



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Raskaudenkeskeytys- kaikki tunteet sallittu

Soile Happonen & Ella Stadig

2018 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Raskaudenkeskeytys-kaikki tunteet sallittu

Soile Happonen & Ella Stadig
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2018

Soile Happonen & Ella Stadig

Raskaudenkeskeytys- kaikki tunteet sallittu

Vuosi 2018 Sivumäärä 55

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa potilaslähtöisyyden toteutumista ja potilaslähtöisyyden kehittämiskohteita raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyössä hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tavoitteena oli kehittää raskaudenkeskeytyspotilaiden hoitotyön potilaslähtöisyyden laatua Kätilöopiston naistentautien poliklinikalla. Tämän opinnäytetyön taustalla oli HUS/HYKS naistentautien ja synnytysten yksikön tarve saada ajankohtaista tietoa potilaslähtöisyyden nykytilasta raskaudenkeskeytyspotilaiden hoitotyössä. Kätilöopiston naistentautien poliklinikalla hoidetaan erilaisia gynekologisia ongelmia, kuten vuotohäiriöitä, alavatsakipuja ja papa-muutoksia. Poliklinikalla hoidetaan keskitetysti raskaudenkeskeytyspotilaita Hyksissä. (HUS.fi.)

Potilaslähtöisyys on hyvin tärkeää raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyössä. Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyössä korostuu potilaslähtöinen ohjaaminen ja vuorovaikutus. Potilasta tuetaan oman hoitonsa suunnittelussa. (Ihme & Rainto 2015, 149.) Hoitotyössä potilaslähtöisyys on hoidon järjestämistä potilaan tarpeiden mukaisesti (Suhonen & Stolt 2013, 5-11). Potilaslähtöisessä hoitotyössä potilas osallistuu aktiivisesti oman hoitonsa suunnitellun ja toteutukseen (Koikkalainen & Rauhala 2013, 44). Raskaudenkeskeytys tarkoittaa raskauden päättämistä keinotekoisesti ennen raskausviikkoa 24. Raskaudenkeskeytysmenetelmiä ovat lääkkeellinen raskaudenkeskeytys ja kirurginen raskaudenkeskeytys. (Käypä hoito 2013.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Tutkimusaineiston keräämiseen käytettiin teemahaastattelua. Teemahaastattelun teemat luotiin teoreettisen viitekehysten avulla. Teemahaastatteluun osallistui kuusi kätilöä naistentautien poliklinikalta. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina. Haastattelut nauhoitettiin, jonka jälkeen haastattelut litteroitiin ja aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla.

Tämän opinnäytetyön aineiston perusteella potilaslähtöisyys toteutuu suhteellisen hyvin naistentautien poliklinikalla. Aineistosta nousi esille useita kehittämiskohteita. Aineistosta nousi erityisesti esille tarve raskaudenkeskeytyspotilaan hoitopolun, hoitoympäristön, ehkäisyneuvonnan ja henkisen tuen kehittämiseksi. Kätilöt toivoivat potilaslähtöisyyden toteutumisen arviointia oman työn tueksi. Haastateltavat toivoivat lisäkoulutusta potilaslähtöisestä ohjauksesta potilaslähtöisyyden parantamiseksi tulevaisuudessa.

Asiasanat: raskaudenkeskeytys, potilaslähtöisyys, ohjaaminen

Soile Happonen & Ella Stadig

Interruption of pregnancy- all feelings allowed

| Year | 2018 | Pages | 55 |
|------|------|-------|----|
|------|------|-------|----|

The aim of this thesis was to develop the quality of patient-centered care in abortion patients nursing care in Gynaecological Outpatient Clinic in Kätilöopisto Maternity Hospital. The purpose of this study was to examine how patient-centered care is being carried out at the moment and how it should be improved from nurses point of views.

This thesis is based on the need of getting current information on patient-centered care regarding abortion patients' care. Kätilöopisto Maternity Hospital's Gynaecological Outpatient Clinic treats patients with various gynaecological issues such as abnormal discharge, pelvic pain and patients who have abnormal pap smear. Gynaecological Outpatient Clinic is focused on treating abortion patients in Helsinki University Hospital area.

This thesis was carried out as qualitative research. The data was gathered by using theme interviews. The topics of theme interviews were created by using theoretical framework. Six midwives participated in theme interviews from the Gynaecological Outpatient Clinic. The interviews were carried out as individual interviews. The interviews were recorded, transcribed and analysed by using content analysis.

According to the findings of this thesis patient-centered care is being carried out relatively well in Gynaecological Outpatient Clinic. The research showed that there are several areas that need development. The research showed especially the need to develop the clinical pathway of abortion patients, clinical environment, family planning advice and mental support. The Midwives hoped that the assessment of patient-centered care would support their work. The interviewees hoped that they could get more education on patient-centered counselling to improve the quality of the patient-centered care in the future.

Keywords: abortion, patient-centered care, counselling

Sisällys

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Johdanto | 6 |
| 2 | Raskaudenkeskeytys | 7 |
| 2.1 | Raskaudenkeskeytyksen lainsäädäntö | 7 |
| 2.2 | Raskaudenkeskeytyksen menetelmät | 8 |
| 2.3 | Toisen kolmannen raskaudenkeskeytys | 11 |
| 3 | Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyö..... | 12 |
| 3.1.1 | Ehkäisy | 12 |
| 3.2 | Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitopolku | 14 |
| 3.3 | Potilaslähtöisyys..... | 15 |
| 3.4 | Potilaslähtöisyyden toteutumisen arviointi..... | 18 |
| 4 | Vuorovaikutus ja ohjaus raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyössä | 19 |
| 4.1 | Vuorovaikutus..... | 19 |
| 4.2 | Ohjaaminen | 20 |
| 5 | Tutkielman tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset | 22 |
| 6 | Laadullinen tutkimus tutkimusmenetelmänä | 22 |
| 6.1 | Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä..... | 23 |
| 6.2 | Aineiston analyysi | 25 |
| 7 | Opinnäytetyön tulokset | 27 |
| 7.1 | Haastateltujen kätilöiden käsityksiä potilaslähtöisyyden toteutumisesta raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyössä..... | 27 |
| 7.2 | Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyön potilaslähtöisyyden kehittämiskohteet | 32 |
| 8 | Pohdinta | 38 |
| 8.1 | Tulosten tarkastelu | 38 |
| 8.2 | Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus | 43 |
| 8.3 | Mahdolliset jatkotutkimusaiheet | 44 |
| | Lähteet | 45 |
| | Kuviot.. | 49 |
| | Taulukot | 50 |
| | Liitteet..... | 51 |

1 Johdanto

Opinnäytetyössä tarkastellaan potilaslähtöisyyttä raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyössä HYKS:in naistentautien poliklinikalla. Raskaudenkeskeytysten polikliininen hoito on HYKS:ssä keskitetty Kätilöopiston naistentautien poliklinikalle. (HUS 2018.) Opinnäytetyön taustalla on HUS/HYKS naistentautien ja synnytysten yksikön tarve saada ajankohtaista tietoa potilaslähtöisyyden nykytilasta raskaudenkeskeytyspotilaiden hoitotyössä. Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti sen ajankohtaisuus. Raskaudenkeskeytyksestä käydään keskustelua, vaikka aihe on itsessään edelleen latautunut ja herkkä. Raskaudenkeskeytys on sekä fyysinen että psyykinen prosessi, joka synnyttää monenlaisia tunteita sekä raskaana olevassa naisessa että valitsevassa ympäristössä. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkielmana. Tarkoituksena on kartoittaa raskaudenkeskeytyspotilaan potilaslähtöisen hoitotyön laatua hoitohenkilökunnan näkökulmasta teemahaastattelun ja aiemman teoreettisen tutkimusaineiston avulla. Teemahaastattelu toteutettiin Kätilöopiston sairaalassa joulukuussa 2017.

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyön potilaslähtöisyyttä ja sen laatua Kätilöopiston naistentautienpoliklinikalla. Tavoitteena on myös laajentaa opiskelijoiden omaa teoreettista tietoa ja asiantuntijuutta hoitotyön näkökulmasta. Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena tutkielmana teemahaastattelun ja sisällön analyysin avulla.

Potilaslähtöisyydessä on keskeistä potilaan asiantuntijuuden kunnioittaminen. Hoitaja on hoitotyön asiantuntija ja potilas oman elämänsä asiantuntija. Potilaslähtöisessä hoitotyössä potilaan omat luonteenpiirteet, tarpeet ja arvot ovat keskeisessä roolissa ja potilasta käsitellään yksilönä. (Gröndahl & Leino-Kilpi 2013, 24.) Potilaan minäpystyvyyden tukeminen auttaa potilasta toipumaan raskaudenkeskeytyksestä paremmin. Potilaan voimavarojen tunnistaminen ja niiden hyödyntäminen hoitotyössä on tärkeää raskaudenkeskeytyspotilaan toipumisen kannalta. (Oliker 2015, 13). Potilaslähtöisessä hoitotyössä potilas osallistuu aktiivisesti hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen yhdessä hoitotyön ammattilaisen kanssa eikä ole pelkästään passiivinen toiminnan kohde (Koikkalainen & Rauhala 2013, 44). Potilas, joka osallistuu aktiivisesti omaan hoitoonsa, on tyytyväisempi hoitoonsa. Hän tarvitsee jatkossa vähemmän terveyspalveluita ja toipuu terveysongelmastaan nopeammin kuin potilas, joka ei osallistu aktiivisesti hoitoonsa. Aktiivisesti hoitoonsa osallistuva potilas on yleensä motivoituneempi. Aktiivinen potilas saa enemmän tietoa omasta sairaudestaan ja sen hoitoon liittyvistä asioista verrattuna passiiviseen potilaaseen. Potilas välttää useammin päivystyskäynneiltä ja joutuu harvemmin uudelleen sairaalahoitoon kuin potilas, joka ei osallistu aktiivisesti. (Miller 2016, 465-466.) Tästä syystä on tärkeää arvioida potilaslähtöisyyden toteutumista ja mahdollisia kehityskohteita raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyössä. Tutkielman avulla pyritään kartoittamaan potilaslähtöisyyden nykytilaa hoitohenkilöstön näkökulmasta yksilöhaastattelun avulla. Ras-

kaudenkeskeytyspotilaiden hoitotyön potilaslähtöisyydestä ei ole aiemmin tehty juurikaan tutkimuksia. Potilaslähtöisyyttä ja raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyötä on tutkittu runsaasti erillään.

2 Raskaudenkeskeytys

Raskaudenkeskeytyksellä tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä raskauden keinotekoista päättämistä ennen 24. raskausviikkoa (Tiitinen 2017). Jos nainen ei tahdo jatkaa raskauttaan, voidaan hänelle tehdä raskaudenkeskeytys (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016.) Raskaudenkeskeytyksessä raskaus päättyy sikiön tai useamman sikiön kuolemaan (Käypä hoito 2013). Raskaudenkeskeytyksiä tehdään erikoissairaanhoidossa (HUS.fi). Raskaudenkeskeytyksen voi saada Suomessa, vaikka ei ole Suomen kansalainen (Kujala 2016). Vuonna 2016 suomessa tehtiin 9464 raskaudenkeskeytystä, mikä on 8,3 keskeytystä tuhatta hedelmällisessä iässä olevaa naista kohti. Raskaudenkeskeytykseen päätyvien määrä on laskenut viimeisten kymmenen vuoden aikana, mutta samanaikaisesti toistuvasti raskaudenkeskeytykseen päätyvien määrä on noussut. Useammalle kuin joka kolmannelle eli noin 38 %:lle kaikista raskaudenkeskeytykseen tulevista on aiemmin tehty raskaudenkeskeytys. (THL 2017.)

Raskaudenkeskeytys voidaan tehdä yhden lääkärin päätöksellä, kun raskaus on kestänyt korkeintaan 12 viikkoa, jos nainen on alle 17-vuotias tai yli 40-vuotias raskauden alkaessa tai jos nainen on synnyttänyt jo neljä lasta. Kahden lääkärin päätöksellä raskaus voidaan keskeyttää ennen raskausviikkoa 12, jos lapsen saaminen ja hoitaminen olisi naiselle suuri rasite, raskaus on saanut alkunsa raiskauksen yhteydessä tai jos äidin tai isän sairaus hankaloittaa lapsesta huolehtimista huomattavasti. Kahden lääkärin päätöksellä raskaus voidaan myös keskeyttää raskauden kestosta riippumatta silloin, kun raskauden jatkuminen vaarantaisi naisen terveyden tai asettaisi hänet hengenvaaraan. Jos nainen haluaa raskaudenkeskeytyksen 12. raskausviikon jälkeen, tulee siihen hakea erikseen lupa Valviralta. (Tiitinen 2017.) Valviran lupa raskaudenkeskeyttämiseen tarvitaan myös silloin, kun raskaudenkeskeytystä haetaan sikiön mahdollisen vaikean sairauden tai ruumiinvian vuoksi ja raskaus on kestänyt yli 20 viikkoa, mutta alle 24 viikkoa. Valviralta voi saada luvan raskaudenkeskeyttämiseen myös silloin, kun lääkäri on antanut potilaalle kielteisen päätöksen raskaudenkeskeyttämisestä. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 68.) Raskaudenkeskeytyksiä tehdään eniten sosiaalisista syistä. Vuonna 2016 raskaudenkeskeytyksistä 89 % tehtiin sosiaalisiin syihin vedoten (Käypä hoito 2013).

2.1 Raskaudenkeskeytyksen lainsäädäntö

Suomessa on olemassa laki raskaudenkeskeyttämisestä. Laki määrittelee missä olosuhteissa abortti on sallittu ja ketkä myöntävät luvan abortin tekemiseen. (Kauranen 2011, 15.) Nykyinen raskaudenkeskeytyslaki on vuodelta 1970 (Ihme & Rainio 2015, 146). Raskaudenkeskeytys-

lain mukaan raskaus voidaan keskeyttää naisen toiveesta, kun raskauden jatkuminen tai lapsen synnyttäminen vaarantaisi naisen oman terveyden tai hengen, naisen sairauden tai heikkouden tai muun vastaavan syyn vuoksi. Raskaus voidaan keskeyttää lain mukaan myös, jos raskaus on alkanut raiskauksesta, raskaus olisi naiselle huomattava rasite, nainen on alle 17–tai yli 40–vuotias raskauden alkaessa tai synnyttänyt 4 lasta sekä jos äidin tai isän sairaus rajoittaa heidän kykyään huolehtia lapsesta. (Laki raskaudenkeskeytyksestä 1970/239 luku §1.)

Raskaudenkeskeytyslain mukaan hoitohenkilökunnan on keskusteltava raskaudenkeskeytyspotilaan kanssa ehkäisyasioista jo ennen raskaudenkeskeytystä. Raskaudenkeskeytyspotilaalle on annettava lain mukaan tarpeeksi tietoa päätöksensä vaikutuksista ja muista vaihtoehdoista. Raskaudenkeskeytys tulee tehdä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Raskauden voi keskeyttää raskausviikolle 12 asti yhden lääkärin luvalla. Raskausviikon 12+1 jälkeen keskeyttämiseen tulee hakea lupa Valviralta. Valvira voi myöntää luvan raskaudenkeskeyttämiselle raskausviikolle 20 asti, jos lapsen saaminen olisi naiselle huomattavan suuri rasite hänen elämäntilanteensa tai elinolonsa vuoksi. Lupa keskeyttämiseen voidaan myöntää myös, jos nainen on ollut alle 17-vuotias tai yli 40 vuotias raskauden saadessa alkunsa tai jos naisella on jo neljä lasta entuudestaan tai jos keskeyttämiselle on jokin toinen erityinen aihe, kuten raskaus tai äidin tai isän sairaus, joka huomattavasti rajoittaa heidän kykyään huolehtia lapsesta. Raskaudenkeskeytykseen voi saada valviralta luvan myös sikiöperäisistä syistä raskausviikolle 20+0 saakka, mutta myös raskausviikolle 24+0 asti. Raskausviikolle 20+0 asti raskaus voidaan keskeyttää, jos on oletettavaa, että sikiöllä on tai hänelle kehittyy kehitysvamma tai vakava sairaus tai sikiön voidaan olettaa olevan rakenteeltaan poikkeava. (Käypä hoito 2013.) Jos raskaudenaikaisissa seulontatutkimuksissa, kuten ultraäänessä, lapsivesitutkimuksissa tai muissa vastaavissa tutkimuksissa sikiöllä huomataan vaikea sairaus tai vamma, voidaan raskaus keskeyttää Valviran luvalla 24 raskausviikolle saakka. Valviran luvalla raskaus voidaan keskeyttää myös tilanteessa, jossa lääkäri on kieltäytynyt suorittamasta naiselle raskaudenkeskeytystä. (Ihme & Rainio 2015, 146.) Alaikäiset raskaudenkeskeytystä haluavat eli alle 18–vuotiaat eivät tarvitse keskeytykseen vanhempien lupaa. Lääkäreitä ja hoitajia sitoo vaitiolovelvollisuus, joten he eivät saa ottaa yhteyttä potilaan vanhempiin, jos tämä ei sitä halua. Tarvittaessa lääkäri voi kuitenkin olla yhteydessä lastensuojeluviranomaisiin. (Kujala 2016.)

