends, appropriateness, and consequences of unmet health care needs. *Medical Care Research & Review* 68(2), 131-155.
- Haapamäki E., Huhtala H., Löfgren T., Mylläri E., Seinelä L. & Valvanne J. (2014) Iäkkäät päivystyksen käyttäjinä. 70 vuotta täyttäneiden tamperelaisten päivystyskäynnit vuosina 2011–2012. Kuntaliiton Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus -projektin julkaisu nro 3. Kuntaliitto.
- Hamdy R. & Forrest L. (1997) Use of emergency departments by the elderly in rural areas. *Southern Medical Journal* 90(6), 616-620.
- Han J., Morandi A., Ely E., Callison C., Zhou C., Storrow A., Dittus R., Habermann R. & Schnelle J. (2009a) Delirium in the nursing home patients seen in the emergency department. *Journal of the American Geriatrics Society* 57(5), 889-894.
- Han J., Schnelle J. & Ely E. (2014) The relationship between a chief complaint of "altered mental status" and delirium in older emergency department patients. *Academic Emergency Medicine* 21(8), 937-940.
- Han J., Zimmerman E., Cutler N., Schnelle J., Morandi A., Dittus R., Storrow A. & Ely E. (2009b) Delirium in older emergency department patients: recognition, risk factors, and psychomotor subtypes. *Academic Emergency Medicine* 16(3), 193-200.
- Hare M., Wynaden D., McGowan S. & Speed G. (2008) Assessing cognition in elderly patients presenting to the emergency department. *International Emergency Nursing* 16(2), 73-79.
- Hastings S., George L., Fillenbaum G., Park R., Burchett B. & Schmader K. (2008a) Does lack of social support lead to more ED visits for older adults? *The American Journal of Emergency Medicine* 26(4), 454-461.
- Hastings S. & Heflin M. (2005) A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department. *Academic Emergency Medicine* 12(10), 978-986.
- Hastings S., Oddone E., Fillenbaum G., Sloane R. & Schmader K. (2008b) Frequency and predictors of adverse health outcomes in older Medicare beneficiaries discharged from the emergency department. *Medical Care* 46(8), 771-777.
- Hastings S., Purser J., Johnson K., Sloane R. & Whitson H. (2008c) Frailty predicts some but not all adverse outcomes in older adults discharged from the emergency department. *Journal of the American Geriatrics Society* 56(9), 1651-1657.

- Hastings S., Schmader K., Sloane R., Weinberger M., Goldberg K. & Oddone E. (2007) Adverse health outcomes after discharge from the emergency department – incidence and risk factors in a veteran population. *Journal of General Internal Medicine* 22(11), 1527-1531.
- Hastings S., Whitson H., Purser J., Sloane R. & Johnson K. (2009) Emergency department discharge diagnosis and adverse health outcomes in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 57(10), 1856-1861.
- Hastings S., Barrett A., Weinberger M., Oddone E., Ragsdale L., Hocker M. & Schmader K. (2011) Older patients' understanding of emergency department discharge information and its relationship with adverse outcomes. *Journal of Patient Safety* 7(1), 19-25.
- Hastings S., Smith V., Weinberger M., Oddone E., Olsen M. & Schmader K. (2013) Health services use of older veterans treated and released from veterans affairs medical center emergency departments. *Journal of the American Geriatrics Society* 61(9), 1515-1521.
- Hastings S., Stechuchak K., Oddone E., Weinberger M., Tucker D., Knaack W. & Schmader K. (2012) Older veterans and emergency department discharge information. *BMJ Quality & Safety* 21(10), 835-842.
- Hedges J., Singal B., Rousseau E., Sanders A., Bernstein E., McNamara R. & Hogan T. (1992) Geriatric patient emergency visits part II: perceptions of visits by geriatric and younger patients. *Annals of Emergency Medicine* 21(7), 808-813.
- Hertwig R., Meier N., Nickel C., Zimmermann P., Ackermann S., Woike J. & Bingisser R. (2013) Correlates of diagnostic accuracy in patients with nonspecific complaints. *Medical Decision Making* 33(4), 533-543.
- Hillman A. (2014) 'Why must I wait?' The performance of legitimacy in a hospital emergency department. *Sociology of Health & Illness* 36(4), 485-499.
- Hirsjärvi S. & Hurme H. (2008) *Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Gaudeamus Helsinki University Press. Helsinki.
- Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. (2009) *Tutki ja kirjoita*. 15. uud. painos. Tammi. Helsinki.
- Hofman S., Lucke J., Heim N., de Gelder J., Fogteloo A., Heringhaus C., de Groot B., de Craen A., Blauw G. & Mooijaart S. (2016) Prediction of 90-day mortality in older patients after discharge from an emergency department: a retrospective follow-up study. *BMC Emergency Medicine* 16(1), 26.
- Hohl C., Dankoff J., Colacone A. & Afilalo M. (2001) Polypharmacy, adverse drug-related events, and potential adverse drug interactions in elderly patients presenting to an emergency department. *Annals of Emergency Medicine* 38(6), 666-671.
- Hohl C., Robitaille C., Lord V., Dankoff J., Colacone A., Pham L., Berard A., Pepin J. & Afilalo M. (2005) Emergency physician recognition of adverse drug-related events in elder patients presenting to an emergency department. *Academic Emergency Medicine* 12(3), 197-205.

- Horney C., Schmader K., Sanders L., Heflin M., Ragsdale L., McConnell E., Hocker M. & Hastings S. (2012) Health care utilization before and after an outpatient ED visit in older people. *American Journal of Emergency Medicine* 30(1), 135-142.
- Housley W. & Fitzgerald R. (2002) The reconsidered model of membership categorization analysis. *Qualitative Research* 2(1), 59-83.
- Hsiao C. & Hing E. (2014) Emergency department visits and resulting hospitalizations by elderly nursing home residents, 2001–2008. *Research on Aging* 36(2), 207-227.
- Hsieh H. & Shannon S. (2005) Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* 15(9), 1277-1288.
- Hu S., Yen D., Yu Y., Kao W. & Wang L. (1999) Elderly use of the ED in an Asian metropolis. *American Journal of Emergency Medicine* 17(1), 95-99.
- Huang J., Weng R., Tsai W., Hu W. & Yang D. (2003) Analysis of emergency department utilization by elderly patients under National Health Insurance. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences* 19(3), 113-120.
- Hunold K., Pereira G., Jones C., Isaacs C., Braz V., Gadi S. & Platts-Mills T. (2016) Priorities of care among older adults in the emergency department: a cross-sectional study. *Academic Emergency Medicine* 23(3), 362-365.
- Hunold K., Richmond N., Waller A., Cutchin M., Voss P. & Platts-Mills T. (2014) Primary care availability and emergency department use by older adults: a population-based analysis. *Journal of the American Geriatrics Society* 62(9), 1699-1706.
- Hustey F. & Meldon S. (2002) The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients. *Annals of Emergency Medicine* 39(3), 248-253.
- Hustey F., Meldon S., Smith M. & Lex C. (2003) The effect of mental status screening on the care of elderly emergency department patients. *Annals of Emergency Medicine* 41(5), 678-684.
- Hustey F. & Smith M. (2007) A depression screen and intervention for older ED patients. *American Journal of Emergency Medicine* 25(2), 133-137.
- Hwang U. & Morrison R. (2007) The geriatric emergency department. *Journal of the American Geriatrics Society* 55(11), 1873-1876.
- Hwang U., Richardson L., Sonuyi T. & Morrison R. (2006) The effect of emergency department crowding on the management of pain in older adults with hip fracture. *Journal of the American Geriatrics Society* 54(2), 270-275.
- Idänpään-Heikkilä U., Outinen M., Nordblad A. & Päivärinta E. (2000) *Laatukriteerit: suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille*. Stakes. Helsinki.
- Ingarfield S., Finn J., Jacobs I., Gibson N., Holman C., Jelinek G. & Flicker L. (2009) Use of emergency departments by older people from residential care: a population based study. *Age & Ageing* 38(3), 314-318.
- Institute of Medicine. (2001) *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. National Academy Press. Washington, D.C.
- Ionescu-Ittu R., McCusker J., Ciampi A., Vadeboncoeur A., Roberge D., Larouche D., Verdon J. & Pineault R. (2007) Continuity of primary care and emergency