2.2 Raskaudenkeskeytyksen menetelmät

Raskaudenkeskeytys voidaan tehdä joko lääkkeellisesti tai kirurgisesti. Nykyisin suosituin raskaudenkeskeytysmenetelmä on lääkkeellinen raskaudenkeskeytys. Vuonna 2011 raskaudenkeskeytyksistä 89% tehtiin tällä menetelmällä. Lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen suosiota on

lisännyt se, että se voidaan tehdä myös osittain kotona, jolloin sairaalahoitoa ei tarvita. Ennen 12 raskausviikkoa tehtävät kirurgiset raskaudenkeskeytykset hoidetaan naistentautien poliklinikalla. (Botha & Ryttyläinen 2016, 68-69.) Raskaudenkeskeytyspotilalle tulee antaa informaatiota molemmista menetelmistä, niiden hyödyistä ja haitoista. Näiden perusteella nainen tekee valintansa raskaudenkeskeytysmenetelmästä. Ennen 9. raskausviikkoa tapahtuvat keskeytykset hoidetaan naistentautien poliklinikalla ja lääkkeellinen keskeytys ennen 9. raskausviikkoa voidaan tehdä myös kotona osittain. Jos raskaus on edennyt yli 9. raskausviikon, mutta alle 24 raskausviikkoa, tehdään raskaudenkeskeytys lääkkellisesti seurannassa naistentautien vuodeosastolla. Alaikäiset raskaudenkeskeytyspotilaat hoidetaan aina naistentautien vuodeosastolla raskausviikoista huolimatta. (TAYS.fi.) Raskaudenkeskeytyksestä huolimatta raskaus ei kaikissa tapauksissa keskeydy ensimmäisellä keskeytyskerralla. Toiseen keskeytykseen joudutaan hakemaan lupa Valviralta, jos raskaus on edennyt yli 12+0 raskausviikolle (Käypä hoito 2013).

Lääkkeellisellä raskaudenkeskeytyksellä tarkoitetaan raskauden päättämistä antiprogestiinin (esim. Mifepristoni) ja prostaglandiinin (esim. Misoprostoli) yhteisvaikutuksen saaman vaikutuksen avulla (Käypä hoito 2013). Näiden lääkkeiden yhdistäminen saa aikaan kohdun tyhjenemisen (Ihme & Rainio 2015, 147). Raskaus voidaan keskeyttää muillakin lääkeaineilla, mutta nämä kaksi ovat yleisimmin käytettyjä lääkkeitä keskeytyksissä (Käypä hoito 2013). Mifepristoni estää raskauden jatkumisen, estämällä raskaudenjatkumiselle välttämättömän keltarauhashormonin vaikutukset kohdussa. Prostaglandiini puolestaan aiheuttaa kohdun supistelun käynnistymisen ja kohdun tyhjenemisen. Lääkkeellinen keskeytys otettiin käyttöön Suomessa vuonna 2000. (Tiitinen 2017). Se on suosituin keskeytysmenetelmä Suomessa, sillä noin 95% kaikista raskaudenkeskeytyksistä tehdään lääkkeellisesti (Niininmäki 2016). Raskaudenkeskeytysmenetelmien käytön välillä on eroja sairaanhoitopiireittäin (Ihme & Rainio 2015, 147). Lääkkeellistä raskaudenkeskeytystä käytetään alle 9. raskausviikon, 9-12. raskausviikkojen sekä yli 12. raskausviikon keskeytyksissä, aina viikoille 24 saakka (Tiitinen 2017). Se on myös mahdollinen jo raskausviikoilla 4-5, vaikei silloin voidakaan vielä varmistaa raskauden kohdunsisäisyyttä kaikukuvaustutkimuksella. Tällöin raskauden keskeytymisen onnistuminen varmistetaan verikokeen avulla. Verestä tehdään hCG-tutkimus, joka määrittää raskaushormonin määrän elimistössä. (Käypä hoito 2013.) Yleensä raskaudenkeskeytys tehdään vasta viikolta 6 alkaen, koska silloin pystytään varmistamaan raskauden kohdunsisäisyys (Terveyskylä 2018).

Lääkkeellisessä raskaudenkeskeytyksessä potilas menee lääkärin vastaanotolle naistentautien poliklinikalle, jossa keskustellaan potilaan kanssa tämän tilanteesta, eri vaihtoehdoista sekä jatkoehkäisystä. Tällä käynnillä myös varmistetaan, että raskaus on kohdunsisäinen. Potilaan kanssa käydään tällä käynnillä läpi myös ab1-lomake, ja lääkäri allekirjoittaa sen. Ensimmäisen käynnin yhteydessä potilas saa Mifepristoni 200mg lääkkeen suun kautta, jonka hän ottaa hoitohenkilökunnan läsnäollessa. Seuraava lääke otetaan kolmen päivän päästä ensikäynnistä

yleensä kotona. Silloin emättimeen asetetaan 0,8mg misoprostonia 0,2 mg vahvuisina tabletteina kaksi kerrallaan kahdenkymmenen minuutin välein. Nämä tabletit täysi-ikäinen nainen voi itse laittaa emättimeen kotona tai sitten hän voi mennä naistentautien poliklinikalle, jossa lääkkeet laitetaan hänelle. Raskaus keskeytyy yleensä 3–4 tunnissa lääkkeiden oton jälkeen. Lääkkeellisessä kotona tehtävässä raskaudenkeskeytyksessä naisen kanssa on oltava kotona yön yli toinen aikuinen, joka voi tarvittaessa auttaa naista tai soittaa hänelle apua. (Käypä hoito 2013.) Jos potilas valitsee poliklinikalla tehtävän lääkkeellisen keskeytyksen, on hänen hoitopolkunsa ensikäyntiin saakka samanlainen kuin kotona keskeyttävillä potilailla. Poliklinikalla tehtävässä keskeytyksessä potilas menee uudelleen poliklinikalle tai osastolle 1–3 vuorokauden kuluttua ensikäynnistä. Toiselle käynnillä hoitaja laittaa hänelle neljä tablettia misoprostolia yleensä emättimen pohjukkaan. Jos potilaalla on runsasta veristä vuotoa, voidaan lääke annostella myös suun kautta tai kielen alle. Tablettien annon jälkeen potilas jää seurantaan poliklinikalle tai osastolle hetkeksi. Keskeytykseen tulevalle annetaan keskeytyslääkkeiden yhteydessä myös kipulääkkeet. (Käypä hoito 2013.)

Lääkkeellisen keskeytyksen etuina ovat vähäinen infektioriski, sen kajoamattomuus sekä se, että sen voi tehdä kotona rauhassa. Sen huonoja puolia ovat menetelmän hitaus, imukaavintaa pidempi jälkivuoto, useammat poliklinikkakäynnit sekä lääkkeiden oton välinen muutaman päivän odottelu-aika. (Ihme & Rainto 2015, 148.) Lääkkeellistä keskeytystä ei voida kuitenkaan käyttää keskeytysmuotona kaikille naisille, sillä sen vasta-aiheita ovat kohdunulkoisen raskauden epäily, vaikea lääkehoitoon tehoamaton astma, sepelvaltimotauti, kykenemättömyys ymmärtää lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen toteutusta, allergia lääkeaineelle, merkittävä verenvuototaipumus (johtuen esim. von Willenbrandin taudista tai veritulppien ehkäisyhoidosta) ja systeeminen kortisonihoito. (Käypä hoito 2013).

Raskauden kesto vaikuttaa lääkkeellisen keskeytyksen onnistumiseen, sillä alle seitsemän viikkoa kestänyt raskaus keskeytyy täysin 95–98% tapauksista. Puolestaan raskausviikoilla 7–9 tehty keskeytyy täydellisesti 93–97% tapauksista. Raskausviikoilla 9–12 tehtävä lääkkeellinen keskeytys onnistuu täydellisesti 87–97% tapauksista. Lääkkeellinen keskeytysmuoto tehoaa heikommin naisilla, jotka ovat jo synnyttäneet tai jotka ovat tehneet raskaudenkeskeytyksen jo aiemmin. (Käypä hoito 2013.) Lääkkeellinen keskeytys on kivulias keskeytysmuoto, sillä yli 90% niistä naisista, jotka valitsivat lääkkeellisen keskeytysmuodon keskeytystavakseen ja joille tehtiin keskeytys ennen 9. raskausviikkoa, kokivat kipua ja heistä yli 50 % tarvitsi kipulääkettä. Lääkkeellinen keskeytys voi aiheuttaa myös pahoinvointia, oksentelua sekä ripulia (Käypä hoito 2013.) Kipua pyritään lievittämään kipulääkkeiden avulla (PSSHP 2017).

Kirurginen raskaudenkeskeytys eli imukaavinta tarkoittaa raskauden keskeyttämistä kirurgisella toimenpiteellä. Se on yleensä päiväkirurginen toimenpide, joka tehdään yleisanestesi-

assa. Tämä keskeytysmuoto voidaan valita, kun raskaus on kestänyt alle 12 viikkoa. Kirurgisessa raskaudenkeskeytyksessä laajennetaan kohdunkaulaa laajentemien avulla, jonka jälkeen tyhjennetään kohtuontelo. Kohtuontelon tyhjentämistä seuraa hedelmöittyneen munasolun poisto imukyretin avulla. Toimenpiteen lopuksi varmistetaan kohdun tyhjentyminen kyretin avulla. (Käypä hoito 2013.) Toimenpidettä edeltävästi voidaan naiselle antaa kohdunkaulaa pehmentävää lääkettä, prostaglandiinia. Lääkkeen annon avulla voidaan ehkäistä toimenpiteen aikaiset komplikaatiot. Toimenpiteen jälkeen potilas siirretään heräämöhön, jossa hänen vointiaan, vuotoa, psyykkistä jaksamista ja kipua voidaan seurata. (Ihme & Rainto 2015,147.) Kirurgisen raskaudenkeskeytyksen etuna on sen nopeus, vähäinen jälkivuoto sekä se, että toimenpide tehdään anestesiassa. Sen haittoja ovat lisääntynyt infektioriski, toimenpiteen kajoavuus ja mahdolliset komplikaatiot. Mahdollisia komplikaatioita ovat runsas verinen vuoto, kohdun seinämän puhkeaminen ja kohdunkaulan vaurioituminen. Komplikaatioiden mahdollisuus kasvaa raskauden edetessä. (Käypä hoito 2013.)

2.3 Toisen kolmannen raskaudenkeskeytys

Tilanteissa, joissa raskaus on kestänyt yli 12 viikkoa, mutta alle 24 viikkoa, joudutaan raskaudenkeskeytys tekemään osastoseurannassa. Keskeytys tehdään osastoseurannassa, koska sikiö on suurempi tässä vaiheessa raskautta ja näin ollen raskaudenkeskeytyminen hankalampaa kuin raskauden alkuvaiheessa. Raskaus keskeytetään aina lääkkeellisesti, kun kyseessä on toisen kolmanneksen aikana tehtävä keskeytys. Raskaus keskeytetään tässä vaiheessa raskautta teknisesti samalla tavoin kuin lääkkeellisessä keskeytyksessä muutenkin, mutta lääkemäärät ovat suurempia. Tässä vaiheessa raskautta tehtävä keskeytys saattaa olla verrattain hitaampi, kuin aikaisemmilla raskausviikoilla tehtävä keskeytys. (Ihme & Rainto 2015, 148.)

Osastolla naiselle annetaan ensin suun kautta 200mg Mifepristoni. Tämän jälkeen 1–2 vuorokauden kuluttua naiselle laitetaan emättimeen 0,8 mg misoprostonia ja sitten tarvittaessa 3–4 tunnin välein 0,4milligrammaa samaa lääkettä lisäannoksena. Jos raskaus ei näillä lääkkeillä keskeydy, voidaan misoprostolihoito joutua toistamaan. Yli 22. raskausviikolla tehtävissä keskeytyksissä naiselle tulisi tarjota mahdollisuus sikiön kuolettamiseen ennen raskaudenkeskeytyksen aloittamista. Kuolettaminen tarkoittaa kaliumkloridin ruiskuttamista sikiön sydämeen ennen keskeytyksen aloittamista. Sikiö yleensä abortoituu 6-8h kuluttua misoprostolihoito aloittamisesta. Abortoitumisen jälkeen naisen istukan ja sikiökalvojen poistumisen tila tarkistetaan, jos istukka ei irtoa tai vuoto on hyvin runsasta, saatetaan joutua turvautumaan kaavintaan. (Käypä hoito 2013.) Hoitajan rooli on suurempi osastolla tehtävässä keskeytyksessä verrattuna muihin keskeytysmuotoihin. Osastolla hoitajan tulee seurata keskeytyksen etenemistä, emätinvuotoa, tarkkailla potilaan yleisvointia, avustaa sikiön ulostulossa sekä istukan ja jälkeisten synnyttämisessä. Hoitaja myös tukee naista psyykkisesti. Hän

antaa tilaa potilaan mahdollisille kysymyksille. Hän antaa potilaalle tilaa puhua omasta elämästään ja keskeytyksen syistä, jos tämä haluaa niistä keskustella. Hoitaja ohjaa potilasta läpi keskeytyksen. (Ihme & Rainio 2015, 148-149.)

3 Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyö

Raskaudenkeskeytyspotilaat ovat osa naistentautien hoitotyötä. Naisen hoitotyöllä tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä naistentauteihin erikoistunutta hoitotyötä. Se kattaa koko naisen elämänkaaren ja siihen liittyvät muutokset. Näitä muutoksia ovat murrosikä, kuukautisten alkaminen, kuukautiskierto, raskaus, synnytys, hedelmällisyys sekä vaihdevuodet. Muutoksiin liittyy usein ongelmia, joiden vuoksi hakeudutaan hoitoon. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 9.) Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyöhön vaikuttavat potilasryhmän erityispiirteet. Potilaat ovat hyvin eri ikäisiä. Osa potilaista on hyvin nuoria, kun taas osa keski-ikäisiä. Potilaat ovat keskimäärin 16–45-vuotiaita. (Ihme & Rainto 2015, 149.) Raskaudenkeskeytyksiä tehdään Suomessa eniten 20–24-vuotiaille naisille (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 69). Raskaudenkeskeytyspotilaan kanssa määritellään yhdessä hänen hoidontarpeensa sekä hoidon tavoitteet. Nämä määritetään hoitajan tekemien havaintojen ja kerätyn henkilökohtaisen tiedon pohjalta yhdessä potilaan kanssa. Potilasta tuetaan oman hoitonsa suunnittelussa. Potilaalle kerrotaan eri raskaudenkeskeytysvaihtoehdot ja hänelle annetaan tarpeeksi tietoa päätöksen tueksi. (Ihme & Rainto 2015, 149.) Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyössä korostuvat sensitiivisyys, asiallinen kohtaaminen ja luottamuksellisen hoitosuhteen luominen. Potilas voi kokea häpeän tunnetta ja pelkoa, mikä tulee ottaa huomioon häntä hoitaessa. Potilasryhmän hoitotyön lähtökohtana on psyykkisen tuen tarjoaminen potilaslähtöisesti ja potilaan tilanteen huomiointi ja ymmärtäminen. Raskaudenkeskeytyspotilaat tarvitsevat paljon tietoa ja tukea. Hoidossa tulisi korostua läsnäolo, tukeminen ja ohjaus. Voidakseen tukea naista hyvin ja ammattillisesti, täytyy hoitajan pystyä työstämään omia henkilökohtaisia mielipiteitään ja tunteitaan niin, etteivät ne heijastu hänen työhönsä (Ihme & Rainto 2015, 151.) Hoitajan tulee antaa raskaudenkeskeytystä haluavalle oikeaa ja asianmukaista tietoa eri vaihtoehdoista. Potilasta tulee rohkaista miettimään asiaa monista eri näkökulmista rauhassa ja pohtimaan sitä, mikä olisi hänen tilanteessaan paras ratkaisu. (Kauranen 2011, 126.) Raskaudenkeskeytys on henkisesti raskas päätös ja keskeytykseen tulevan naisen tulisikin saada purkaa tuntojaan hoitohenkilökunnan kanssa. (PSSHP 2017.)