- department utilization among elderly people. *Canadian Medical Association Journal* 177(11), 1362-1368.
- Jablonski R., Utz S., Steeves R. & Gray D. (2007) Decisions about transfer from nursing home to emergency department. *Journal of Nursing Scholarship* 39(3), 266-272.
- Jartti L., Heinonen P., Upmeyer E. & Seppälä M. (2011) Vanhus – päivystyksen suurkuluttajako? *Suomen Lääkärilehti* 66(40), 2968-2970.
- Järviluoma H. & Roivainen I. (1997) Jäsenkategorisoinnin analyysi kulttuurisena metodina. *Sosiologia: Westermarck-Seuran Julkaisu* 34(1).
- Jeffery R. (1979) Normal rubbish: deviant patients in casualty departments. *Sociology of Health & Illness* 1(1), 90-107.
- Jokinen A., Juhila K. & Suoninen E. (2012) *Kategoriat, kulttuuri & moraalit: jobdatus kategorianalyysiin*. Vastapaino. Tampere.
- Jones J., Johnson K. & McNinch M. (1996) Age as a risk factor for inadequate emergency department analgesia. *American Journal of Emergency Medicine* 14(2), 157-160.
- Kahn J. & Magauran B. (2006) Trends in geriatric emergency medicine. *Emergency Medicine Clinics of North America* 24(2), 243-260.
- Kakuma R., du Fort G., Arsenault L., Perrault A., Platt R., Monette J., Moride Y. & Wolfson C. (2003) Delirium in older emergency department patients discharged home: effect on survival. *Journal of the American Geriatrics Society* 51(4), 443-450.
- Kalula S., de Villiers L., Ross K. & Ferreira M. (2006) Management of older patients presenting after a fall – an accident and emergency department audit (abstract). *South African Medical Journal* 96(8), 718-721.
- Kara H., Bayir A., Ak A., Akinci M., Tufekci N., Degirmenci S. & Azap M. (2014) Trauma in elderly patients evaluated in a hospital emergency department in Konya, Turkey: a retrospective study. *Clinical Interventions in Aging* 9, 17-21.
- Karakoumis J., Nickel C., Kirsch M., Rohacek M., Geigy N., Muller B., Ackermann S. & Bingisser R. (2015) Emergency presentations with nonspecific complaints – the burden of morbidity and the spectrum of underlying disease: nonspecific complaints and underlying disease. *Medicine* 94(26), e840.
- Kaseva K. (2011) Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä – integroitu kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:16. Helsinki.
- Katz D., McCoy K. & Vaughan-Sarrazin M. (2015) Does greater continuity of veterans administration primary care reduce emergency department visits and hospitalization in older veterans? *Journal of the American Geriatrics Society* 63(12), 2510-2518.
- Kennedy M., Enander R., Tadiri S., Wolfe R., Shapiro N. & Marcantonio E. (2014) Delirium risk prediction, healthcare use and mortality of elderly adults in the emergency department. *Journal of the American Geriatrics Society* 62(3), 462-469.

- Kennelly S., Drumm B., Coughlan T., Collins R., O'Neill D. & Romero-Ortuno R. (2014) Characteristics and outcomes of older persons attending the emergency department: a retrospective cohort study. *Qjm* 107(12), 977-987.
- Keyes D., Singal B., Kropf C. & Fisk A. (2014) Impact of a new senior emergency department on emergency department recidivism, rate of hospital admission, and hospital length of stay. *Annals of Emergency Medicine* 63(5), 517-524.
- Kielitoimiston sanakirja. 2014. Kotimaisten kielten keskuksen verkkojulkaisuja 37. URN:NBN:fi:kotus-201434 – ISSN 2323-3370. Verkkojulkaisu HTML. Päivitetty julkaisu. Päivitetty kesäkuussa 2014. Viitattu 19.4.2016. ()
- Kihlgren A., Fagerberg I., Skovdahl K. & Kihlgren M. (2003) Referrals from home care to emergency hospital care: basis for decisions. *Journal of Clinical Nursing* 12(1), 28-36.
- Kihlgren A., Forslund K. & Fagerberg I. (2006) Managements' perception of community nurses' decision-making processes when referring older adults to an emergency department. *Journal of Nursing Management* 14(6), 428-436.
- Kihlgren A., Nilsson M. & Sørli V. (2005) Caring for older patients at an emergency department – emergency nurses' reasoning. *Journal of Clinical Nursing* 14(5), 601-608.
- Kihlgren A., Nilsson M., Skovdahl K., Palmblad B. & Wimo A. (2004) Older patients awaiting emergency department treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18(2), 169-176.
- Kihlgren A., Wimo A. & Mamhidir A. (2014) Older patients referred by community nurses to emergency departments – a descriptive cross-sectional follow-up study in a Swedish context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 28(1), 97-103.
- Kirsebom M., Hedström M., Wadensten B. & Pöder U. (2014) The frequency of and reasons for acute hospital transfers of older nursing home residents. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 58(1), 115-120.
- Kizer K. & Vassar M. (1998) Emergency department diagnosis of abdominal disorders in the elderly. *The American Journal of Emergency Medicine* 16(4), 357-362.
- Ko M., Lee Y., Chen C., Chou P. & Chu D. (2015) Prevalence of and predictors for frequent utilization of emergency department: a population-based study. *Medicine* 94(29), e1205.
- Koponen L., Rekola L., Ruotsalainen T., Lehto M., Leino-Kilpi H. & Voipio-Pulkki L. (2008) Patient knowledge of atrial fibrillation: 3-month follow-up after an emergency room visit. *Journal of Advanced Nursing* 61(1), 51-61.
- Koponen L. & Sillanpää K. (2005) Päivystyspoliklinikka potilaan, omaisen ja hoitoyöntekijän näkökulmasta. Teoksessa: Koponen L. & Sillanpää K. (toim.) *Potilaan hoito päivystyksessä*. 1. painos. Tammi. Helsinki. 23-31.
- Krippendorff K. (2013) *Content analysis: an introduction to its methodology*. 3. ed. Sage. Los Angeles.
- Kujala E. (2003) Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli: tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveystieteiden keskukseseen. Väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* (914).

- Kylmä J., Rissanen M., Laukkanen E., Nikkonen M., Juvakka T. & Isola A. (2008) Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen: esimerkkinä syöpää sairastavan nuoren vanhemman toivon vahvistaminen. *Tutkiva Hoitotyö* 6(2), 23-29.
- Kyngäs H., Elo S., Pölkki T., Kääriäinen M. & Kanste O. (2011) Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23(2), 138-148.
- Laging B., Ford R., Bauer M. & Nay R. (2015) A meta-synthesis of factors influencing nursing home staff decisions to transfer residents to hospital. *Journal of Advanced Nursing* 71(10), 2224-2236.
- LaMantia M., Platts-Mills T., Biese K., Khandelwal C., Forbach C., Cairns C., Busby-Whitehead J. & Kizer J. (2010) Predicting hospital admission and returns to the emergency department for elderly patients. *Academic Emergency Medicine* 17(3), 252-259.
- LaMantia M., Stump T., Messina F., Miller D. & Callahan C. (2016) Emergency department use among older adults with dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders* 30(1), 35-40.
- Lamb I., Eddey D. & Cameron P. (1995) Emergency department utilisation by the elderly. *Emergency Medicine* 7(2), 75-80.
- Latham L. & Ackroyd-Stolarz S. (2014) Emergency department utilization by older adults: a descriptive study. *Canadian Geriatrics Journal* 17(4), 118-125.
- Latimer J. (2000) Socialising disease: medical categories and inclusion of the aged. *The Sociological Review* 48(3), 383-407.
- Laurila J. (2011) Riittävätkö taidot vanhuksen päivystystilanteessa? *Suomen Lääkärilehti* 66(40).
- Lehto V., Seinelä L. & Aaltonen M. (2015) Tehostetun palveluasumisen asukkaiden siirrot: taustatekijät ja siirtojen syyt. *Gerontologia* 29(1), 12-24.
- Leonard C., Bein K., Latt M., Muscatello D., Veillard A. & Dinh M. (2014) Demand for emergency department services in the elderly: an 11 year analysis of the Greater Sydney Area. *Emergency Medicine Australasia* 26(4), 356-360.
- Lepper G. (2000) *Categories in text and talk: a practical introduction to categorization analysis*. SAGE Publications. London.
- Lewis L., Banet G., Blanda M., Hustey F., Meldon S. & Gerson L. (2005) Etiology and clinical course of abdominal pain in senior patients: a prospective, multi-center study. *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences & Medical Sciences* 60(8), 1071-1076.
- Li G., Lau J., McCarthy M., Schull M., Vermeulen M. & Kelen G. (2007) Emergency department utilization in the United States and Ontario, Canada. *Academic Emergency Medicine* 14(6), 582-584.
- Lim S., Mackey S. & Hong-Gu H. (2012) Elderly patients' experiences of care received in the emergency department: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 10(23), 1363-1409.
- Lim K. & Yap K. (1999) The presentation of elderly people at an emergency department in Singapore. *Singapore Medical Journal* 40(12), 742-744.

- Lindberg O. (2005) Vanhus päivystyksessä. Teoksessa: Koponen L. & Sillanpää K. (toim.) *Potilaan hoito päivystyksessä*. 1. painos. Tammi. Helsinki. 374-379.
- Lishner D., Rosenblatt R., Baldwin L. & Hart L. (2000) Emergency department use by the rural elderly. *The Journal of Emergency Medicine* 18(3), 289-297.
- Lowthian J., Curtis A., Stoelwinder J., McNeil J. & Cameron P. (2013a) Emergency demand and repeat attendances by older patients. *Internal Medicine Journal* 43(5), 554-560.
- Lowthian J., Smith C., Stoelwinder J., Smit D., McNeil J. & Cameron P. (2013b) Why older patients of lower clinical urgency choose to attend the emergency department. *Internal Medicine Journal* 43(1), 59-65.
- Lowthian J., Straney L., Brand C., Barker A., Smit D., Newnham H., Hunter P., Smith C. & Cameron P. (2016) Unplanned early return to the emergency department by older patients: the Safe Elderly Emergency Department Discharge (SEED) project. *Age & Ageing* 45(2), 255-261.
- Lumijärvi I. (1994) *Laadun arviointi sosiaali- ja terveysalan palveluyksiköissä*. Vaasan yliopisto. Vaasa.
- Lyons I. & Paterson R. (2009) Experiences of older people in emergency care settings. *Emergency Nurse* 16(10), 26-31.
- Lyttle D. & Ryan A. (2010) Factors influencing older patients' participation in care: a review of the literature. *International Journal of Older People Nursing* 5(4), 274-282.
- Malmström R., Kiura E., Malmström T., Torkki P. & Mäkelä M. (2012) Päivystyspotilaiden kiireellisyysluokittelut Suomessa erilaiset kuin Ruotsissa. *Suomen Lääkärilehti* 67(9), 699-703.
- Mäntyranta T., Elonheimo O. & Brommels M. (2005) Mitä on terveystalouden palvelujen tarve? *Suomen Lääkärilehti* 60(34), 3281-3284.
- Marty H., Bogenstätter Y., Franc G., Tschan F. & Zimmermann H. (2013) How well informed are patients when leaving the emergency department? Comparing information provided and information retained. *Emergency Medicine Journal* 30(1), 53-57.
- McCloskey R. (2011) A qualitative study on the transfer of residents between a nursing home and an emergency department. *Journal of the American Geriatrics Society* 59(4), 717-724.
- McCusker J., Bellavance F., Cardin S., Trepanier S., Verdon J. & Ardman O. (1999) Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. *Journal of the American Geriatrics Society* 47(10), 1229-1237.
- McCusker J., Cardin S., Bellavance F. & Belzile E. (2000) Return to the emergency department among elders: patterns and predictors. *Academic Emergency Medicine* 7(3), 249-259.
- McCusker J., Healey E., Bellavance F. & Connolly B. (1997) Predictors of repeat emergency department visits by elders. *Academic Emergency Medicine* 4(6), 581-588.