3.1.1 Ehkäisy

Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyöhön kuuluu oleellisesti ehkäisyneuvonta. Raskaudenkeskeytyksen taustalla on aina puuttuva ehkäisy tai ehkäisyn pettäminen (Ihme & Rainto 2015, 151). Ehkäisyneuvontaa järjestetään pääsääntöisesti julkisella terveydenhuollon sektorilla, kuten kouluissa, terveysasemilla ja opiskelija- ja työterveyshuolloissa. Ehkäisyneuvonta on

Suomessa maksutonta kaikenikäisille. Yksityisellä sektorilla järjestetään maksullista ehkäisyneuvontaa. Ehkäisyneuvonnassa yritetään löytää naiselle tai pariskunnalle sopivaa ehkäisymenetelmää. Ehkäisymenetelmää valittaessa voidaan keskustella seksuaalikäyttäytymisestä ja potilaan elämäntilanteesta. (Tiitinen 2017) Ehkäisymenetelmän valinnassa tulee ottaa huomioon potilaan omat toiveet ja potilaan elämäntilanne (Käypä hoito 2017). Ehkäisymenetelmää valittaessa tulee ottaa huomioon myös potilaan ikä, tupakointi, terveydentila, paino ja mahdollinen muu lääkitys. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 48.)

Ehkäisyneuvontaan kuuluu mahdollisimman rehellinen tiedonanto. Hoitajan tulee antaa potilaalle riittävästi tietoa erilaisista ehkäisymenetelmistä ja niiden hyödyistä ja haitoista sekä niiden tehokkuudesta. Tehokkaalla ehkäisyneuvonnalla voidaan vähentää eri ehkäisymenetelmiin liittyviä ennakkokäsityksiä, ehkäisymenetelmien käytön lopettamista, pelkoja ja virheellistä tietoa. Nuorille voi muodostua virheellinen käsitys ehkäisystä ja eri ehkäisymenetelmien ominaisuuksista sosiaalisen median ja median antaman tiedon perusteella. Nuoret usein luulevat, että hormonaalisessa ehkäisyssä tulee pitää taukoja. Näin ei kuitenkaan aina ole. Usein myös pelätään ehkäisyn aiheuttavan lapsettomuutta. Hormonaalisen ehkäisyn haittavaikutukset nimetään usein ehkäisyn keskeyttämisen syyksi. (Käypä hoito 2017.)

Yleisimpiä ehkäisymenetelmiä ovat kondomi ja hormonaalinen ehkäisy, kuten ehkäisytabletit, ehkäisyrenkas, ehkäisykapselit ja hormonikierukka. Muita ehkäisymenetelmiä ovat kuparikierukka, luonnonmukaiset menetelmät, kuten varmoihin päiviin luottaminen, keskeytetty yhdyntä ja imetys. (Tiitinen 2017.) Kondomi on ainoa ehkäisymenetelmä, joka suojaa sukupuolitaudeilta ja ehkäisee raskautta. Kondomi estää siemennesteen pääsemisen munasoluun. Hormoniehkäisyn avulla estetään munasolun kehittyminen ja hedelmöittyminen. Kierukka estää hedelmöittyneen munasolun kiinnittymisen, sillä kierukka muuttaa kohdun limakalvon rakenteeltaan sellaiseksi, ettei hedelmöittynyt munasolu pysty kiinnittymään kohtuonteloon. Täysimetys eli 4-5 tunnin välein tapahtuva imetys suojaa raskautumiselta kuuden kuukauden ajan, mutta ehkäisymenetelmänä se on hyvin epävarma. Luonnonmenetelmä eli varmat päivät tarkoittavat, että nainen tunnistaa itse ovulaationsa ajankohdan ja ei harrasta yhdyntää hedelmällisten päivien aikana. Keskeytetty yhdynnällä tarkoitetaan yhdynnän lopettamista ennen miehen siemensyöksyä. Pysyvä ehkäisy on sterilisaatio. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 48-53.) Sterilisaatiolla tarkoitetaan toimenpidettä, jossa naisen munajohtimiin laitetaan klipsit. Klipsien tarkoitus on tukkia munanjohtimet ja estää hedelmöittyminen. Sterilisaatio voidaan tehdä myös miehelle. Miehen sterilisaatiossa siemenjohtimet katkaistaan, jolla estetään siittiöiden pääsy siemennesteen. (Tiitinen 2017.)

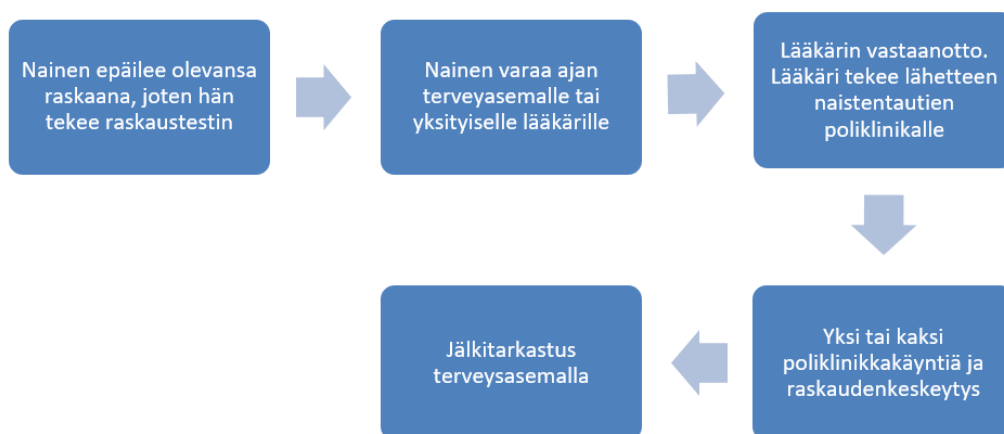
3.2 Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitopolku

Tehtyään positiivisen raskaustestin nainen ottaa yhteyttä omaan terveysasemaansa tai yksityiseen lääkäriasemaan. Terveysasemalla tai yksityisellä lääkäriasemalla raskaudenkeskeytystä harkitsevalle tehdään yleinen terveydentilan arvio. Potilaalle tehdään raskaudenkeston arvio kuukautisamneesin ja gynekologisen tutkimuksen avulla. Potilaalle voidaan tehdä vaginaalinen ultraäänitutkimus raskauden varmistamiseksi. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 69.) Potilaalta, joka haluaa raskaudenkeskeytyksen, seulotaan mahdolliset sukupuolitaudit, kuten kippu, tippuri, hepatiit, HIV ja klamydia. Sukupuolitauti hoidetaan terveysasemalla tai yksityisellä lääkäriasemalla. Hoito aloitetaan heti tulosten varmistuttua. Tarvittaessa potilaalta otetaan papa-näyte. Potilaalta määritetään veriryhmä ja veriryhmävasta-aineet, jos niitä ei ole aiemmin määritetty. Terveysasemalla tai yksityisellä lääkäriasemalla suunnitellaan potilaalle jatkoehkäisy sekä tukipalvelut, joita ovat esimerkiksi tulkkipalvelu ja psyykkisen tuen palvelut. Tulkkipalveluja käytetään, jos raskaudenkeskeytykseen tuleva potilas on maahanmuuttaja, joka ei puhu tai ymmärrä suomea. (Käypä hoito 2013.) Terveysasemalla tai yksityisellä lääkäriasemalla käydään läpi myös raskaudenkeskeytyksen syy, ennen raskautta käytetyt ehkäisy menetelmät sekä aiemmat raskaudet ja synnytykset (Terveyskylä). Lääkäri täyttää AB1-lomakkeen, joka toimii lähetteenä naistentautien poliklinikalle. (Käypä hoito 2013.) Nuorille, jotka hakevat raskaudenkeskeytystä voidaan varata tarvittaessa aika myös ehkäisyneuvolaan tai kouluterveydenhoitajalle. Kouluterveydenhoitajan tai ehkäisyneuvolan hoitajan luona nuori voi puhua tilanteestaan ja hoitaja voi auttaa häntä päätöksessä. (Kujala 2016.)

Potilas varaa itse ajan puhelimitse raskaudenkeskeytykseen naistentautien poliklinikalle (Kuvio 1) . Usein poliklinikalle pääsee vasta kuudennen raskausviikon kohdalla, jolloin voidaan varmistaa, että raskaus on varmasti kohdunsisäinen. Tilanteissa, joissa potilaan raskaus on edennyt lähelle raskausviikkoja 12+0 tai 20+0, voidaan raskaus keskeyttää päivystyksellisesti. Poliklinikalla eli keskeyttämissairaalassa tarkistetaan ensimmäisellä käynnillä terveyskeskuslääkärin lähete ja tarvittaessa siihen lisätään toisen lääkärin lausunto. Poliklinikalla lääkäri tekee gynekologisen tutkimuksen ja määrittää raskaudenkeston kaikututkimuksen avulla. Ensimmäisellä kerralla potilas päättää keskeytystavan, kun hänen kanssaan on käyty eri vaihtoehdot läpi. (Terveyskylä 2018.) Jos potilas päätyy imukaavintakeskeytykseen, hänelle varataan aika siihen poliklinikkakäynnin yhteydessä (Käypä hoito 2013). Ensimmäisellä poliklinikkakäynnillä jatketaan terveysasemalla aloitettua jatkoehkäisy suunnitelmaa (Terveyskylä 2018). Raskaudenkeskeytyspotilaat, jotka ovat valinneet keskeytysmuodokseen poliklinikalla tehtävän lääkkeellisen keskeytyksen, tulevat toiselle poliklinikkakäynnille. Kotikeskeytyksen valinneet potilaat käyvät yleensä naistentautien poliklinikalla vain kerran. Ensimmäisellä kerralla nämä osittain kotona keskeyttävät potilaat ottavat ensimmäisen lääkkeen. Lääkkeellisessä keskeytyksessä yhden poliklinikkakäynnin vaatimuksena on se, että potilaalla tulee olla aikuinen eli yli 18-vuotias ihminen paikalla kotona, kun hän ottaa toisen lääkkeen. Jos hänellä

ei ole mahdollisuutta ottaa toista lääkettä kotona, varataan hänelle toinen aika poliklinikalle. (Käypä hoito 2013.)

Jatkoehkäisy aloitetaan terveysasemalla. Keskeytyksen jälkeen potilaan tulee itse varata aika omalle terveysasemalle, jossa varmistetaan, että hän on aloittanut ehkäisyn suunnitellusti. Siellä tarkistetaan, että raskaus on varmasti keskeytynyt. Tarkistus tehdään verikokeilla ja tarvittaessa tehdään lisäksi kaikututkimus. Jälkitarkastuksessa kartoitetaan psyykkisen ja sosiaalisen tuen tarvetta. (Ihme Rainio 2015, 149.)



Kuvio 1 Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitopolku

3.3 Potilaslähtöisyys

Potilaslähtöisyydellä tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä potilaiden osallistumista omaan hoitoonsa ja sen suunnitteluun, osallistumista palveluiden kehittämisen päätöksentekoon, terveyspalveluiden uudelleen järjestämistä potilaan tarpeiden pohjalta sekä terveyspalveluiden yksilöllisyyttä. Hoitotyössä potilaslähtöisyys tarkoittaa sitä, että hoito järjestetään potilaan tarpeiden mukaisesti. Usein puhutaan myös hoitotyön potilaslähtöisyydestä (Suhonen & Stolt 2013, 5-11.) Organisaatiossa potilaslähtöisyys on toimintatapojen joustavuutta. Potilaan hoidossa ollaan joustavia ja käytetään erilaisia potilaan tarpeisiin mukautuvia toimintatapoja. Potilaan ja ammattilaisen välinen vuorovaikutus on hyvää potilaslähtöisessä hoidossa. (Hyvärinen 2011, 2.) Potilaslähtöisyydessä keskeistä on toisen ihmisen arvojen sekä mielipiteiden kunnioittaminen. Potilaalla on oikeus saada hyvää ja laadullista hoitoa (Kosklin 2013, 24).

Suomessa potilaan tasa-arvoisen kohtelun ja ihmisoikeuksia noudattavan hoidon turvaamiseksi on tehty laki, joka on Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Tämä laki käsittelee potilaan oikeuksia ja määrittelee potilaan aseman terveydenhuollon palveluissa. Laissa määritellään,

että potilaan yksilölliset arvot, vakaumus, tarpeet, yksityisyys, äidinkieli sekä kulttuuri on otettava huomioon hänen hoidossaan ja kohtelussaan. Laki määrittää myös, että potilaan hoitosuunnitelma terveydenhuollossa on tehtävä yhteisymmärryksessä potilaan, hänen läheisensä tai hänen laillisen edunvalvojan kanssa. Potilaalla on myös laillinen oikeus saada tietoa omasta terveydentilastaan, mahdollisista eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hoitoon liittyvistä asioista, jotka voivat vaikuttaa hänen päätöksiinsä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 2. luku §3-5.)

Potilaslähtöisessä hoitotyössä potilas osallistuu aktiivisesti hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen yhdessä hoitotyön ammattilaisen kanssa eikä ole pelkästään passiivinen toiminnan kohde (Koikkalainen & Rauhalta 2013, 44). Potilas, joka osallistuu aktiivisesti omaan hoitoonsa, on tyytyväisempi hoitoonsa. Hän tarvitsee jatkossa vähemmän terveystalvituja sekä toipuu terveysongelmastaan nopeammin kuin potilas, joka ei osallistu aktiivisesti hoitoonsa. Aktiivisesti hoitoonsa osallistuva potilas on myös yleensä motivoituneempi, ja hänelle on annettu enemmän tietoa omasta sairaudestaan ja sen hoitoon liittyvistä asioista verrattuna passiiviseen potilaaseen. Hän myös välttyy useammin päivystyskäynneiltä ja joutuu harvemmin uudelleen sairaalahoitoon, kuin potilas joka ei osallistu aktiivisesti. (Miller 2016, 465-466.) Potilaslähtöisessä hoitotyössä potilasta tulee kannustaa osallistumistumaan hoitoonsa sekä tekemään hoitoonsa liittyvät päätökset itse. Omaan hoitoon osallistuminen lisää potilaan autonomisuuden tunnetta. Tällöin potilas kokee olevansa vastuussa omasta terveydestään ja olevansa oman terveydentilansa asiantuntija. Tämä autonomian tunne on mahdollista silloin, kun potilas kokee pystyvänsä vaikuttamaan hoitopäätöksiin ja tuntee, että ne tehdään yhteistyössä hänen kanssaan. (Kosklin 2013, 24-25.)

Hoitaja voi lisätä potilaan autonomian tunnetta esimerkiksi puhumalla potilaan kanssa tämän elämäntilanteesta ja huomioimalla potilaan läheiset (Kosklin 2013, 24-25.) Hoitajien tulee ottaa huomioon potilaiden yksilöllisyys ja erilainen suhtautuminen tukiessaan potilaan osallisuutta oman hoitonsa suunnitteluun ja sen toteuttamiseen (Gustafsson, Leino-Kilpi & Suhonen 2009, 9). Potilaslähtöiseen hoitotyöhön liittyvän potilaan ja hänen yksilöllisyytensä huomioimisen tulisi näkyä potilaan ja hoitajan välisessä kommunikaatiossa. Potilaslähtöisen kommunikaation tulisi olla informatiivista, sillä hoitajien tulisi antaa potilaalle juuri ne tiedot, joita tämä tarvitsee hoitoonsa liittyvien päätösten tekoon. Parhaimmillaan potilaslähtöinen kommunikaatio auttaa rakentamaan ymmärrystä ja luottamusta potilaan ja hoitajan välille. (Dabney & Tzeng 2013, 360.) On tärkeää ottaa huomioon ymmärretyksi tuleminen, luottamuksen ja motivaation merkitys potilaskeskeisessä hoitotyössä. Nämä voivat vaikuttaa vahvasti hoitoon kiinnittymiseen ja itsehoidon edistämiseen. (Epstein & Street 2011, 101.)