- McCusker J., Karp I., Cardin S., Durand P. & Morin J. (2003) Determinants of emergency department visits by older adults: a systematic review. *Academic Emergency Medicine* 10(12), 1362-1370.
- McCusker J. & Verdon J. (2006) Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences & Medical Sciences* 61(1), 53-62.
- McCusker J., Roberge D., Vadeboncoeur A. & Verdon J. (2009) Safety of discharge of seniors from the emergency department to the community. *Healthcare Quarterly* 12(Spec Patient), 24-32.
- McMahon C., Power Foley M., Robinson D., O'Donnell K., Poulton M., Kenny R. & Bennett K. (2016) High prevalence of frequent attendance in the over 65s. *European Journal of Emergency Medicine* (Julkaistu verkkoversiona 2.5.2016).
- McNamara R., Rousseau E. & Sanders A. (1992) Geriatric emergency medicine: a survey of practicing emergency physicians. *Annals of Emergency Medicine* 21(7), 796-801.
- Meldon S., Emerman C. & Schubert D. (1997a) Recognition of depression in geriatric ED patients by emergency physicians. *Annals of Emergency Medicine* 30(4), 442-447.
- Meldon S., Emerman C., Schubert D., Moffa D. & Etheart R. (1997b) Depression in geriatric ED patients: prevalence and recognition. *Annals of Emergency Medicine* 30(2), 141-145.
- Meldon S., Mion L., Palmer R., Drew B., Connor J., Lewicki L., Bass D. & Emerman C. (2003) A brief risk-stratification tool to predict repeat emergency department visits and hospitalizations in older patients discharged from the emergency department. *Academic Emergency Medicine* 10(3), 224-232.
- Mitchell J. & Young I. (2010) Utilization of a UK emergency department by care home residents: a retrospective observational study. *European Journal of Emergency Medicine* 17(6), 322-324.
- Moons P., Ridder K., Geyskens K., Sabbe M., Braes T., Flamaing J. & Milisen K. (2007) Screening for risk of readmission of patients aged 65 years and above after discharge from the emergency department: predictive value of four instruments. *European Journal of Emergency Medicine* 14(6), 315-323.
- Morphet J., Innes K., Griffiths D., Crawford K. & Williams A. (2015) Resident transfers from aged care facilities to emergency departments: can they be avoided? *Emergency Medicine Australasia* 27(5), 412-418.
- Mylläri E., Kirsi T. & Valvanne J. (2014) Miksi iäkäs ihminen lähtee päivystykseen? Laadullinen tutkimus kotona asuvien ikäihmisten päivystykseen lähtemispäätökseen vaikuttavista tekijöistä. Kuntaliiton Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus -projektin julkaisu nro 2. Kuntaliitto.
- Naughton B., Moran M., Kadah H., Heman-Ackah Y. & Longano J. (1995) Delirium and other cognitive impairment in older adults in an emergency department. *Annals of Emergency Medicine* 25(6), 751-755.

- Naughton C., Drennan J., Treacy P., Fealy G., Kilkenny M., Johnson F. & Butler M. (2010) The role of health and non-health-related factors in repeat emergency department visits in an elderly urban population. *Emergency Medicine Journal* 27(9), 683-687.
- Nemec M., Koller M., Nickel C., Maile S., Winterhalder C., Karrer C., Laifer G. & Bingisser R. (2010) Patients presenting to the emergency department with non-specific complaints: the Basel non-specific complaints (BANC) study. *Academic Emergency Medicine* 17(3), 284-292.
- Nerney M., Chin M., Jin L., Karrison T., Walter J., Mulliken R., Miller A., Hayley D. & Friedmann P. (2001) Factors associated with older patients' satisfaction with care in an inner-city emergency department. *Annals of Emergency Medicine* 38(2), 140-145.
- Neufeld E., Viau K., Hirdes J. & Warry W. (2015) Predictors of frequent emergency department visits among rural older adults in Ontario using the Resident Assessment Instrument-Home Care. *Australian Journal of Rural Health* 24(2), 115-122.
- Nickel C., Nemec M. & Bingisser R. (2009) Weakness as presenting symptom in the emergency department. *Swiss Medical Weekly* 139(17-18), 271-272.
- Nie J., Wang L., Tracy C., Moineddin R. & Upshur R. (2008) Health care service utilization among the elderly: findings from the Study to Understand the Chronic Condition Experience of the Elderly and the Disabled (SUCCEED project). *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 14(6), 1044-1049.
- Nikander P. (2010) Jäsenkategoria-analyysi ja haastattelun kulttuuriset jäsennykset. Teoksessa: Ruusuvuori J., Nikander P. & Hyvärinen M. (toim.) *Haastattelun analyysi*. Vastapaino. Tampere. 242-268.
- Niska R., Bhuiya F. & Xu J. (2010) National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2007 emergency department summary. *National Health Statistics Reports*. No 26. National Center for Health Statistics. Viitattu 30.11.2016. Saatavilla internetissä: <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr026.pdf>.
- Nolan M. (2009) Older patients in the emergency department: what are the risks? *Journal of Gerontological Nursing* 35(12), 14-18.
- Nydén K., Petersson M. & Nyström M. (2003) Unsatisfied basic needs of older patients in emergency care environments – obstacles to an active role in decision making. *Journal of Clinical Nursing* 12(2), 268-274.
- O'Connell B., Hawkins M., Considine J. & Au C. (2013) Referrals to hospital emergency departments from residential aged care facilities: stuck in a time warp. *Contemporary Nurse* 45(2), 228-233.
- Oliver D. (2008) 'Acopia' and 'social admission' are not diagnoses: why older people deserve better. *Journal of the Royal Society of Medicine* 101(4), 168-174.
- Olofsson P., Carlström E. & Bäck-Pettersson S. (2012) During and beyond the triage encounter: chronically ill elderly patients' experiences throughout their emergency department attendances. *International Emergency Nursing* 20(4), 207-213.

- O'Neill B., Parkinson L., Dwyer T. & Reid-Searl K. (2015) Nursing home nurses' perceptions of emergency transfers from nursing homes to hospital: a review of qualitative studies using systematic methods. *Geriatric Nursing* 36(6), 423-430.
- Onen S., Onen F., Mangeon J., Abidi H., Courpron P. & Schmidt J. (2005) Alcohol abuse and dependence in elderly emergency department patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 41(2), 191-200.
- Ostir G., Schenkel S., Berges I., Kostelec T. & Pimentel L. (2016) Cognitive health and risk of ED revisit in underserved older adults. *American Journal of Emergency Medicine* 34(10), 1973-1976.
- Øvretveit J. (1992) *Health service quality: an introduction to quality methods for health services*. Blackwell. Oxford.
- Owens D. & Batchelor C. (1996) Patient satisfaction and the elderly. *Social Science & Medicine* 42(11), 1483-1491.
- Pajarinen J. (2009) Olkanivelen sijoiltaanmenon hoito. *Duodecim* 125(22), 2441-2447.
- Palmer E., Leblanc-Duchin D., Murray J. & Atkinson P. (2014) Emergency department use: is frequent use associated with a lack of primary care provider? *Canadian Family Physician* 60(4), 223-229.
- Palonen M., Kaunonen M., Helminen M. & Åstedt-Kurki P. (2015) Discharge education for older people and family members in emergency department: a cross-sectional study. *International Emergency Nursing* 23(4), 306-311.
- Paniagua M., Malphurs J. & Phelan E. (2006) Older patients presenting to a county hospital ED after a fall: missed opportunities for prevention. *American Journal of Emergency Medicine* 24(4), 413-417.
- Parke B., Hunter K., Strain L., Marck P., Waugh E. & McClelland A. (2013) Facilitators and barriers to safe emergency department transitions for community dwelling older people with dementia and their caregivers: a social ecological study. *International Journal of Nursing Studies* 50(9), 1206-1218.
- Paul P., Heng B., Seow E., Molina J. & Tay S. (2010) Predictors of frequent attenders of emergency department at an acute general hospital in Singapore. *Emergency Medicine Journal* 27(11), 843-848.
- Penney W. & Wellard S. (2007) Hearing what older consumers say about participation in their care. *International Journal of Nursing Practice* 13(1), 61-68.
- Pereira G., Bulik C., Weaver M., Holland W. & Platts-Mills T. (2015) Malnutrition among cognitively intact, noncritically ill older adults in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine* 65(1), 85-91.
- Peters M. (2010) The older adult in the emergency department: aging and atypical illness presentation. *Journal of Emergency Nursing* 36(1), 29-34.
- Pines J., Mullins P., Cooper J., Feng L. & Roth K. (2013) National trends in emergency department use, care patterns, and quality of care of older adults in the United States. *Journal of the American Geriatrics Society* 61(1), 12-17.
- Pitts S., Niska R., Xu J. & Burt C. (2008) National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2006 emergency department summary. *National Health Statistics*