Potilaslähtöisessä hoitotyössä potilas on keskiössä luonteensa, näkemyksiensä, arvojensa ja tarpeidensa kanssa. Potilaslähtöiseen hoitotyöhön kuuluu hoito-ohjeiden soveltaminen niin,

että ne sopivat parhaiten potilaan elämäntilanteeseen (Kosklin 2013, 25.) Näyttöön perustuvaa tietoa tulisi siis voida soveltaa yksilöllisesti. Sovellettaessa tätä tutkittua tietoa potilaan yksilölliseen tilanteeseen ja tarpeeseen saavutetaan potilaan mahdollisimman hyvä hoito ja terveys. (Koikkalainen & Rauhala 2013, 45-46.) Potilaslähtöisyydessä korostetaan paljon potilaan roolia omassa hoidossaan. Henkilökunnalla on kuitenkin aina vastuu potilaan hoitoon liittyvistä ratkaisuista. Jos potilas kieltäytyy jostain tarvitsemastaan hoidosta tai toimenpiteestä, täytyy henkilökunnan varmistaa, että potilas varmasti ymmärtää tekemänsä päätöksen seuraukset omalle terveydelleen. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Suulosaari & Uski-Tallqvist 2016, 30.)

Potilaslähtöisyyteen kuuluu myös hoitoympäristön potilaslähtöisyys. Sairaalassa opasteiden tulisi olla mahdollisimman selkeät ja sairaalan tulisi olla suunniteltu esteetön. Potilashuoneet pitäisi suunnitella niin, että ne olisivat mahdollisimman potilaslähtöisiä. Potilaan ja hoitajan välistä yhteistyösuhdetta saisi potilaslähtöisemmäksi järkevämmän tilojen suunnittelun avulla. Nykyisin sairaaloissa hoitajien työpiste on kaukana potilaista, usein pitkien käytävien päässä. Potilaslähtöisessä hoitoympäristössä hoitajien tulisi olla helposti potilaiden saatavilla, joten hoitajien työpisteet tulisi olla sijoitettuna niin, että ne ovat lähellä potilashuoneita. Sairaaloissa potilashuoneiden tulisi olla sisustukseltaan sellaisia, että niitä voi helposti muokata vastaamaan yksilöiden mieltymyksiä. Potilaslähtöinen suunnittelu auttaa potilaita paranemaan nopeammin ja parantaa potilaiden turvallisuutta. Esimerkiksi luontonäkymä tai pelkästään se, että huoneessa on luonnonvaloa vähentää potilaan sairaalassaolopäiviä ja kipulääkkeiden tarvetta. Uudet sairaalat tulisikin suunnitella potilaslähtöisesti. (Jahn & Riviera-Rodriguez 2013, 1391-1396.)

Potilaslähtöisyyteen kuuluu lisäksi potilaan osallistuminen palvelujen kehittämisen päätöksentekoon. Potilas on mukana palvelujen suunnittelussa yhdessä palvelujen tuottajan kanssa. Potilas voi osallistua esimerkiksi hoitosuosituksen kehittämiseen tai lain valmisteluun. Oleellista on, että potilaalla tulee olla omakohtaista kokemusta siitä palvelusta, jonka kehittämiseen hän osallistuu. Näin hän voi osallistua palvelun kehittämiseen, antaa kehittämisehdotuksia ja osallistua päätöksentekoon. Tällä hetkellä potilaat voivat osallistua Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kehittämiseen esimerkiksi erilaisten potilasraatien jäsenenä ja toimimalla kokemusasiantuntijana. (Suhonen & Stolt 2013, 11-12.)

Potilaslähtöisyyteen liittyy oleellisesti myös asiakaslähtöisyys. Asiakaslähtöisyys tarkoittaa palvelun tuottamista asiakkaan lähtökohdista ja hänen mielipiteensä huomioimista. Potilas- ja asiakaslähtöisyyden toimintaidea on sama. Sana asiakaslähtöisyys on kuitenkin jokseenkin vähemmän käytössä oleva terveydenhuollon piirissä kuin potilaslähtöisyys. Terveyspalveluiden käyttäjät nähdään enemmän potilaina kuin asiakkaina hoitotyössä. Asiakaslähtöisyys-termiä

vierastetaan terveydenhuollon parissa, koska hoitotyö on moniulotteisempaa kuin vain palvelu, jota voidaan ostaa ja myydä. (Steiger & Balog 2010, 21.)

3.4 Potilaslähtöisyyden toteutumisen arviointi

Potilaslähtöisen hoitotyön toteutumista voidaan arvioida esimerkiksi potilaspalautteen avulla. Potilaspalautteella tarkoitetaan potilaiden jättämää kirjallista tai suullista palautetta hoitohenkilökunnalle. Potilaalla on monia eri tapoja jättää potilaspalautetta. Se voi olla kehittämisehdotus, kiitos, moite, aloite tai jonkun ongelman esiin tuominen. Palautetta voidaan kerätä spontaanisti, aktiivisesti tai passiivisesti. Spontaani palautteen kerääminen tarkoittaa potilaan antamaa palautetta saamastaan hoidosta ilman, että pyydetään sitä erikseen. Aktiivinen palautteen kerääminen on palautteen pyytämistä potilailta. Passiivinen palautteen kerääminen tarkoittaa palautteen antamista esimerkiksi kyselylomakkeen avulla. Palautetta voidaan myös kerätä esimerkiksi haastattelemalla potilaita tai tallentamalla potilaan käynti lääkärin tai sairaanhoitajan vastaanotolla esimerkiksi videonäytteen ja laaturaidin avulla. (Kosklin 2013, 25-26.)

Terveydenhuollossa potilaslähtöisyyden toteutumisesta voidaan saada palautetta myös potilasasiainhoitajien avulla ja erilaisten muistutusten tai valitusten kautta. Suurin osa potilaspalautteesta tulee perinteisin menetelmin eli kasvokkain annettuna, paperilla ja puhelimitse, mutta yhä enemmän palautetta tulee myös sähköisessä muodossa. Palautetta voidaan kerätä hoidon eri vaiheissa. Ennen hoidon aloittamista saatetaan kerätä tietoa potilaan toiveista, tarpeista ja odotuksista. Tämän palautteen avulla hoidosta voidaan tehdä potilaslähtöisempää, jolloin se vastaa paremmin potilaan toiveita ja odotuksia. Hoidon alussa palautetta kerätään, jotta saadaan selville potilaan lähtötilanne, ennako-odotukset ja toivomukset. Näitä tietoja voidaan hyödyntää hoitosuunnitelman tekemisessä ja yhteistyötä rakentaessa. Hoidon aikana palautetta kerätään, jotta voidaan seurata hoitoa ja varmistaa yhteistyön onnistuminen potilaan ja hoitajan välillä. Palautteeseen, joka saadaan hoidon aikana, tulee reagoida heti. Hoidon päättyessä palautetta kerätään, jotta saadaan selville, kuinka hyvin hoidon tavoitteet täyttyivät, mikä oli hoidon tulos ja kuinka onnistunut hoito oli. (Kosklin 2013, 25-27.) Potilaspalautteiden avulla saadaan tietoa hoidon onnistumisesta, mutta sen avulla voidaan seurata myös toimintaa pitkällä aikavälillä. Jatkuvalle palautteen keräämiselle pystytään seuraamaan esimerkiksi hoidon laadun tasaisuutta. Potilaspalautteiden kautta saadun tiedon avulla lähteä kehittää hoitoa potilaslähtöisemmäksi. Hoidon kehittäminen potilaslähtöisemmäksi vaatii kuitenkin sitä, että henkilökunnalle tiedotetaan, mitä tuloksia palautteiden avulla on saatu. Palautteiden sisällöstä olisi hyvä keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. Potilaspalautteita pitäisi hyödyntää palveluprosessien kehittämiseen esimerkiksi poliklinikkatoiminnassa. (Kosklin 2013, 28.)

4 Vuorovaikutus ja ohjaus raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyössä

Hoitotyön auttamismenetelmänä ohjaus on vuorovaikutuksellinen keino tukea potilasta. Hoitajan tavoitteena on muodostaa vuorovaikutussuhde potilaaseen. Tämän suhteen avulla hoitaja voi tukea potilaan toimintakykyä, omatoimisuutta ja itsenäisyyttä sekä tukea potilasta päätöksenteossa. (Eloranta & Virkki 2011, 7.) Potilasohjauksella voidaan lisätä potilaiden tietämystä hoitoonsa liittyvistä asioista, hoitotyytyväisyyttä, sitoutumista ja vähentää hoitoon liittyviä komplikaatioita (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2014, 65). Hoitotyössä hoitajan on tärkeää tulla toimeen erilaisten ihmisten kanssa. Hoitaja kohtaa työssään erilaisia ihmisiä erilaisista taustoista. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2015, 28.) Ohjauksen roolin korostuu raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyössä. Tämän vuoksi on tärkeää, että ohjaus on mahdollisimman informatiivista ja potilaslähtöistä (Ihme & Rainto 2015, 151.) Vuorovaikutuksessa kuunteleminen on aktiivista ja vastavuoroista viestintää. Kuunteleminen on toisen ihmisen kunnioittamista ja kokonaisvaltaista huomioimista ja sen tarkoituksena on hänen tilanteensa ymmärtäminen. Kuuntelija voi peilaamalla tiivistää puhujan ajatuksia ja näin osoittaa kuulijalle kiinnostuksensa. Myös tarkentavat kysymykset ja lyhyet vahvistavat kommentit ovat osoitus kuuntelemisesta. (Eloranta & Virkki 2011, 69.)

4.1 Vuorovaikutus

Hoitajan ja potilaan hoitosuhde muodostuu sanallisesta ja sanattomasta vuorovaikutuksesta. Toimivassa vuorovaikutuksessa sekä hoitaja että potilas ovat läsnä, mukauttavat ilmaisuun, tarkastelevat tulkintaa, odottavat ja vastaavat. Läsnäoloa ilmaistaan esimerkiksi hymyilemällä, myönteisillä äännähdyksillä toisen puhuessa ja katsekontaktilla. Hoitajan herkkyys tunnistaa ja vastata viesteihin on tärkeää, sillä potilaan voi olla vaikeaa ottaa puheeksi ongelmaa ja hän saattaa puhua siitä vain vihjaten. (Kyngäs & Hentinen 2008, 97-98.) Hoitajan oma arvo maailma sekä omat tulkinnat ja asenteet voivat vaikuttaa ammatilliseen toimintaan. Lisäksi hoitajan toimintaa ohjaavat ammattieettiset ohjeet sekä työpaikan arvot ja toimintaperiaatteet. Hoitajan tulee tiedostaa omat arvonsa ja ammattieettisten ohjeiden suhde toisiinsa. Vallitsevat käytänteet, tieto ja arvomaailma voivat muuttua ja tämän vuoksi hoitajan on tärkeää osata reflektoida ja tarkastella omia toimintatapojansa sekä suhdettaan muuttuvaan ympäristöön. (Åstedt-Kurki, Jussila & Koponen 2008, 140.) Potilaan saama emotionaalinen tuki ystävällisessä ja turvallisessa ilmapiirissä mahdollistaa tunteiden ilmaisemisen sekä ongelmien käsittelyn. Potilaalle emotionaalinen tuki näyttäytyy hänen arvostamisenaan sellaisena kuin hän on ja tunteena, että hänestä ja hänen mielipiteistään välitetään. (Eloranta & Virkki 2011, 57.)

Hoitajalla on ammatillinen vastuu ohjauksen ja hoitoon sitoutumisen edistämisestä ja sen vuoksi aktiivisen vuorovaikutussuhteen luomisessa. Ilmaisun mukauttamisella tarkoitetaan esimerkiksi sitä, että hoitaja välttää ammattisanaston käyttöä ohjaustilanteessa. Sanattoman viestinnän merkitys on suuri viestinnässä ja siihen tulee kiinnittää huomiota. Potilas saattaa esimerkiksi tulkita hoitajan kellon vilkaisun kiireenä ja vetäytyä vuorovaikutussuhteesta. (Kyngäs & Hentinen 2008, 99.) Hoitajan sanallisten ja sanattomien viestien samansuuntaisuus, kuunteleva palaute sekä hienovaraisuus luovat luottamuksen ja vastavuoroisen ilmapiirin keskustelulle. Hoitajan tulee osata tarjota tarpeeksi tietoa ja mahdollisia vaihtoehtoja, jotta ohjattava potilas voi tehdä päätöksensä perustuen oikeaan ajantasaiseen tietoon ja ymmärtää tekemänsä päätöksen seuraukset. (Eloranta & Virkki 2011, 54.)

Asiantuntijakeskeisestä vuorovaikutuksesta on siirrytty asiakaskeskeiseen vuorovaikutussuhteeseen. Asiakaskeskeisyyden ongelmaksi voi tulla ohjausvastuun liiallinen siirtyminen potilaalle. Koska vuorovaikutus on kaksisuuntaista, ei ohjaussuhteessa voida edetä vain toisen ehdoilla. (Eloranta & Virkki 2011, 54.) Ohjauksen lähtökohtana tulee olla potilaan tarpeet. Vuorovaikutuksellisessa ohjaussuhteessa potilas ja ammattilainen jakavat asiantuntijuuden yhdenvertaisessa roolissa ongelman ratkaisemisessa. Potilaan itsemääräämisoikeus, omat valinnat ja päätökset tekevät hänestä oman elämänsä asiantuntijan. (Eloranta & Virkki 2011, 58-59.) Vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa kohtaavat siis hoitotyön asiantuntijana ohjaaja ja oman elämänsä asiantuntijana ohjattava. Vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa hoitajan on tärkeä tunnistaa asiakkaan erityisluonne, osoittaa kiinnostusta, arvostusta, lämpöä ja hyväksyntää sekä rohkaista ja ymmärtää (Kyngäs, Kääriäinen & Poskiparta jne. 2007, 48). Potilaan osallistumista tukevat vuorovaikutuskäytännöt, joissa hoitaja kutsuu potilaan osalliseksi keskusteluun kyselemällä hänen tuntemuksistaan ja arkisista asioista. Potilaan itsearviointia hoitaja tukee tunnustelevalla puheella ja itsearviointikysymyksillä. Kuuntelevan palautteen, yksilöllisten ohjeiden ja neutraalien vaihtoehtojen avulla hoitaja kunnioittaa potilaan asiantuntijuutta. (Kyngäs, Kääriäinen & Poskiparta jne 2007, 82.)

4.2 Ohjaaminen

Potilaan ohjaamisessa hoitajalta vaaditaan tiedollisia, taidollisia ja asenteellisia ohjaamisvalmiuksia. Hoitajalla tulee olla ajantasaiset tiedot ohjattavasta asiasta sekä ohjausmenetelmistä ja oppimisen periaatteista. Turvallisen ja luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen luomiseksi tarvitaan lisäksi riittävästi aikaa. Ohjauksen kannalta on merkityksellistä järjestää häiriötön ja keskeytyksetön tila ohjaamistilanteelle sekä ajantasainen ohjaamisessa tarvittava välineistö ja materiaali. (Kyngäs & Hentinen, 2008, 92-94.) Hoitohenkilöstön mukaan eniten ohjausta hankaloittaa kiire. Ohjaukseen käytettävien resurssien määrä ja laatu kuvastavat sekä työyhteisön että sen työntekijöiden arvoja ja sitoutumista ohjaamiseen. Asiakas aistii

kiireen helposti ja se vaikuttaa hänen kokemukseensa luottamuksen ja turvallisuuden tunteesta. Jos potilas ei tunne oloaan turvalliseksi, voi mietityttävä asia jäädä kysymättä. (Kyn-gäs & Hentinen 2008, 93-95.) Potilaan ohjausta suunniteltaessa tulee ottaa huomioon ohjatta-van senhetkinen tiedon ja ohjaamisen vastaanottokyky ja se, mitkä ovat potilaan kokemat tunteet ja pelot, toiveet ja ongelmat, hänen elämäntilanteensa ja läheisiltään saamansa tuki. Hoitajan ja potilaan välisessä ohjaussuhteessa on tyypillistä vastavuoroisuus. Luottamukselli-sen ilmapiirin synnyttäjä potilaalla on tilaa ja aikaa kertoa huolistaan ja kokemuksistaan. (Elo-ranta & Virkki 2011, 54.) Potilaan ohjaaminen ei perustu yksilöllisyyden kunnioittamiseen, jos kaikkia potilaita ohjataan samoilla menetelmillä ja samalla tavalla. (Kyn-gäs & Kääriäinen 2007, 28.)