- Reports No 7. National Center for Health Statistics. Viitattu 30.11.2016. Saatavilla internetissä: <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr007.pdf>.
- Platts-Mills T., Esserman D., Brown D., Bortsov A., Sloane P. & McLean S. (2012) Older US emergency department patients are less likely to receive pain medication than younger patients: results from a national survey. *Annals of Emergency Medicine* 60(2), 199-206.
- Platts-Mills T. & Glickman S. (2014) Measuring the value of a senior emergency department: making sense of health outcomes and health costs. *Annals of Emergency Medicine* 63(5), 525-527.
- Platts-Mills T., Travers D., Biese K., McCall B., Kizer S., LaMantia M., Busby-Whitehead J. & Cairns C. (2010) Accuracy of the Emergency Severity Index triage instrument for identifying elder emergency department patients receiving an immediate life-saving intervention. *Academic Emergency Medicine* 17(3), 238-243.
- Pohjola A. (1997) Asiaa asiakkaalta. Teoksessa: Salmela T. (toim.) *Autetaaneko asiakaasta –palvellaanko potilasta?* Atena. Jyväskylä. 168-186.
- Potilaana Tays Ensiapu Acutassa. Tiedonanto Tampereen yliopistollisen sairaalan Internet-sivustolla. , Sivusto päivitetty 26.4.2016 Viitattu 29.11.2016. Saatavilla internetissä: http://www.pshp.fi/fi-FI/Paivystys/Tays_Ensiapu_Acuta/Potilaana_Tays_Ensiapu_Acutassa%2846936%29 (11/10.2016).
- Press Y., Margulin T., Grinshpun Y., Kagan E., Snir Y., Berzak A. & Clarfield M. (2009) The diagnosis of delirium among elderly patients presenting to the emergency department of an acute hospital. *Archives of Gerontology & Geriatrics* 48(2), 201-204.
- Reissell E., Kokko S., Milen A., Pekurinen M., Pitkänen N., Blomgren S. & Erhola M. (2012.) Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystys Suomessa 2011. Raportti / Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL): 30/2012.
- Richardson L. & Hwang U. (2001) Access to care: a review of the emergency medicine literature. *Academic Emergency Medicine* 8(11), 1030-1036.
- Richardson S., Casey M. & Hider P. (2007) Following the patient journey: older persons' experiences of emergency departments and discharge. *Accident & Emergency Nursing* 15(3), 134-140.
- Robinson S. & Mercer S. (2007) Older adult care in the emergency department: identifying strategies that foster best practice. *Journal of Gerontological Nursing* 33(7), 40-47.
- Rossille D., Cuggia M., Arnault A., Bouget J. & Le Beux P. (2008) Managing an emergency department by analysing HIS medical data: a focus on elderly patient clinical pathways. *Health Care Management Science* 11(2), 139-146.
- Rowland K., Maitra A., Richardson D., Hudson K. & Woodhouse K. (1990) The discharge of elderly patients from an accident and emergency department: functional changes and risk of readmission. *Age and Ageing* 19(6), 415-418.

- Runciman P., Currie C., Nicol M., Green L. & McKay V. (1996) Discharge of elderly people from an accident and emergency department: evaluation of health visitor follow-up. *Journal of Advanced Nursing* 24(4), 711-718.
- Rutschmann O., Chevalley T., Zumwald C., Luthy C., Vermeulen B. & Sarasin F. (2005) Pitfalls in the emergency department triage of frail elderly patients without specific complaints. *Swiss Medical Weekly* 135(9-10), 145-150.
- Saeef S., Carr C., Bush J.S., Bartman M., Sendor A., Zhao W., Su Z., Zhang J., Marsden J., Arnaud J., Melvin C., Lenert L., Moran W., Mauldin P. & Obeid J. (2016) A comprehensive view of frequent emergency department users based on data from a regional HIE. *Southern Medical Journal* 109(7), 434-439.
- Saleh S. & Szebenyi S. (2005) Resource use of elderly emergency department patients with alcohol-related diagnoses. *Journal of Substance Abuse Treatment* 29(4), 313-319.
- Salmela T. (1997a) *Asiakaspalautteen haaste: menetelmiä ja esimerkkejä*. Oppaita / Stakes: 32. Helsinki.
- Salmela T. (1997b) Tyytyväisyys mykistää, dialogi avaa hanat. Teoksessa: Salmela T. (toim.) *Autetaanko asiakasta – palvelaanko potilasta?* Atena. Jyväskylä. 187-205.
- Salter A., Khan K., Donaldson M., Davis J., Buchanan J., Abu-Laban R., Cook W., Lord S. & McKay H. (2006) Community-dwelling seniors who present to the emergency department with a fall do not receive Guideline care and their fall risk profile worsens significantly: a 6-month prospective study. *Osteoporosis International* 17(5), 672-683.
- Salvi F., Morichi V., Grilli A., Giorgi R., De Tommaso G. & Dessi-Fulgheri P. (2007) The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. *Internal & Emergency Medicine* 2(4), 292-301.
- Salvi F., Morichi V., Grilli A., Giorgi R., Spazzafumo L., Polonara S., De Tommaso G., Rappelli A. & Dessi-Fulgheri P. (2008) A geriatric emergency service for acutely ill elderly patients: pattern of use and comparison with a conventional emergency department in Italy. *Journal of the American Geriatrics Society* 56(11), 2131-2138.
- Salvi F., Morichi V., Grilli A., Lancioni L., Spazzafumo L., Polonara S., Abbatecola A., De Tommaso G., Dessi-Fulgheri P. & Lattanzio F. (2012a) Screening for frailty in elderly emergency department patients by using the Identification of Seniors At Risk (ISAR). *Journal of Nutrition, Health & Aging* 16(4), 313-318.
- Salvi F., Mattioli A., Giannini E., Vita D., Morichi V., Fallani M., Dessi-Fulgheri P. & Cherubini A. (2013) Pattern of use and presenting complaints of older patients visiting an emergency department in Italy. *Aging – Clinical & Experimental Research* 25(5), 583-590.
- Salvi F., Morichi V., Grilli A., Spazzafumo L., Giorgi R., Polonara S., De Tommaso G. & Dessi-Fulgheri P. (2009) Predictive validity of the Identification of Seniors At Risk (ISAR) screening tool in elderly patients presenting to two Italian Emergency Departments. *Aging-Clinical & Experimental Research* 21(1), 69-75.

- Salvi F., Morichi V., Lorenzetti B., Rossi L., Spazzafumo L., Luzi R., De Tommaso G. & Lattanzio F. (2012b) Risk stratification of older patients in the emergency department: comparison between the Identification of Seniors at Risk and Triage Risk Screening Tool. *Rejuvenation Research* 15(3), 288-294.
- Samaras N., Chevalley T., Samaras D. & Gold G. (2010) Older patients in the emergency department: a review. *Annals of Emergency Medicine* 56(3), 261-269.
- Saveman B. & Björnstig U. (2011) Unintentional injuries among older adults in northern Sweden – a one-year population-based study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25(1), 185-193.
- Schnitker L., Martin-Khan M., Beattie E. & Gray L. (2011) Negative health outcomes and adverse events in older people attending emergency departments: A systematic review. *Australasian Emergency Nursing Journal* 14(3), 141-162.
- Schrijver E., Toppinga Q., de Vries O., Kramer M. & Nanayakkara P. (2013) An observational cohort study on geriatric patient profile in an emergency department in the Netherlands. *Netherlands Journal of Medicine* 71(6), 324-330.
- Schumacher J. (2005) Emergency medicine and older adults: continuing challenges and opportunities. *American Journal of Emergency Medicine* 23(4), 556-560.
- Schumacher J., Deimling G., Meldon S. & Woolard B. (2006) Older adults in the emergency department: predicting physicians' burden levels. *The Journal of Emergency Medicine* 30(4), 455-460.
- Schuur J. & Venkatesh A. (2012) The growing role of emergency departments in hospital admissions. *New England Journal of Medicine* 367(5), 391-393.
- Shah M., Rathouz P. & Chin M. (2001) Emergency department utilization by noninstitutionalized elders. *Academic Emergency Medicine* 8(3), 267-273.
- Shankar K., Bhatia B. & Schuur J. (2014) Toward patient-centered care: a systematic review of older adults' views of quality emergency care. *Annals of Emergency Medicine* 63(5), 529-550.e1.
- Shanley C., Sutherland S., Stott K., Tumeth R. & Whitmore E. (2008) Increasing the profile of the care of the older person in the ED: a contemporary nursing challenge. *International Emergency Nursing* 16(3), 152-158.
- Shanley C., Whitmore E., Conforti D., Masso J., Jayasinghe S. & Griffiths R. (2011) Decisions about transferring nursing home residents to hospital: highlighting the roles of advance care planning and support from local hospital and community health services. *Journal of Clinical Nursing* 20(19-20), 2897-2906.
- Sitzia J. & Wood N. (1997) Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science & Medicine* 45(12), 1829-1843.
- Skar P., Bruce A. & Sheets D. (2015) The organizational culture of emergency departments and the effect on care of older adults: a modified scoping study. *International Emergency Nursing* 23(2), 174-178.
- Smith A., McCarthy E., Weber E., Cenzer I., Boscardin J., Fisher J. & Covinsky K. (2012) Half of older Americans seen in emergency department in last month of life; most admitted to hospital, and many die there. *Health Affairs* 31(6), 1277-1285.

- Sona A., Maggiani G., Astengo M., Comba M., Chiusano V., Isaia G., Merlo C., Pricop L., Quagliotti E., Moiraghi C., Fonte G. & Bo M. (2012) Determinants of recourse to hospital treatment in the elderly. *European Journal of Public Health* 22(1), 76-80.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 782/2014. Annettu Helsingissä 23.9.2014. Valtion säädöstietopankki Finlex, Säädökset alkuperäisinä. Viitattu 27.9.2016. Saatavilla internetissä: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20140782>.
- Spilisbury K., Meyer J., Bridges J. & Holman C. (1999) Older adults' experiences of A&E care. *Emergency Nurse* 7(6), 24-31.
- Staniszewska S. & Ahmed L. (1999) The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? *Journal of Advanced Nursing* 29(2), 364-372.
- Stein-Parbury J., Gallagher R., Fry M., Chenoweth L. & Gallagher P. (2015) Expectations and experiences of older people and their carers in relation to emergency department arrival and care: a qualitative study in Australia. *Nursing & Health Sciences* 17(4), 476-482.
- Stiffler K., Finley A., Midha S. & Wilber S. (2013) Frailty assessment in the emergency department. *The Journal of Emergency Medicine* 45(2), 291-298.
- STM. (2014.) Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä. Suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:7.
- STM. (2010) Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4.
- Stokoe E. (2012) Moving forward with membership categorization analysis: methods for systematic analysis. *Discourse Studies* 14(3), 277-303.
- Strandvik T. (1994) *Tolerance zones in perceived service quality*. Svenska handelshögskolan. Helsingfors.
- Street M., Marriott J. & Livingston P. (2012) Emergency department access targets and the older patient: a retrospective cohort study of emergency department presentations by people living in residential aged care facilities. *Australasian Emergency Nursing Journal* 15(4), 211-218.
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste (verkkojulkaisu). ISSN=1798-5137. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 9.5.2017. Saatavilla internetissä: <http://www.stat.fi/til/vaenn/yht.html>.
- Sztompka P. (1999) *Trust: a sociological theory*. Cambridge University Press. Cambridge, UK.
- Taylor C. & Benger J. (2004) Patient satisfaction in emergency medicine. *Emergency Medicine Journal* 21(5), 528-532.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Annettu Helsingissä 30.12.2010. Valtion säädöstietopankki Finlex, Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 27.9.2016. Saatavilla internetissä: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

- Thompson A. (2007) The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy. *Social Science & Medicine* 64(6), 1297-1310.
- Tirrell G., Sri-on J., Lipsitz L., Camargo C., Kabrhel C. & Liu S. (2015) Evaluation of older adult patients with falls in the emergency department: discordance with national guidelines. *Academic Emergency Medicine* 22(4), 461-467.
- Trahan L., Spiers J. & Cummings G. (2016) Decisions to transfer nursing home residents to emergency departments: a scoping review of contributing factors and staff perspectives. *Journal of the American Medical Directors Association* 17(11), 994-1005.
- Trout A., Magnusson A. & Hedges J. (2000) Patient satisfaction investigations and the emergency department: what does the literature say? *Academic Emergency Medicine* 7(6), 695-709.
- Tuomi J. & Sarajärvi A. (2009) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 5., uud. laitos. Tammi. Helsinki.
- Tuomisto J. (2001) Torjunta-aineet. Orgaaniset ympäristömyrkyt. Teoksessa: Koulu M. & Tuomisto J. (toim.) *Farmakologia ja toksikologia*. 6. painos. Kuopio: Medicina. 1081-1096.
- Vandewoude M., Geerts C., d'Hooghe A. & Paridaens K. (2006) [A screening tool to identify older people at risk of adverse health outcomes at the time of hospital admission]. *Tijdschrift Voor Gerontologie En Geriatrie* 37(5), 203-209.
- Vanpee D., Swine C., Vandebossche P. & Gillet J. (2001) Epidemiological profile of geriatric patients admitted to the emergency department of a university hospital localized in a rural area. *European Journal of Emergency Medicine* 8(4), 301-304.
- Vilka H. (2015) *Tutki ja kehitä*. 4. uud. painos. PS-kustannus. Jyväskylä.
- Vilpert S., Ruedin H., Trueb L., Monod-Zorzi S., Yersin B. & Bula C. (2013) Emergency department use by oldest-old patients from 2005 to 2010 in a Swiss university hospital. *BMC Health Services Research* 13, 344.
- Vivanti A., McDonald C., Palmer M. & Sinnott M. (2009) Malnutrition associated with increased risk of frail mechanical falls among older people presenting to an emergency department. *Emergency Medicine Australasia* 21(5), 386-394.
- Voipio-Pulkki L. (2005) Oikeus kiireelliseen hoitoon päivystyksen järjestämisen lähtökohtana. Teoksessa: Koponen L. & Sillanpää K. (toim.) *Potilaan hoito päivystyksessä*. 1. painos. Tammi. Helsinki. 18-22.
- Wajnberg A., Hwang U., Torres L. & Yang S. (2012) Characteristics of frequent geriatric users of an urban emergency department. *Journal of Emergency Medicine* 43(2), 376-381.
- Walter-Ginzburg A., Chetrit A., Medina C., Blumstein T., Gindin J. & Modan B. (2001) Physician visits, emergency room utilization, and overnight hospitalization in the old-old in Israel: the cross-sectional and longitudinal aging study (CALAS). *Journal of the American Geriatrics Society* 49(5), 549-556.