Potilaslähtöisessä hoitotyössä potilaan omat luonteenpiirteet, tarpeet ja arvot ovat keskei-sessä roolissa ja potilasta käsitellään yksilönä. (Gröndahl & Leino-Kilpi 2013, 24.) Potilaan mi-näpystyvyyden (self-efficacy) tukeminen auttaa potilasta toipumaan raskaudenkeskeytyksestä paremmin. Potilaan voimavarojen tunnistaminen ja niiden hyödyntäminen raskaudenkeskey-tyspotilaan hoitotyössä on tärkeää potilaan toipumisen kannalta. (Oliker, 2015, 13). Potilaan osallistaminen ja osallisuus lisäävät potilaan autonomiaa ja hänen omia vaikutusmahdollisuuk-siaan omaan hoitoonsa ja kasvattavat elämänhallinnan tunnetta. Potilaslähtöisessä ohjaami-nessa hoito-ohjeet osataan sovittaa yksilöllisesti vastaamaan potilaan tarpeita ja elämäntilan-netta. Passiivinen rooli hoidon ja palvelujen saajasta muuttuu siis kohti toimijuutta oman ter-veyden hoidossa. (Gröndahl & Leino-Kilpi 2013, 25.)

Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyöhön liittyy oleellisesti ohjaus. Raskaudenkeskeytys teh-dään nykypäivänä usein ainakin osittain kotona. Potilasta ohjataan, oli hänen keskeytysmuo-tonsa kumpi tahansa, tarkkailemaan vuodon määrää, laatua, kipua sekä merkkejä infektiosta (Ihme & Rainto 2015, 151). Ohjaamiseen kuuluu riittävä tiedonanto läpi raskaudenkeskeytys-prosessin. Keskeytyksen haluavalle tulisi korostaa, että hän voi muuttaa mieltään keskeyttä-misen aloitukseen saakka. Raskaudenkeskeyttämisestä on tärkeää keskustella potilaan kanssa jo ennen varsinaista keskeytystä, koska se helpottaa potilaan toipumista. Henkisentuen anto ja mahdollisuus keskusteluun potilaan tilanteesta kuuluvat myös raskaudenkeskeytyspotilaan ohjaukseen. (Kujala 2016.) Eriyisen tärkeää raskaudenkeskeytyspotilaan ohjaamisessa on eh-käisyneuvonta. Naiselle tulisi antaa ehkäisyneuvontaa jo hoitoprosessin alussa, mutta myös keskeytyksen jälkeen. On tärkeää huolehtia, että potilas, jolle on tehty keskeytys, aloittaa luotettavan ehkäisyn keskeytyksen jälkeen. Esimerkiksi yhdistelmäpillerien tai minipillerien käytön voi aloittaa heti keskeytyksen jälkeisenä päivänä. Kuparikierukka tai hormonikierukka voidaan laittaa jälkitarkastuskäynnin yhteydessä. Sopivan ehkäisyn avulla ehkäistään uusia ei-toivottuja raskauksia. (Botha & Ryttyläinen- Korhonen 2016, 72.)

5 Tutkielman tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyön potilaslähtöisyyttä ja sen laatua Kätilöopiston naistentautien poliklinikalla. Tavoitteena on myös laajentaa opiskelijoiden omaa teoreettista tietoa ja asiantuntijuutta hoitotyön näkökulmasta raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyössä. Hoitohenkilökunnan haastattelun pohjalta on tarkoituksena tuottaa uutta tietoa raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyön potilaslähtöisyydestä. Tutkielmassa tarkasteltiin naistentautien poliklinikan tämän hetkistä tilannetta potilaslähtöisyyden toteutamisessa ja mahdollisia esille nousevia parannusehdotuksia. Tarkoituksena on kartoittaa raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyön potilaslähtöisyyttä hoitajien näkökulmasta teemahaastattelun avulla.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten potilaslähtöisyys toteutuu raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyössä?
2. Miten raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyön potilaslähtöisyyttä tulee kehittää?

6 Laadullinen tutkimus tutkimusmenetelmänä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä on laadullinen tutkimus. Monia hoitotyöhön liittyviä ilmiöitä ei pystytä tutkimaan määrällisesti, koska ilmiön ymmärrykseen vaaditaan usein ihmisten omia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Hoitotyössä on useita todella sensitiivisiä aiheita, joita ei voida kuvata määrällisen tutkimuksen avulla. Raskaudenkeskeytyshoitotyö on yksi tällainen aihe. Sitä voidaan tutkia parhaiten laadullisen tutkimuksen avulla, keräämällä aineistoa haastatteluiden avulla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 74-75.) Laadullisella tutkimuksella tarkoitetaan tutkimusta, jonka avulla pyritään tuomaan esille uutta tietoa käyttämättä tilastollisia menetelmiä tai muuta määrään keskittyviä keinoja (Kananen 2014, 18). Laadullinen tutkimus kohdistuu tutkittavan ilmiön laatuun. Tavoitteena on ymmärtää tutkimukseen osallistuvien subjektiivista näkökulmaa aiheesta. Merkitykset korostuvat laadullisessa tutkimuksessa. (Kylmä & Juvakka 2012, 31.)

Laadulliselle tutkimukselle ominaisia piirteitä ovat tutkimuksen tekeminen luonnollisessa ympäristössä, aineiston keruu vuorovaikutuksessa tutkittavien kanssa, tutkijan rooli aineiston kerääjänä ja toimijana ja tutkimusaineiston monilähteisyys (esim. haastattelut, tekstit yms.) Tutkija kerää laadullisessa tutkimuksessa varsinaisen aineiston lisäksi taustatietoa tutkimukseen osallistujista. Hän kerää niitä, koska taustatietojen avulla tulokset pystytään kontekstioimaan. Lisäksi pystytään kertomaan minkälaiset ihmiset tai minkä ammattiryhmän edustajat tuottivat tietyn tutkimustuloksen. (Kylmä & Juvakka 2012, 76.) Laadullisen tutkimuksen aineiston keruu tapahtuu joko haastattelun tai havainnoinnin avulla oikeassa tutkittavan ilmiön

ympäristössä (Kananen 2014, 18). Haastattelut ovat yleisin laadullisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmä. Suosituin haastattelumuoto on teemahaastattelu (Kananen 2014, 70). Haastateltavien subjektiivisilla vastauksilla on merkitystä tutkimuksen tuloksissa. Laadulliselle tutkimukselle on lisäksi ominaista osallistujien näkökulman ymmärtäminen, tiivis yhteys tutkimuksen osallistujiin, osallistujien vähäinen määrä ja osallistujien tarkka valikoituminen. Mitä-, miksi- ja miten-kysymykset ohjaavat tutkimusprosessia. (Kylmä & Juvakka 2012, 31.)

Laadullisen tutkimuksen avulla on mahdollista ymmärtää tutkittavaa ilmiötä syvällisesti, ja sen avulla voidaan kuvata ja selittää tarkasti ja rikkaasti tutkittavaa ilmiötä (Kananen 2014, 18). Kvalitatiivinen tutkimus perustuu kokonaisvaltaiseen tiedonhankintaan, jolloin aineisto kerätään aina todellisissa ja luonnollisissa tilanteissa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 160). Laadullisen tutkimuksen avulla saatua tutkimustulosta ei voida yleistää, koska se pätee vain tutkittavan ilmiön kohdalla (Kananen 2014, 19). Tässä tutkimusmuodossa ei voida ennalta määrittellä mitä ja miten paljon aineistoa tai tietoa tutkittavasta ilmiöstä kerätään. Aineistoa on kerättävä niin paljon, että tutkimusongelmat ratkeavat ja tutkija ymmärtää tutkittavan ilmiön. (Kananen 2017, 35.) Laadullisessa tutkimuksessa korostuvat asioiden merkitykset. Eri ihmisillä on erilaisia kokemuksia samasta asiasta, jolloin ei ole vain yhtä totuutta asiasta. Ihmiset myös tulkitsevat asioita eri tavoin. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena onkin avata sitä, millaisena tutkimukseen osallistujat kokevat tutkittavan ilmiön eli pureutua todellisuuden osallistujien näkökulmasta. (Kylmä & Juvakka 2012, 28-29.)

Opinnäytetyö päätettiin toteuttaa teemahaastattelun avulla aiheen sensitiivisyyden vuoksi. Lähdekirjallisuudessa kerrotaan teemahaastattelun sopivuudesta tällaisten aiheiden tutkimisessa. Laadullisen tutkimuksen avulla pystytään kartoittamaan hoitajien näkemyksiä tutkittavasta asiasta paremmin kuin määrällisen tutkimuksen kautta. Puolistrukturoidun teemahaastattelun avoimien kysymyksien avulla vastaajalla on mahdollisuus vapaammin esittää omia näkemyksiään. Haastateltavan omat näkemykset eivät tule yhtä vahvasti esille määrällisessä tutkimuksessa kuin laadullisessa. Tutkielma tehtiin luonnollisessa ympäristössä. Opinnäytetyön laadullisella tutkimusotteella pyrittiin ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. Laadullinen tutkimusmenetelmä valikoitui kättilöiden näkökulman ymmärtämiseksi potilaslähtöisessä hoitotyössä.

6.1 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Tutkimushaastattelun avulla kerätyn aineiston ja teoreettisen viitekehyksen avulla voidaan tehdä arvioita tutkittavasta ilmiöstä. Kvalitatiivisessa tutkimushaastattelussa tavallisin haastateltavien määrä on 15. Liian pieni haastateltavien määrä voi johtaa siihen, että aineistosta ei voi tehdä tilastollisia yleistyksiä. Liian suuri otanta taas voi vaikuttaa tuloksen analysoinnin syvällisen tulkinnan vaikeutumiseen. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 58.)

Koska haastattelu on sosiaalinen vuorovaikutustilanne, on otettava huomioon sekä haastattelijan että haastateltavan roolit tilanteessa. Haastattelijan luotettavuus, pätevyys ja vastuullisuus näkyvät haastattelussa niin, että haastattelijalla ei ohjaile liikaa haastattelua ja antaa haastateltavalle aikaa vastata kysymyksiin, mutta myös mahdollisuuden kieltäytyä vastaamasta. Haastateltavan kannattaa korostaa tiedon ja mielipiteen eroa, jos haluaa välttyä ”en osaa sanoa”-vastauksilta. Haastattelijalta oletetaan oman osuuden minimoimista puolueettomuudella, mielipiteettömyydellä ja hämmästelemättömyydellä. Haastattelijan ei myöskään pidä ryhtyä väittelyyn haastateltavan kanssa. Koska teemahaastattelu on lähellä syvähaastattelua ja koska haastattelijat pyrkivät olemaan inhimillisiä, on kuitenkin tärkeää pitää keskustelu luontevana ja välttää kaavamaisuutta. Haastattelijan tärkeimmät tehtävät ovat kommunikation helpottaminen ja tiedon kerääminen. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 96-97.)

Teemahaastattelun teemoittelu ja kysymysten asettelu suunnitellaan niin, että turvataan tarvittavan tiedon saanti tutkimuksen kannalta. Puolistrukturoidussa haastattelussa tulee kuitenkin jättää liikkumatilaa ja joustavuutta. Puolistrukturoitu haastattelutilanne etenee keskustelunomaisesti. Haastattelijan aktiivinen kuuntelu voi olla kysymysten esittämistä merkityksellisempää, ja haastattelijalla ohjaa keskustelua haastateltavan vastausten mukaan. Teemahaastattelun ansio on haastattelijan mahdollisuus lisäkysymyksiin ohjata vastauksen suuntaa huomauttaessaan haastateltavan vastanneen ohi kysymyksen tai aiheen. Teemahaastattelun erityispiirteenä pidetään sen joustavuutta ja kysymysmuodon avoimuutta. Kysymystyypit voidaan jakaa kahteen eri ryhmään: tosiasiakysymyksiin ja mielipidekysymyksiin. Tiedon ja mielipiteen ero on syytä tarvittaessa selventää ja esittää kysymys uudestaan tarkentaen sitä. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 103-106.) Tutkimushaastattelussa on tarkoituksena tallentaa haastateltavan ja haastattelijoiden keskustelu tallenteelle, josta se myöhemmin puretaan analysointia varten. Haastattelijan olisi hyvä osata teemahaastattelun osa-alueet ulkoa voidakseen keskittyä haastateltavaan kokonaisvaltaisesti. Tallenteen käytöllä varmistetaan haastateltavan puheen ja puheessa ilmenevien vivahteiden ja taukojen merkitys sekä mahdollinen haastateltavan johdattelu. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 92.) Teemahaastattelussa edetään jokaisella teema-alueella laajoista kysymyksistä rajatumpiin. Syvennettäessä haastattelua otetaan huomioon edellisen kysymyksen vastaus, johon halutaan mahdollisesti tarkennusta. Haastattelijan on tärkeää pitää mielessä koko ajan tutkimusongelmat, joihin tutkimuksessa etsitään vastauksia. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 109.)

Opinnäytetyössä päätettiin käyttää teemahaastattelua, koska haastateltavien otanta on pieni, ja haastattelun avulla saadaan paljon tietoa tutkittavasta aiheesta. Haastattelun avulla haluttiin varmistaa, että hoitajilta saadaan todennäköisemmin heidän näkemyksiään potilaslähtöisyyden toteutumisesta ja sen mahdollisista kehittämisen tarpeista kuin esimerkiksi kyselylomakkeen avulla. Opinnäytetyön teemahaastattelu toteutettiin yksilöhaastatteluna. Yksilöhaastattelu soveltuu erityisesti sensitiivisten aiheiden käsittelyyn (Kankkunen & Vehviläinen-

Julkunen 2009, 95). Teemahaastattelua varten haettiin tutkimuslupaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä. Tutkimuslupa myönnettiin 7.11.2017. Ennen varsinaista viiden hoitajan yksilöhaastattelua tehtiin koehaastattelu yhden hoitajan kanssa joulukuussa 2017. Koehaastattelun tarkoituksena oli testata kysymysten määrää ja sisältöä varsinaista aineistonkeruuta varten. Koehaastattelun vastaukset päätettiin hyödyntää tutkimuksessa. Tähän pyydettiin erikseen lupa osastonhoitajalta ja haastateltavalta, sekä opinnäytetyön ohjaajalta. Haastatteluun valikoitui näin siis yhteensä kuusi kättilön koulutuksen saanutta henkilöä. Osastonhoitaja valitsi haastateltavat haastattelupäivänä työvuorossa olevista kättilöistä. Toivomuksena esitimme, että kättilöt olisivat työvuosiltaan mahdollisimman erilaisia. Aiheen arkaluontoisuuden vuoksi on tärkeää, että haastateltavat ovat kokeneita ammattilaisia, joilla on riittävän laaja kokemus aiheesta. Eri työvuosia hoitoalalla edustavien hoitajien haastattelemisen ajateltiin lisäävän tulosten uskottavuutta ja luotettavuutta. Kaikki tutkielmaa varten haastatellut ovat koulutukseltaan kättilöitä. Kättilöiden koulutuksissa ja niiden sisällöissä on eroavaisuuksia, koska kättilökoulutus on muuttunut vuosien saatossa vastaamaan nykytarpeita.

Teemahaastattelun runko muodostettiin teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Haastattelu muodostettiin kolmesta teemasta ja niihin suunnitelluista puolistrukturoiduista kysymyksistä. Haastatteluun osallistui kerrallaan yksi haastateltava ja kaksi haastattelijaa. Haastattelijat haastattelivat vuorollaan yhtä haastateltavaa toisen haastattelijan toimiessa nauhurin käyttäjänä. Seuraavassa haastattelussa haastattelijaa vaihdettiin. Haastattelut toteutettiin kolmena päivänä Kättilöopiston naistentautien poliklinikalla. Haastattelut nauhoitettiin digitaalisella nauhurilla ja tallennettiin koneelle. Haastattelujen kesto oli 6-20 minuuttia. Haastatteluvaihetta ennen haastatteluvälineistö eli haastattelujen tallentamiseen käytetty ääninauhurin käyttökunto tarkistettiin. Haastatteluiden laatu pyrittiin varmistamaan litteroimalla haastattelut mahdollisimman nopeasti aineistonkeruun jälkeen, kun havainnot ovat tuoreita. Aineisto jaettiin puoliksi kahden haastattelijan kesken. Litteroinnin ja pelkistyksen asteesta sovittiin, jotta ne olisivat yhtenäiset. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 184-185). Haastattelutilanteisiin pyrittiin luomaan mahdollisimman avoin ja välitön tunnelma, joka tukisi haastateltavien vapaata ja turvallista omien mielipiteiden ja käsitysten esittämistä.