- Wang F., Chang Y., Chien W. & Li H. (2015) Injury and medical expenditure in emergency department visits of older veterans. *Geriatrics & Gerontology International* (Julkaistu verkkoversiona 13.10.2015).
- Wang H., Shah M., Allman R. & Kilgore M. (2011) Emergency department visits by nursing home residents in the United States. *Journal of the American Geriatrics Society* 59(10), 1864-1872.
- Watson W., Marshall E. & Fosbinder D. (1999) Elderly patients' perceptions of care in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing* 25(2), 88-92.
- Way R., Lynch T. & Bridges J. (2008) Learning from older people who use urgent care services. *Emergency Nurse* 16(2), 20-22.
- Weiss A., Wier L., Stocks C. & Blanchard J. (2014) Overview of emergency department visits in the United States, 2011. HCUP Statistical Brief #174. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Viitattu 16.2.2016. Saatavilla internetissä: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb174-Emergency-Department-Visits-Overview.pdf>.
- Welch S. (2010) Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department: a qualitative review. *American Journal of Medical Quality* 25(1), 64-72.
- Wilber S., Blanda M. & Gerson L. (2006) Does functional decline prompt emergency department visits and admission in older patients? *Academic Emergency Medicine* 13(6), 680-682.
- Wilson D. & Truman C. (2005) Comparing the health services utilization of long-term-care residents, home-care recipients, and the well elderly. *Canadian Journal of Nursing Research* 37(4), 138-154.
- Wolinsky F., Liu L., Miller T., An H., Geweke J., Kaskie B., Wright K., Chrischilles E., Pavlik C., Cook E., Ohsfeldt R., Richardson K., Rosenthal G. & Wallace R. (2008) Emergency department utilization patterns among older adults. *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences & Medical Sciences* 63(2), 204-209.
- Wu C., Bell C. & Wodchis W. (2012) Incidence and economic burden of adverse drug reactions among elderly patients in Ontario emergency departments. *Drug Safety* 35(9), 769-781.
- Yeo Y., Lee S., Lim C., Quek L. & Ooi S. (2009) A review of elderly injuries seen in a Singapore emergency department. *Singapore Medical Journal* 50(3), 278-283.
- Yim V., Graham C. & Rainer T. (2009) A comparison of emergency department utilization by elderly and younger adult patients presenting to three hospitals in Hong Kong. *International Journal of Emergency Medicine* 2(1), 19-24.
- Yip W., Fan K., Lui C., Leung L., Ng F. & Tsui K. (2015) Utilization of the accident & emergency departments by Chinese elderly in Hong Kong. *World Journal of Emergency Medicine* 6(4), 283-288.
- Ylä-Mononen S., Palonen M., Koivisto A. & Åstedt-Kurki P. (2014) Iäkkäiden päivystyspotilaiden uusintakäyntien syyt ja niihin yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* 26(4), 299-309.

- Zechner M. (2007) Puolisoitaan hoivaavien luottamus vanhuspalveluihin. Teoksessa: Seppänen M., Karisto A. & Kröger T. (toim.) *Vanhuus ja sosiaalityö: sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä*. PS-kustannus. Jyväskylä. 139-166.
- Zeithaml V., Parasuraman A. & Berry L. (1990) *Delivering quality service: balancing customer perceptions and expectations*. Free Press. New York.

Liitteet

Liite 1. Tutkittaville annettu tiedote tutkimuksesta

Liite 2. Suostumus tutkimukseen osallistumiseen

Liite 3. Teemahaastattelurunko

Liite 1. Tutkittaville annettu tiedote tutkimuksesta

28.8.2012

Tampereen yliopisto
Lääketieteen yksikkö
Geriatrian oppiala

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Tutkimus iäkkäiden päivystyspotilaiden hoidon laadusta

Pyydän Teitä osallistumaan tutkimukseen, jossa tutkitaan iäkkäiden henkilöiden kokemuksia saamastaan hoidosta päivystyksessä. Tutkimuksessa haastatellaan 75 vuotta täyttäneitä tamperelaisia henkilöitä, jotka ovat käyneet vuoden 2012 aikana Tampereen päivystyspoliklinikka Acutassa äkillisen sairastumisen vuoksi. Tämän kirjallisen tiedotteen ja suullisesti annettun informaation lisäksi Teillä on mahdollisuus kysymysten esittämiseen, minkä jälkeen Teiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumiseen.

Tutkimuksen tarkoitus

Tutkimuksen tavoitteena on iäkkäiden päivystyspotilaiden hoidon laadun parantaminen. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut siitä puoltavan lausunnon.

Tutkimuksen kulku

Mikäli olette halukas osallistumaan tutkimukseen, pyydän Teitä antamaan yhteystietonne ja allekirjoituksenne erilliseen lomakkeeseen. Otan Teihin mahdollisimman pian yhteyttä, jotta voimme sopia Teille sopivan ajan haastattelun tekemistä varten. Mikäli vointinne sallii, haastattelu olisi hyvä tehdä kahden (2) viikon sisällä päivystyskäynnistä. Haastattelu voidaan tehdä kotonanne, mikäli tämä Teille sopii. Haastattelu voidaan tehdä myös jatkohoitopaikassa, jonne Teidät mahdollisesti on päivystyksestä ohjattu (esimerkiksi terveyskeskuksessa tai sairaalassa). Haastatteluun menee aikaa noin tunnin verran.

Pyydän Teiltä lupaa myös siihen, että saisin katsoa sähköisistä potilaskertomustiedoistanne tiettyjä Teitä koskevia taustatietoja tutkimusta varten. Näitä taustatietoja ovat aikaisemmin Teillä todetut sairaudet, käytössänne olevat lääkitykset, aikaisemmat käyntinne päivystyksessä, tulossyynne päivystykseen, Teille päivystyksessä tehdyt tutkimukset ja toimenpiteet sekä diagnoosi ja jatkohoitosuunnitelma.