6.2 Aineiston analyysi

Haastattelun jälkeen tutkimusaineisto puretaan, koodataan ja analysoidaan. Analysointi alkaa jo tutkijan haastattellessa haastateltavaa havainnoimalla ja tekemällä huomioita haastattelussa esiintyvistä ilmiöistä niiden toistuvuuden ja erityistapausten perusteella. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 136.) Haastattelijat tulkitsevat litteroitua aineistoa erittelemällä, luokittelemalla aineistoa, luomalla kokonaiskuvaa synteesin avulla ja pyrkien esittämään tutkittavan ilmiön uudesta näkökulmassa (Hirsjärvi & Hurme 2014, 143.) Aineiston analyysiin kehyksen luomisen lisäksi aineiston luokittelu, jonka avulla haastatteluaineistoa käsitellään. Luokittelu toimii aineiston

käsittelyn työkaluna erottaa massasta tutkimuksen kannalta keskeinen materiaali. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 147.) Aineisto voidaan purkaa kirjoittamalla teksti sanasta sanaan litteroimalla koko haastattelu tai valikoimalla teksti teema-alueista tai haastateltavan puheesta. Toinen tapaa purkaa haastattelua on päätelmien tai teemojen koodaaminen suoraan tallennetusta aineistosta. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 138.)

Kvalitatiivisen aineistolähtöisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmänä käytetään sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi jaetaan deduktiiviseen ja induktiiviseen, jolla tarkoitetaan teoria- ja aineistolähtöistä analyysia. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21.)

Deduktiivinen päättely lähtee teorian ja teoreettisten käsitteiden tarkastelusta käytännössä. Deduktiivisessa eli teorialähtöisessä analyysissa aiempaa teoriaa, mallia tai aiemman tiedon pohjalta laadittua teoreettista lähtökohtaa käytetään ilmiön määrittelyssä. Aikaisempi tieto ohjaa analyysia, joka näkyy tutkimuksen raportoinnissa. Teorialähtöisen sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on muodostaa analyysirunko, joka voi olla strukturoitu tai väljä. Aineiston pelkistäminen ja luokittelu tapahtuvat etsimällä aineistosta järjestelmällisesti analyysirungossa nimettyjä ilmauksia. Induktiivisessa analyysissa sanojen teoreettisen merkityksen pohjalta luodaan tutkimusongelmien ja aineiston pohjalta kategorioita. Aineistolähtöinen raportointi tapahtuu pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin avulla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135). Ensimmäinen vaihe aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on pelkistäminen. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineistolle esitetään tutkimusongelman mukaisia kysymyksiä. Analyysin toisessa vaiheessa aineisto ryhmitellään etsimällä yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia pelkistetyistä ilmaisuista. Samanlaiset ilmaisut yhdistetään samaan luokkaan ja nimetään sisältöä kuvaavaksi. Kolmannessa vaiheessa yhdistetään sisällöltään yhteneväiset luokat ja muodostetaan yläluokkia. (Janhonen & Nikkonen 2001, 26-29.)

Sisällönanalyysin tarkoituksena on tuoda selkeästi esille tutkittavien ilmiöiden kuvaamista kerätyn aineiston perusteella tiivistetyksi. Sisällönanalyysin avulla kerätystä aineistosta voidaan tehdä havaintoja ja tuloksia voidaan analysoida systemaattisesti. Tutkimusaineiston analyysissä sisällönanalyysillä on tarkoituksena erilaisuuksien ja samanlaisuuksien esille tuominen aineistosta. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23.) Sisällönanalyysia käytetään paljon hoitotyön tutkimuksissa sen sensitiivisyyden ja tutkimusasetelman joustavuuden vuoksi (Kankkunen & Vehviläinen 2009, 134). Sisällönanalyysissä on erotettavissa vaiheet: aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134.) Tutkimushaastattelun aineisto eli nauhoitetusta puheesta tehty tallenne puhtaaksikirjoitetaan tekstimuotoon eli litteroidaan tekstiksi. Tämän jälkeen valitaan analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen sana tai teema. Aineiston analyysin kohdistus voidaan toteuttaa aineiston ilmi- tai piilosisältöjä analysoimalla. Aineiston piilosisäl-

töjä analysoidessa tarkastellaan aineiston osien suhdetta koko aineistoon. Ilmisisältöjen analyysissä aineisto jaetaan yksiköihin, joita tarkastellaan suhteessa tutkittavaan ilmiöön. (Janhonen & Nikkonen 2001, 24.)

Tutkimushaastatteluaineiston tekstiksi muuntamisen tarkkuustason määrittävät tutkimuskysymys ja analyysitapa. Tutkimuskysymyksestä riippuu kiinnitetäänkö huomio puheen sisältöön vai siihen tapaan, miten puhetta tuotetaan (Hyvärinen, Nikander & Ruusuvuori 2017, 427.) Litteroidessaan nauhoitettua aineistoa tutkija tulkitsee aineistoa. Saattaessaan nauhoitettua aineistoa analysoitavaan muotoon tutkija muokkaa aineistoa ja valitsee, millä tarkkuudella teksti litteroidaan. (Hyvärinen yms. 2017, 438.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin sekä induktiivista että deduktiivista sisällönanalyysia. Nauhoitettu tallenne litteroitiin sanasta sanaan ja aineisto koodattiin, jonka jälkeen aineistoa pelkistettiin jättämällä tutkimuksen kannalta turhat ilmaisut ja toistot pois. Tämän jälkeen pelkistetyistä aineistosta tehtiin taulukko, johon kategorisoitiin aineiston pelkistettyjä ilmaisuja. Pelkistetyksen jälkeen aineistoa alettiin ryhmittelemään ja luokittelemaan yhdessä sovitulla tavalla. Aineisto jaettiin puoliksi opinnäytetyön tekijöiden kesken ja aineiston analyysia tehtiin kokonaisuudessaan sekä yhdessä että erikseen. Aineiston analysointi aloitettiin joulukuussa 2017 ja se valmistui maaliskuussa 2018.

7 Opinnäytetyön tulokset

Opinnäytetyötä varten haastateltiin kuutta kättilöä, jotka työskentelevät Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin naistentautien poliklinikalla. He kaikki olivat hoitaneet raskaudenkeskeytyspotilaita. Työvuosia kättilöillä oli 2–35 vuotta.

7.1 Haastateltujen kättilöiden käsityksiä potilaslähtöisyyden toteutumisesta raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyössä

Potilaslähtöisyys

Tämän teemahaastattelun aineiston mukaan potilaslähtöisyyttä pidettiin kättilöiden mielestä erittäin tärkeänä tai tärkeimpänä lähtökohtana raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyössä. Tutkielmassa haastateltujen kättilöiden mielestä potilaslähtöisyys tarkoittaa potilaan huomiointia ja haastattelua hänen omasta lähtökohdastaan sekä hyvän hoidon kriteerien noudattamista hoitotyössä. Haastateltavilta kysyttiin myös heidän käsityksiään hyvästä hoidosta ja potilaslähtöisyydestä. Nämä rinnastettiin vastauksissa useimmiten samaksi asiaksi. Haastateltavat olivat pääosin samaa mieltä siitä, että potilaslähtöisessä hoitotyössä on tärkeää tukea potilasta hänen päätöksenteossaan. Haastateltavien mielestä potilaan toiveen kuuntelu oman hoidon suhteen ja potilaan mahdollisuus vaikuttaa oman hoidon suunnitteluun olivat tärkeitä potilaslähtöisyyden toteutumisessa.

” -- Mehän haastatellaan etukäteen nämä potilaat, jotka tulee. Niin, me kysytään myöskin niitä hänen ajatuksiaan, et mitä hän niinkun miettii ehkäisystä ja mitä hän miettii keskeytystavasta. Huomioidaan potilas ihan alusta lähtien. Ja tietysti me noudatetaan, meillä on hyvän hoidon kriteerit tehty ja mehän toimitaan niiden pohjalta.”

” Potilas tulee kuulluksi, saa oikeenlaista tietoo ja oikeanlaista hoitoo. Ja potilas osallistuu itse siihen... tavallaan siihen hoitosuunnitelman tekemiseen.”

Raskaudenkeskeytyspotilaan potilaslähtöisessä hoidossa kätilöt pitivät tärkeänä hoitopolun ja hoitoympäristön suunnittelemista potilaan tarpeita vastaavaksi. Potilaslähtöisyys on kätilöiden mukaan hoidon suunnittelu siten, että se kuormittaa potilasta mahdollisimman vähän. Hoitajan on tarjottava potilaalle turvallista ja ajankohtaista tutkittua tietoa. Hoidon suunnittelun yksilöllisyys potilaan tarpeita vastaavaksi oli kätilöiden mukaan potilaslähtöisessä hoitotyössä tärkeää.

” -- Potilaslähtöisyys on tosiaan nimenomaan sitä, että potilas saa itse vaikuttaa omaan hoitoonsa ja tota se, että me voidaan antaa just niitä vaihtoehtoja, ja tota hän pystyy niistä siten valita mikä on niinku hänelle se paras, ja se, että me pystytään häntä palvelemaan niinku joustavasti just aukioloaikojen puutteessa, ja sitten puhelimitse ollaan tavoitettavissa, ja se, että hän sais sen hoidon yhdestä paikkaa, ettei tarvitse pompottaa joka puolella. ”

Potilaslähtöisessä hoitotyössä on kätilöiden mukaan otettava huomioon potilaan oma elämäntilanne ja siihen mahdollisesti vaikuttavat syyt. Hoitajalta vaaditaan hyviä vuorovaikutustaitoja, jotta hän saa muodostettua luottamuksellisen suhteen potilaaseen. Potilaan tarpeet eivät aina näyttyädy suoraan ja siksi tarvitaan hoitajalta tilannetajua ja sisälukutaitoa olennaisen tiedon saamiseksi potilaslähtöistä hoitoa varten.

” --Myöskin ne syyt siellä takana sitten vaikuttaa tiettenkin ja ne on hyvä ottaa huomioon, että lähetään niinku siitä potilaan omasta tilanteesta päin katsomaan niitä ratkaisuja ei siitä mikä ois meille niinku helpointa tai parasta. --”

Potilaslähtöinen ohjaus

Raskaudenkeskeytyspotilaan ohjaaminen on haastateltujen kätilöiden mielestä vaativaa. Raskaudenkeskeytyksistä ainakin osa tapahtuu potilaan kotona, joten ohjaamisen rooli on merkittävä raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyössä. Raskaudenkeskeytyspotilasta ohjataan lyhyessä

ajassa lääkehoidossa, hygieniassa, ehkäisyssä sekä jälkihoito- ja jatkohoito-ohjeissa. Haasteltujen kättilöiden mielestä on tärkeää sovittaa ohjaus yksilöllisesti vastaamaan potilaan tarpeita hänen lähtökohdistaan. Potilaan ymmärryksen varmistaminen oman hoitonsa suhteen koettiin myös tärkeäksi edellytykseksi potilaslähtöisen ohjaamisen toteutumiseksi.

” Kuunteleminen, ohjaaminen ja tavallaan varmistaminen, että hän on ymmärtänyt mistä on... minkä takia hän on täällä, mitä hänen kanssaan on sovittu... ja hän tietää mikä se jatko-suunnitelma on.”

” Vähän sen tilanteen mukaan tietysti. Toiset tarvii laajempaa ohjausta, mutta kyllä mä kaikille annan perusohjauksen ihan saman. Mä käyn aika lailla tarkalleen ne ohjeet läpi, mitä meillä siinä on. Ja.... ja niinku varmistan moneen kertaan siinä matkan varrella, että siinä tulee kaikki nämä asiat niinku selväks. --”

Kättilöiden mielestä ehkäisyn ohjaaminen on vaativaa, sillä sen tulisi olla tarpeeksi motivoivaa. Ehkäisyyn liittyvään ohjaukseen on käytettävissä melko vähän aikaa. Vastaanotolla on paljon ohjattavia asioita lyhyessä ajassa, ja osa kättilöistä epäilikin, omaksuuko potilas kaiken saamansa tiedon.

” No puhelinohjataan toki ennenku he tulee meille vastaanotolle, he saa siinä ohjausta ennen vastaanottoa, riippuu vähän ihmisestä ja myös potilaasta minkä verran siinä kohtaa sitä asiaa käydään läpi, ja totanoinniin sitten ennenku he tulee vastaanotolle siinä on pieni semmonen hetki, että käydään niitä asioita läpi, tarkistetaan papereita ja kysytään ehkäisystä ja vähän haastatellaan siinä sitä tilannetta. --”

” No siihen ohjaamiseenhan kuuluu ne ohjeet mitä muutenkin annetaan potilaalle ja hän saa kirjalliset ohjeet ja me käydään ne läpi sitten niinku... niinku hänen lähtökohdistaan. Mitä olis erityisesti mitä pitäis painottaa siinä eli kivunlievitys, hygienia, ehkäisyn alottaminen ja ehkäisy ohjaaminen eli periaatteessa sekä edut että sivuvaikutukset.”

Potilaslähtöinen vuorovaikutus

Kättilöiden mukaan potilaslähtöinen vuorovaikutus on potilaan tason huomioivaa: vuorovaikutuksessa huomioidaan potilaan tausta, lähtötilanne, hänen ikänsä ja kulttuurinsa. Potilaslähtöisessä vuorovaikutuksessa asiat kerrotaan niin, että potilas varmasti ymmärtää hänelle kerrotut asiat. Potilaslähtöisessä vuorovaikutuksessa annetaan kättilöiden mukaan tilaa potilaan kysymyksille, ja annetaan potilaan purkaa ajatuksiaan keskeytykseen liittyvistä asioista. Vuorovaikutus on myös informatiivista. Potilaalle on annettava kaikki mahdollinen saatavilla oleva tieto raskaudenkeskeytyksiin liittyen. Kättilöt kuvasivat potilaslähtöistä vuorovaikutusta myös

kuuntelevana, keskustelevana ja potilaan tarpeista lähtevänä.

” No just sellasta potilaan tasoista, kattoo mikä se potilaan ikä on, ihan eri tavalla puhuu 17-vuotiaalle, ku 40-vuotiaalle. Ja sit myös se mikä hänen historiansa on, onko hänellä just jotain vaikka näiden potilaiden kohdalla ehkäisyvalmisteita tai edellisiä keskeytyksiä tai tämmöstä. -- myös kulttuurierot niinku nykyään on monista eri kulttuureista nii sitten ottaa niitä huomioon sen verran, kun ite tietää tai on tullut kokemuksia eri kulttuurin edustajista niin sitten sen huomioiminen siinä nii se ois aika potilaslähtöistä eikä sillai et puhuu kaikille samalla tavalla.”

”No kuuntelevaa ja potilaan kysymyksiin vastaavaa.... ja keskustelevaa ja vähä semmost tuntosarvet pystyssä, että sekin on potilaslähtöistä et yritetään saada sieltä rivien välistä luetua ne tarpeet ne ei aina tuu esille ehkä ihan suoraan.”

Potilaslähtöisestä ehkäisystä huolehtiminen

Haastatteluaineistosta nousi voimakkaasti esille ehkäisyn osuus raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyössä. Ehkäisyyn sitoutumista pidettiin ongelmana, sillä kolmasosa potilaista tulee uudelleen raskaudenkeskeytykseen. Kätilöt pitivät tärkeänä potilaalle sopivan ja pitkäaikaisen ehkäisyn löytämistä. Hoitajat ajattelivat tämän olevan potilaslähtöistä myös siksi, että potilas säästyisi uudelta mahdollisesti traumatisovalta raskaudenkeskeytykseltä. Kätilöiden mielestä ehkäisyyn pitäisi panostaa enemmän ja ehkäisyohjaukseen tulisi olla riittävästi aikaa. Potilaat hakevat haastateltujen kätilöiden mukaan tietoa ehkäisystä ja vaihtoehtoisista ehkäisymenetelmistä ystäviltä ja netistä. Sopivan ehkäisyn löytymiseksi tarvitaan kätilöiden mukaan pitkäjänteisyyttä ja useamman ehkäisymenetelmän kokeilemistä, jotta potilas löytää itselleen sopivan ehkäisyn. Hyvän ehkäisymenetelmän löytäminen motivoi jatkamaan sen käyttöä. Ehkäisyn haittavaikutuksista täytyy hoitajien mukaan puhua, sillä yllätyksenä tullessaan ne vaikuttavat ehkäisymenetelmän käytettävyyteen ja ehkäisyn käytön motivaatioon. Ehkäisyn haittavaikutuksien läpi käyminen on kätilöiden mielestä myös potilasturvallisuuskysymys. He myös ehdottivat, että raskaudenkeskeytyspotilaiden jatkoehkäisysuunnittelu hoidettaisiin naisten tautien poliklinikalla nykyisen terveysaseman sijaan. Se saattaisi kätilöiden mukaan lisätä potilaiden motivaatiota ehkäisyyn sitoutumisessa.