(Liite 1 jatkuu)

Tutkimukseen liittyvät hyödyt ja haitat

Tutkimukseen osallistumisesta ei ole Teille välitöntä hyötyä, mutta tutkimuksen tuloksista saattaa olla hyötyä iäkkäiden päiväystyöpotilaiden hoidon laadun parantamisessa. Haittana tutkimukseen osallistumisesta Teille on haastatteluun kuluva aika ja mahdollinen rasitus. Haastatteluun osallistumisesta ei makseta Teille eikä siitä aiheudu Teille kustannuksia.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Haastattelussa kertomianne asioita sekä potilaskertomustietojanne tullaan käsittelemään henkilötietolain edellyttämällä tavalla luottamuksellisesti ja nimettömästi niin, etteivät Teitä koskevat asiat tule sivullisten tietoon eikä Teitä voida tutkimuksen tuloksista tunnistaa. Tutkimuksessa kerättyä aineistoa säilytetään lukitussa paikassa ja aineisto hävitetään, kun tutkimus on valmis.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on Teille täysin vapaaehtoista ja voitte missä vaiheessa tahansa kieltäytyä siitä tai perua suostumuksenne syytä ilmoittamatta. Tutkimuksesta kieltäytyminen tai sen keskeyttäminen ei vaikuta millään tavoin päivystyksessä saamaanne hoitoon.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Tutkimus julkaistaan lääketieteen lisensiaatti Elina Myllärin väitöskirjana.

Lisätiedot

Mikäli Teillä on tutkimukseen liittyviä kysymyksiä, tutkija Elina Mylläri vastaa niihin mielellään (puh. --- - --- ---).

Ystävällisesti kiittäen

Elina Mylläri
Lääketieteen lisensiaatti, väitöskirjatutkija
Tampereen Yliopisto

Jaakko Valvanne
Geriatrian professori
Tampereen Yliopisto

Liite 2.

Suostumus tutkimukseen osallistumiseen

28.8.2012

Tampereen yliopisto
Lääketieteen yksikkö
Geriatrian oppiala

TUTKITTAVAN SUOSTUMUS

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen ja olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijalle kysymyksiä. Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä perua suostumukseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

Tampereella ____. ____.2012

Tampereella ____. ____.2012

Allekirjoitus

Allekirjoitus

Nimenselvennys

Nimenselvennys

Syntymäaika

Katuosoite

Postinumero ja -toimipaikka

Puhelinnumero

Kiitos!

Liite 3.

Teemahaastattelurunko

- Haastattelut aloitettiin toteamuksella, että haastateltava oli hiljattain käynyt päivystyksessä Acutassa, ja häntä pyydettiin kertomaan käynnistään. Tarpeen mukaan esitettiin täydentäviä tai selventäviä lisäkysymyksiä koskien esimerkiksi oireiden alkua ja päivystyskäynnin tapahtumien kulkua.
- Haastateltavilta tiedusteltiin, millaisia tunteita ja ajatuksia heillä oli ollut mielessä yhtäältä oireiden alkaessa ja päivystykseen lähtemistä harkittaessa, toisaalta päivystyskäynnin aikana sekä sen jälkeen.
- Haastateltavilta kysyttiin, mitä päivystyskäynnistä jäi päällimmäisenä mieleen. Täydentävänä kysymyksenä tiedusteltiin, millaisia seikkoja jäi myönteisenä ja mitä seikkoja kielteisenä mieleen.
- Haastattelua jatkettiin toteamuksella siitä, että haastateltava oli todennäköisesti kohdannut päivystyksessä ainakin yhden lääkärin ja hoitajan. Haastateltavia pyydettiin kertomaan siitä, millaisena he olivat kokeneet nämä kohtaamiset.
- Haastateltavilta tiedusteltiin, millaista tietoa he olivat saaneet lääkäriltä ja/tai hoitajalta siitä, mistä on kyse, mitä tehdään ja miksi. Tarvittaessa esitettiin tiedon-saantia koskevia täydentäviä lisäkysymyksiä. Tämän jälkeen tiedusteltiin, oliko haastateltavilla itsellään ollut jotain tiettyjä hoitoa koskevia toivomuksia tai ehdotuksia ja olivatko he ilmaisseet nämä näkemyksensä henkilökunnalle.
- Haastateltavilta kysyttiin, millaisena he kokivat mahdollisen odotusajan. Täydentävinä tai selventävinä kysymyksinä tiedusteltiin, mitkä seikat olivat tärkeitä silloin, jos potilas joutui odottamaan, ja millainen odotus oli haastateltavien mielestä sallittavissa tai siedettävissä. Tarvittaessa esitettiin lisäkysymyksiä koskien esimerkiksi tapahtumien kulkua ja odotusajan kestoa.
- Haastateltavia pyydettiin kertomaan oireistaan ja siitä, miten nämä oireet huomioitiin päivystyskäynnin aikana.
- Haastattelua jatkettiin toteamuksella siitä, että jokaisella ihmisellä on tiettyjä perustarpeita kuten tarve syömiseen, juomiseen ja WC:hen pääsyyn. Haastateltavilta kysyttiin, miten he kokivat tällaisten tarpeiden tulleen huomioiduksi päivystyskäynnin aikana.
- Haastateltavia pyydettiin kuvailemaan päivystyspoliklinikkaa itsessään ja kertoamaan, millaisiin seikkoihin he olivat siellä ollessaan kiinnittäneet huomiota.
- Haastateltavia pyydettiin arvioimaan, millaisia ennako-odotuksia tai -käsitteitä heillä oli ollut päivystyspoliklinikkaa ja -käyntiä koskien. Täydentävänä kysymyksenä tiedusteltiin tarvittaessa, olivatko ennakkokäsitteet pohjautuneet esimerkiksi aiempiin omakohtaisiin kokemuksiin, tuttavien kertomaan tai julkisuudesta kuultuihin seikkoihin.

(Liite 3 jatkuu)

- Haastattelua jatkettiin pyynnöllä arvioida yleisellä tasolla sitä, millaista oli iäkkään päivystyspotilaan laadukas hoito. Täydentävinä tai selventävinä kysymyksinä haastateltavien kehoitettiin esimerkiksi kertomaan, millaiset seikat heidän mielestään olivat laadun kannalta tärkeitä, mitä olivat laadukkaan hoidon kriteerit ja mitkä tekijät olivat erityisen tärkeitä iäkkäiden potilaiden kohdalla. Lisäkysymyksenä tarvittaessa tiedusteltiin, kokiko haastateltava itse saaneensa mainitsemiensa laatukriteerien mukaista hoitoa.
- Haastateltavilta tiedusteltiin, miten hoidon laatua oli heidän mielestään mahdollista parantaa.
- Haastateltavia pyydettiin vielä kertomaan, millaisia terveisiä, parannusehdotuksia tai muuta palautetta he lähettäisivät yhtäältä päivystyksen työntekijöille ja toisaalta johtajille sekä päättäjille.
- Haastattelu päätettiin tiedusteluun, oliko jotain muuta, mitä haastateltava haluaisi vielä sanoa.