”-- Eli se hyvä hoito meidän kannalta on se, että me saatais se potilas... potilaille suunniteltua hyvä ehkäisy. Se on potilaankin kannalta... potilaat sitten enemmän tai vähemmän sitou-tuu sit tähän... et se... se voisit ajatella et onko se sit kenen kannalta hyvä hoito, mut meidän mielestä se on hyvä hoito et hänen ei tarvitsis tulla uudestaan meille --. ”

”-- Että se mikä on potilaan mielestä ehkä hänen omansa... niinku omassa tilanteessaan hyvää hoitoa, ei välttämättä aina ole meidän mielestä aina sitä samaa. Eliikkä sitten monet halua hoitaa ongelman, mutta ei halua hoitaa sitä jatkoehkäisyä.”

Potilaslähtöisyyden toteutumisen arviointi tai mittaaminen

Haastateltavien kätilöiden arviot potilaslähtöisyyden toteutumisen arvioinnista tai mittaamisesta heidän työssään vaihtelivat. Osa haastatelluista kätilöistä olivat sitä mieltä, että potilaslähtöisyyttä arvioitiin säännöllisesti palauteautomaattien avulla, ja kätilö arvioi työnsä ohella potilaan tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon. Potilaslähtöisyyden arviointi ja potilastytyväisyyden mittaaminen sekoittuivat joissakin vastauksissa.

” No meill on suuriman osan aikaa on niinku semmoset palauteautomaatit, mitä kautta potilas voi antaa palautetta. Ja sitten tietenkäin myös se, että jokainen hoitaja tekee siinä oman työnsä ohella semmosta pientä mietintää. -- Ei oo niinku mun mielestä mitään sellasia niinku standardoituja mittareita tai sillee. Et mietitään et oookoo, miten tää nyt meni. Mutta se kyllä ehkä eniten se mittari mitä käyttää itse eniten työssä on se millä mielellä se potilas sieltä lähtee.”

Haastattelujen mukaan kätilöiden saama palaute oli suureksi osaksi potilaalta itseltään tullutta palautetta ja kiitosta. Kätilöt epäilivätkin, että tämä potilasryhmä on hyvin vaatimaton eikä valita helposti. Osa haastatelluista kätilöistä oli epätietoisia osastolla tapahtuvasta potilaslähtöisyyden arvioimisesta tai mittaamisesta. Osa haastatelluista kätilöistä piti potilaslähtöisyyden arvioimista oman työnsä arvioimisena. Kätilöt saivat yleensä palautetta suoraan potilaalta tai joskus muuta kautta. Positiivinen palaute tulkittiin potilaslähtöisyyden arvioimiseksi.

” Sitä ei varsinaisesti oikeestaan meillä niinkun... mä mietin... mitataan tai arvioidaan... mä aina kysyn, että onhan potilas aina ymmärtänyt esimerkiks meidän toimintatavat. --”

”-- Ku potilaathan palaa kuitenkin takas asiakkaaks sinne omiin yksikköihinsä terveysasemalle ... niin se on aina ilahduttavaa kuulla, että sieltä kautta tulee hyvin paljon positiivista palautetta.”

Kätilöt kokivat, että potilaspalautetta voisi kerätä enemmän tulevaisuudessa kuin nyt. Haastateltavat kokivat, että ilman palautetta toimintaa on vaikea kehittää. Kätilöt toivoivat saavansa potilailta jatkossa enemmän suoraa palautetta.

Potilaslähtöisyyden toteutuminen

Haastatellut kätilöt olivat yksimielisiä siitä, että potilaslähtöisyys toteutuu heidän toimipisteessään tällä hetkellä melko hyvin raskaudenkeskeytyspotilaiden kohdalla. Potilaan toiveet pyritään huomioimaan ja potilaat pääsevät vaikuttamaan omaan hoitoonsa. Haastateltavat toivat erityisesti esille sen, että raskaudenkeskeytyspotilaat saavat itse valita hoitomuotonsa. He voivat valita tehdäänkö heille lääkkeellinen keskeytys vai kirurginen keskeytys. Hoitajilla oli eriäviä mielipiteitä siitä, kuinka nopeasti potilaat saavat ajan raskaudenkeskeytykseen. Osa haastatteluista olivat sitä mieltä, että aikatauluihin hoitajat eivät pysty vaikuttamaan. Potilaat usein toivoisivat pääsevänsä nopeammin hoitoon. Osa kätilöistä puolestaan oli sitä mieltä, että potilaat pääsevät nopeasti hoitoon ja ajanvaraustilanne on hyvä. Kaikki haastatellut olivat yhtä mieltä siitä, että raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyön potilaslähtöisyydessä on vielä kehitettävää.

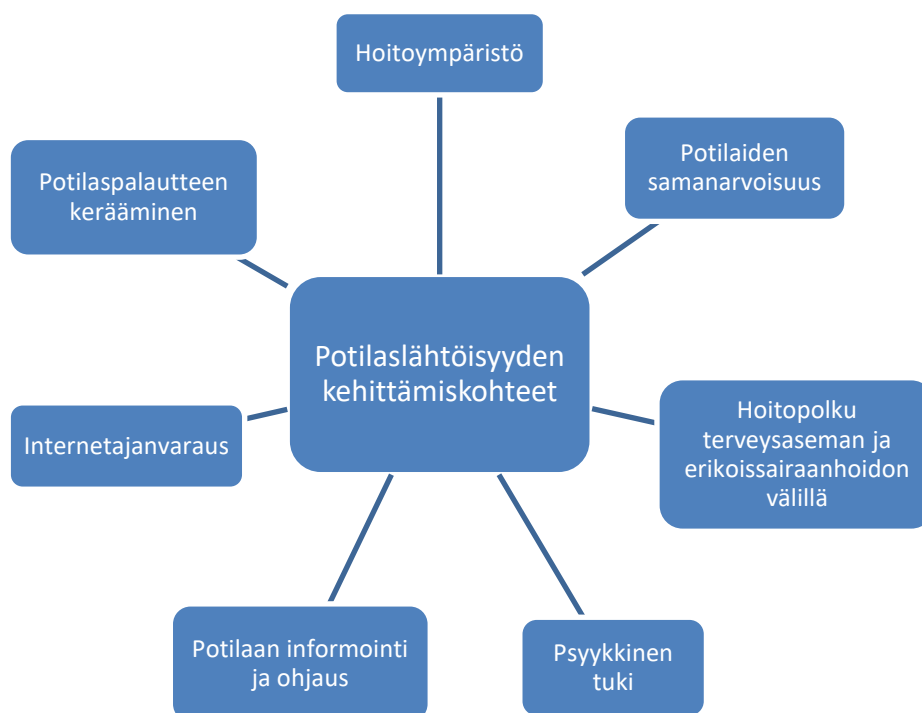
” No mä koen ett se toteutuu hyvin, ett meill on tosi osaavat ihmiset siinä hoitotyössä mukana ja aika hyvä ajanvaraustilannekin, että potilaat saa kyllä aika nopeastikin sen ajan meille. Ja meill on useampi tapa, mitä voidaan ehdottaa potilaalle jatkohoidoksi, että sieltä pitäs kyllä löytyä sellanen sopiva, että hyvin toteutuu kyllä.”

7.2 Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyön potilaslähtöisyyden kehittämiskohteet

Potilaslähtöisyyden kehittäminen

Haastatellut kätilöt olivat yksimielisiä siitä, että raskaudenkeskeytyspotilaiden hoitotyössä ja sen potilaslähtöisyydessä on kehittämisen varaa (Kuvio 2). Kehityskohteiksi nousivat haastatteluiden pohjalta poliklinikan tilat, raskaudenkeskeytyspotilaan hoitopolku, ajanvarausjärjes-

telmä, potilaiden tasa-arvoisuus, psyykinen tuki, potilaan ohjaus ja informointi sekä potilaspalautteen kerääminen. Kätilöt nimesivät kaikki erilaisia kehityskohteita raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyön potilaslähtöisyydessä.



Kuvio 2 Potilaslähtöisyyden kehittämiskohteet

Hoitoympäristö

Yhdeksi kehittämiskohteeksi nousivat vahvasti poliklinikan tilat, joissa raskaudenkeskeytyspotilaita hoidetaan. Potilaat joutuvat vaihtamaan huonetta vastaanottokäynnin aikana useampaan kertaan. Kätilöt toivoivat toimivampia tiloja, jotta potilaat eivät joutuisi vaihtamaan huonetta niin useasti. Tämä vähentää potilaan kuormitusta. Tilat voisivat olla kätilöiden mielestä olohuonemaisemmat ja viihtyisämmät.

Hoitajat toivovat esille, että nykyisissä tiloissa raskaudenkeskeytyspotilaat tunnistavat helposti toisensa, sillä he kaikki käyvät läpi samat pisteet. Raskaudenkeskeytyspotilaat odottavat omaa käyntiään muiden naistentautien poliklinikan potilaiden joukossa. Kätilöt toivoivat potilaslähtöisempää tilojen suunnittelua, jotta potilaat eivät erottuisi niin hyvin.

” No niitä tiloja vois mieltii, sillä tavalla että ei ois sellanen kolmio mitä potilaat kiertää vaan jotenkin muuten, ettei tarvis koko ajan hypätä huoneesta toiseen.”

” No ehkä käytäntöjä -- kun potilaat tulee meille, että että tota potilaat pääsis ehkä vähä

helpommalla sillai fyysisesti ett he joutuu, mejän tapa on tehdä se, ett he joutuu muutaman kerran siin odotusaikana vaihtamaan huonetta vaikkakin hoitaja pysyy samana, välissä tulee lääkäri mutta se on vähä sellasta ramppaamista. Ehkä se toteutus, ett ne tilat ois paremmin järjestelty. --”

Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitopolku

Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitopolku nousi vahvasti esille kätilöiden haastatteluista. Hoitajat toivoivat tälle potilasryhmälle nykyistä selkeämpää hoitopolkua. Toiveena oli, että hoitopolku olisi järjestetty siten, että kaikki hoito tapahtuisi yhdessä ja samassa paikassa yhden ja saman katon alla.

”-- Potilaalle kaikkein paras ois se ett se ois yks paikka josta se saa sen hoidon koska nyt he menee ensin terveysasemalle ja sit he tulee tänne meille nii se on tavallaan sellasta pompottelua. --”

Tutkielmassa haastatellut kätilöt kuvasivat raskaudenkeskeytyspotilaan nykyistä hoitopolkua monimutkaisena. Potilaat menevät ensin terveysasemalle hoitajan vastaanotolle ja sen jälkeen he saavat ajan terveyskeskuslääkärille. Tämän käynnin jälkeen he varaavat ajan puhelimitse naistentautien poliklinikalle. Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys tehdään naistentautien poliklinikalla. Kirurginen raskaudenkeskeytys puolestaan tehdään naistenklinikalla. Jälkitarastus tehdään potilaan omalla terveysasemalla raskaudenkeskeytyksen jälkeen.

Mahdolliset raskaudenkeskeytykseen liittyvät komplikaatiot hoidetaan Naistenklinikalla, jossa sijaitsee naistentautien päivystyspoliklinikka. Kätilöt kokivat tämän nykyisen mallin potilaan pompotteluna. He toivat esille, että potilaan ei ole välttämättä kovin helppoa järjestää kaikkia käyntejä, jos hän käy töissä. Kätilöt toivoivat tähän potilaslähtöisempää toteutusta.

”-- Että onks se potilaslähtöistä, että niin monta stoppia. -- Mut sit tietenkin, ku tietää ettei oo helpointa ehkä järjestää työelämästä niitä kaikkia stoppeja aina tänne nii, ett jos siihe saa mietittyä jotain potilaslähtöisemmäksi. --”

Haastatteluista kävi ilmi, että kätilöt toivoisivat enemmän aikaa hoitajan vastaanotolle, jotta he ehtisivät paneutua potilaan kanssa paremmin ehkäisyyn ja muihin asioihin. Hoitajat ehdottivat myös hoitajan omaa vastaanottoa, missä potilaat voisivat käydä. Siellä potilas voisi pohdita raskaudenkeskeytystä ja siihen liittyviä asioita rauhassa.

”-- Ajan riittävyys, että ehtii paneutua ehkäisyyn ja muihin asioihin.”

”-- Ehkä joskus ihan hoitaja vastaanotto vois olla ihan semmonen johon he vois tulla käymään. Et tavallaan sit sitä asiaa vois rauhassa miettiä. Et jos meillä tulee hoitajalle ne on aina aloituskäyntejä ne on viiden minuutin käyntejä eli sä otat lääkkeen ja sit sä lähet pois. Toki siinä, jos ihmisellä on asiaa niin keskustellaan se hetki mutta tavallaan sitä ei oo niinku resursoitu. -- ”

”-- Tavallaan se aika, että sitä ois riittävästi mm. tällaset ehkäysoasiat ja muut, että niihin ehdittä paneutua enemmän. --”

Potilaiden samanarvoisuus

Haastattelussa kävi ilmi, että hoitajat toivovat raskaudenkeskeytyspotilaiden kohdalla normaalia hienovaraisempaa kohtelua. He kokivat, että kaikkia potilaita tulisi kohdella samanarvoisesti oli heidän hoitoon hakeutumisen syy sitten raskaudenkeskeytys tai endometriooosi. Kaikkien potilaiden tulisi olla samanarvoisia ja kaikkien tulisi saada yhtä hyvää ja potilaslähtöistä hoitoa. Raskaudenkeskeytykseen tulevat potilaat pelkäävät saavansa huonoa kohtelua ja tulevansa tuomituiksi päätöksensä vuoksi. Hoitajat kokevat potilaslähtöisyyden toteutumisen raskaudenkeskeytyspotilaiden kohdalla hyvin tärkeäksi. Potilaslähtöisyyteen kuuluu potilaiden samanarvoisuus.

”-- Ei pitäis tiettyjä potilasryhmiä, he on keskeytyspotilaat, noi on yleisgyneen potilaita, vaan kaikkien pitäis olla saman arvoisia, nii kyllä siinä on se, että heidän kanssaan vielä toivoo enemmän silkkihansikkaita, että tulee sellanen, että tää on samanlainen asia, ku sulle laitetais kierukka tai hoidettais endometriooisia. Ett se ois yks osa, ku suomen lakiki sen sallii tiettyissä rajoissa. --”

”-- Me pyritään hoitamaan tätä asiaa niin ammatillisesti ettei heillä olis ainakaan sellasta tunnetta, että me tuomitaan heitä ja he on itsensä niinkun parhaampia tuomareita eli tuomitsevat itsensä kyllä niin jyrkästi että ei tarvita kyllä mitään ylimäärästä tuomittavuutta mistään muualta taholta. --”

Psyykinen tuki

Tutkielmassa haastatellut kättilöt kokivat, että raskaudenkeskeytyspotilaat eivät saa riittävästi henkistä tukea tällä hetkellä. Jatkotuki on hajanaista, sillä erikoissairaanhoidossa ei ole tarjolla tälle potilasryhmälle kättilöiden mukaan tukipalveluita. Heille tarjotaan psyykkistä tukea, jos he tarvitsevat psykiatrista erikoissairaanhoitoa. Muissa tapauksissa apua tai tukea ei ole saatavilla erikoissairaanhoidosta. Jossain määrin tukea on kättilöiden mukaan saatavilla terveysaseman puolella, mutta he toivoisivat, että niitä olisi saatavilla myös erikoissairaanhoidon

puolella. Tutkimuksessa tuli ilmi vahvasti, että hoitajat kokivat, että raskaudenkeskeytyspotilaiden tulisi saada enemmän henkistä tukea.

”-- Se henkinen tuki on sellanen joka ehkä sitä monesti kaivattais. Terveysaseman puolella siellä on niitä hoitopolkuja on ja sitä kehitetään koko ajan siellä ja tavallaan meiltä karsitaan koko aika ja meidän pitää vaan ohjata sinne. --”

Kätilöt kokivat, että nykyisellään henkisen tuen saaminen raskaudenkeskeytyksen jälkeen ei ole välttämättä helppoa ja tuen muodot eivät ole aina kovin selkeät. Aiemmin naistentautien poliklinikan käytettävissä oli sairaalapastori ja psykiatrinen sairaanhoitaja, mutta tällä hetkellä potilaille ei ole mitään konkreettista tukea tarjolla muuta kuin terveysasemalla. Kätilöt kokivat, että potilaat hyötyisivät, jos heille olisi osoittaa selkeä paikka tai tukiryhmä, mistä saa tukea.

”-- Jatkotuen tarvehan on tällä hetkellä hyvin tällöinen niinku hajanainen. -- Elikä se, että kyl tää monelle naiselle on tietysti semmonen asia, mikä pyörittää mieltä paljonkin ja että ois hirveen hyvä, että meil ois ohjata joku selkee paikka, että tonne sä voit mennä juttelemaan tai et niil ois jotain tukiryhmiä.”

Potilaan informointi ja ohjaus

Haastatellut kätilöt toivat ilmi, että potilaat eivät monesti tiedä, miksi raskauden tulee olla tietyillä viikoilla ennen sen keskeyttämistä. Tämä johtaa siihen, että potilaat eivät aina ymmärrä, miksi heidän täytyy odottaa, ennekuin he voivat varata ajan naistentautien poliklinikalle raskaudenkeskeytykseen. Hoitajat toivoivat, että potilaille annettaisiin enemmän tietoa tästä asiasta. Ajanvaraus raskaudenkeskeytykseen tapahtuu kätilöiden mukaan tällä hetkellä puhelimitse. Potilaan kannalta heidän mielestään olisi hyvä, jos olisi olemassa internetajanvaraus. Se ei ole kuitenkaan nykyisen käyttöjärjestelmän eikä keskeytyksen tekoon liittyvän aikarajan puitteissa mahdollista.

”-- Sitten potilaat aina vähä tuntuu ett sillai mahdollisimman nopeesti hoitoon eikä tiedä ett siinä on se kuitenkin pakko odottaa ja minkä takia niin sitten siinä. Ett ne ois ehkä sellaset kehittämiskohteet mitä vois miettiä. ”

Tutkielmassa kävi ilmi, että haastateltavat kokivat potilasohjauksen raskaudenkeskeytyspotilaiden kohdalla haastavana. Kätilöt kokivat, että heillä ei ole välttämättä tarpeeksi osaamista syvällisempään potilaslähtöiseen potilasohjaukseen. Heillä on vain koulusta saamansa tiedot siitä. Haastatteluissa tuli vahvasti esille hoitajien halukkuus osallistua potilasohjauskoulu-

tukseen. Moni haastateltavista koki, että he hyötyisivät suuresti ohjaukseen liittyvistä koulutuksista. Kätilöt kokivat raskaudenkeskeytyspotilaiden ohjaamisen olevan ajoittain henkisesti kuormittavaa heille itselleen. Raskaudenkeskeytykseen tulevilla on usein taustalla hankala elämäntilanne ja heidän ongelmansa ovat usein moninaisia, mikä saattaa kuormittaa hoitajia.

” --Ja tavallaan sellasta ett me pystyttäis päästä vähä enemmän syvälle ja pystyttäis niinku saada sitä potilasta ajattelemaan, vaikka niissä ehkäysasioissa ett mikä hänelle ois parasta ja tavallaan kääntää se sitä kautta eikä niin että me kerrotaan hänelle mikä on.”

”-- Mä pyysin et meille ihan siis järjestetään työnohjausta, koska tuolla tulee sellasta, että me hoidetaan kuitenkin aika paljon eri kulttuureista tulevia ihmisiä ja me hoidetaan aika hankalissa elämäntilanteessa olevia ihmisiä. Ne on meille joskus aika kuormittavia, koska meillä on se kätilön koulutus tai sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan koulutus. --”

Potilaslähtöisyys toteutuu kätilöiden mielestä raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyössä pääsääntöisesti hyvin. Kätilöt kokivat potilaslähtöisyyden hyvin tärkeäksi (Taulukko 1) . Potilaan mielipide, toiveet ja tarpeet otetaan huomioon ja potilasta pyritään osallistamaan oman hoitonsa suunnit-teluun mahdollisimman paljon. Haastateltujen kätilöiden mukaan potilalähtöisessä vuorovaikutuksessa ja ohjaamisessa on otettava huomioon potilaan yksilölliset tarpeet. Hoito on suunniteltava potilaan omat lähtökohdat huomioiden. Ehkäisyn toteutuminen koettiin isona ongelmana. Tätä tukee se tieto, että kolmannes raskaudenkeskeyttäjistä tulee uudestaan raskaudenkeskeytykseen. Kätilöiden mielestä ehkäisyn neuvontaan ja ohjaukseen tulisi panostaa enemmän. Jatkoehkäisyn keskittämistä ehdotettiin erikoissairaanhoidon puolelle terveysaseman sijaan. Arveltiin, että tämä voisi lisätä potilaan motivaatiota ja ehkäisyyn sitoutumista.

Kaikki kätilöt näkivät kehittämisen varaa potilaslähtöisyydessä. Kehittämistä löytyi kätilöiden mukaan useissa hoidon eri osa-alueissa. Aineistosta nousi erityisesti esille raskaudenkeskeytyspotilaan hoitopolun, hoitoympäristön, ehkäisyn sekä henkisen tuen kehittäminen. Hoitopolun ja ympäristön kehittämistä toivottiin mahdollisimman vähän potilasta kuormittavaksi. Tunnistettavuuden välttämiseksi ja yksityisyyden suojaamiseksi toivottiin potilaalle mahdollisimman vähän kontaktipisteitä esim. poliklinikalla asioidessa. Potilaslähtöisyyden toteutumisen arviointia sekä potilailta kerättävää palautetta toivottiin oman työn tueksi. Ohjaamisen koulutusta toivottiin lisättävän ohjauksen tarpeen lisääntyttyä. Kätilöt arvelivat lisäkoulutuksen parantavan potilaslähtöisyyttä entisestään ja auttavan kätilöitä työssä jaksamisessa.

| Alkuperäinen ilmaus | Pelkistetty ilmaus | Alakategoria | Yläkategoria | Pääkategoria |
|---|---|--|---|-------------------|
| Teema 1 Potilaslähtöisyys Kysymys 1: Mitä on mielestänne potilaan hyvä hoito? | | | | |
| "Hän saa käypähoitosuosituksen mukaista hoitoa. Se on näyttöön perustuvaa se hoito, mitä teemme. Se on tasa-arvoista kaikille. Se on, että mietitään mitkä ne hänen lähtökohtansa ja toiveensa ovat. Näyttöön perustuvaa potilaan toive otetaan siinä huomioon" | Käypähoitosuosituksen mukaista, näyttöön perustuvaa, tasa-arvoista kaikille, potilaan lähtökohdat ja toiveet huomioivaa. | Käypähoitosuositusten noudattaminen Näyttöön perustuvuus Tasa-arvoisuus Potilaan lähtökohtien ja toiveiden huomiointi | Näyttöön perustuvuus Potilaslähtöisyys | Potilaslähtöisyys |
| "Potilas saa siihen vaivaan, joka hänellä on tarvitsemansa avun. Se on potilaslähtöistä ja tavallaan potilas saa itse vaikuttaa siihen hoitolinjaan mikä hänellä sitten on. Hoito on turvallista ja kustannustehokasta meidän kannalta" | Avunsaanti, potilaslähtöisyys, Potilaan vaikutusmahdollisuus omaan hoitoon, turvallisuus, kustannustehokkuus, | Potilasturvallisuus Kustannustehokkuus Potilaan vaikuttaminen omaan hoitoon | Potilaslähtöisyys | Potilaslähtöisyys |
| "Se on riittävää tiedonantoa. Informaation antamista joka kohdassa hoitoketjua. Aika järjestetään mahdollisimman pian potilaan toiveen mukaisesti raskaudenkeston kuitenkin huomioiden. Luottavaisen ilmapiirin | Riittävä tiedonantaminen koko hoidon ajan, nopea hoitoon pääsy, luottavaisen ilmapiirin luominen, potilaan tukena oleminen, ratkaisujen pohdinta potilaan lähtökohdista käsin | Tiedonanto potilaalle Potilaan toiveiden huomiointi | Potilaslähtöisyys | Potilaslähtöisyys |

Taulukko 1 Ote kategorisoinnista

8 Pohdinta

8.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää raskaudenkeskeytspotilaiden hoitotyön potilaslähtöisyyttä Kätilöopiston naistentautien poliklinikalla teemahaastattelun avulla. Haastatteluista saatiin paljon tietoa raskaudenkeskeytspotilaan hoitotyöstä ja sen potilaslähtöisyydestä. Tutkimuskysymyksiin etsittiin vastauksia haastatteleamalla raskaudenkeskeytspotilaiden kanssa työskenteleviä kätilöitä. Opinnäytetyön tuloksista havaittiin potilaslähtöisyyden toteutuvan hyvin raskaudenkeskeytspotilaiden kohdalla, mutta kehittämiskohteita kuitenkin löytyi runsaasti. Opinnäytetyön avulla voidaan kehittää potilaslähtöisyyttä entistä paremmaksi raskaudenkeskeytspotilaiden hoitotyössä. Opinnäytetyössä onnistuttiin haastattelujen toteuttamisessa. Haastattelut menivät hyvin ja aineistoa saatiin kerättyä kattavasti. Haastattelut saatiin toteutettua nopeassa aikataulussa. Yhteistyö työelämän yhteistyökumppanin kanssa sujui hyvin ja ongelmitta. Opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen teko oli ajoittain työlästä, sillä raskaudenkeskeytspotilaiden hoitotyön potilaslähtöisyydestä ei ole tehty suoraan tutkimuksia. Potilaslähtöisyyden toteutumisen mittaaminen pelkän teemahaastattelun avulla oli haastavaa. Potilaslähtöisyyden toteutumisen konkreettinen mittaaminen voi vaatia havainnoinnin

avuksi muita mittaamismenetelmiä. Tutkielman avulla saatiin paljon tietoa potilaslähtöisyyden kehittämisestä, joka oli yksi tämän tutkielman tutkimuskysymyksistä.

Aiempaa tutkimusta raskaudenkeskeytyspotilaiden hoitotyön potilaslähtöisyydestä ei ole tehty Suomessa. Sen sijaan potilaslähtöisyyttä ja raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyötä on tutkittu erillään toisistaan. Raskaudenkeskeytys on aiheena hyvin arka ja potilaslähtöisyyden laajempi tutkimus raskaudenkeskeytyspotilaiden kohdalla voi vaatia potilaiden mielipiteiden tutkimista. Ihme ja Rainto (2015) toteavat teoksessaan, että raskaudenkeskeytys aiheuttaa häpeän ja pelon tunteita sekä vaatii luottamuksen syntymistä tutkimuksen tekijän ja potilaan välille. Tutkielman tulokset tukevat tätä olettamusta. Haastatellut kätilöt toivat esille, että raskaudenkeskeytyspotilaat pelkäävät usein leimaantumista ja tuomitusta tulemista. Tämä saattaa vähentää potilaiden halukkuutta osallistua raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyön potilaslähtöisyyttä kartoittaviin tutkimuksiin.

Ennen potilaslähtöisyyden nykytilan ja kehittämiskohteiden selvittämistä hoitajilta kysyttiin mitä heidän mielestään on potilaslähtöisyys. Tämän kysymyksen avulla haluttiin varmistaa hoitajien ymmärrystä potilaslähtöisyydestä. Opinnäytetyön tulokset ovat potilaslähtöisyyden kohdalla hyvin samankaltaisia aiempien tutkimuksien tulosten kanssa. Tuloksista kävi ilmi, että hoitajat kokivat potilaslähtöisyyden olevan sitä, että hoito lähtee potilaan tarpeista. He myös kuvasivat, että potilaslähtöisyydessä potilas pääsee osallistumaan hoitoonsa ja hoitoa koskevaan päätöksentekoon aktiivisesti. Samanlaisia tuloksia nousi esille Suhosen ja Stoltin (2013) artikkelissa. Suhonen ja Stolt kuvaavat potilaslähtöisyyttä hoitotyön järjestämisenä potilaan lähtökohdista. Potilaan lähtökohdista lähtevässä hoidossa tulee huomioida potilaan ikä, sosiaalinen tausta ja muut hoitoon vaikuttavat erityispiirteet, kuten kulttuuri ja ihmissuhteet. Tutkielman tulokset vahvistavat tätä Suhosen ja Stoltin näkemystä. Kätilöt toivat myös ilmi, että potilaan lähtökohdat vaikuttavat hoidon suunnitteluun, ohjaukseen ja vuorovaikutukseen. Bothan ja Ryttyläinen-Korhosen (2016) teoksessa käy ilmi, että raskaudenkeskeytyspotilaiden erityispiirteenä on suuri ikäjakauma. Osa potilaista on hyvin nuoria, kun taas osa keski-ikäisiä. Tutkielman tulokset vahvistavat tämän. Kätilöt toivat haastatteluissa esille potilaiden suuren ikäjakauman. Kätilöt toivat esille lisäksi, että ikäjakauma vaikuttaa siihen, miten potilaita ohjataan. Nuoria raskaudenkeskeytyspotilaita ohjataan kätilöiden mukaan eri tavoin kuin vanhempia potilaita. Epäselväksi jäi, miten nuoria ohjataan eri tavalla kuin vanhempia potilaita. Hoitajat eivät haastatteluissa avanneet tätä asiaa. Lähdekirjallisuudessa ei ollut mainintaa asiasta. Ikäjakauma vaikuttaa luonnollisesti ohjaamiseen ja vuorovaikutukseen. Hoitajan läsnäolo ja tuen antaminen etenkin nuoren raskaudenkeskeytyspotilaan kohdalla korostuvat. Hoitaja voi lievittää potilaan pelkoja ja omalla olemuksellaan vaikuttaa siihen, millaisena potilas kokee hoitotilanteen.

Potilaan autonomian tukeminen auttaa potilasta sitoutumaan hoitoonsa ja parantaa hoitotuloksia, kuten Miller (2016) artikkelissaan toteaa. Miller toteaa tutkimuksessaan aktiivisen potilaan tarvitsevan vähemmän terveydenhuollon palveluita. Potilaan autonomisuuden tukeminen on merkittävää yhteiskunnallisella tasolla, sillä terveyspalveluiden vähäisempi käyttö vaikuttaa terveydenhuoltopalveluiden kustannuksiin. Potilaat ovat tyytyväisempiä saamansa hoitoon Millerin (2016) mukaan, kun he saavat potilaslähtöisempää hoitoa. Tutkielman tuloksissa ilmeni samanlaisia tuloksia. Kätilöiden mukaan potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon silloin, kun potilas osallistuu oman hoitonsa suunnitteluun. Tästä voidaan päätellä, että potilaslähtöisyydellä on hyvin merkittävä rooli hoitotyössä. Potilaslähtöisyyden voidaan ajatella vaikuttavan positiivisesti raskaudenkeskeytyspotilaan hoitoprosessiin ja sen onnistumiseen.

Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitopolku on hyvin monivaiheinen. Hoitopolku jakautuu joko terveysaseman tai yksityisen lääkärikeskuksen ja erikoissairaanhoidon välille. Hoitopolun monivaiheisuus tulee ilmi esimerkiksi raskaudenkeskeytyksen käypä hoitosuosituksessa (2013). Tutkimustuloksissa hoitajat kuvaavat raskaudenkeskeytyspotilaan hoitopolkua monimutkaisena. Haastatellut kätilöt olivat pääosin samaa mieltä siitä, että hoitopolkua voisi kehittää potilaslähtöisemmäksi keskittämällä palveluita nykyistä enemmän. Tulevaisuudessa raskaudenkeskeytyspotilaiden hoitopolkua voi esimerkiksi selkiyttää kätilöiden ehdottamalla tavalla. Hoitopolun yksinkertaistuminen voi lisätä potilaiden sitoutumista hoitoon. Jos esimerkiksi ehkäisyn ja raskaudenkeskeytyksen saa keskitetyksi, potilaat voivat sitoutua ehkäisyn käyttöön nykyistä enemmän. Hoitopolun yksinkertaistaminen on potilaalle inhimillisempää, sillä se vähentää käyntien määrää ja niiden kuormittavuutta.

Raskaudenkeskeytyksen taustalla on ongelma ehkäisyn toimivuudessa tai sen puute. Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyössä korostuu ehkäisyneuvonnan merkitys. Terveyskylän naistalossa (2018) kerrotaan, että raskaudenkeskeytyksen jälkeisen jatkoehkäisyn suunnitteleminen aloitetaan ensimmäisellä terveysasemakäynnillä. Jatkoehkäisyneuvontaa jatketaan naintautien poliklinikalla Terveyskylän mukaan, mutta ehkäisyn toteutus on terveysaseman tai muun jatkohoitopaikan vastuulla. Tutkielmaa varten haastatellut kätilöt pitivät tärkeänä potilaslähtöisen ehkäisyn toteuttamista. Käytännössä ehkäisyn ohjaamiseen on kätilöiden mielestä liian vähän aikaa, ja ehkäisyn toteuttaminen on hajaantunut. Raskaudenkeskeytyksen jälkeen potilas palaa takaisin omalle terveysasemalleen ja ehkäisyn toteuttaminen jää potilaan omalle vastuulle, koska potilaan pitää itse varata aika ehkäisyn aloittamiseen. Ohjauksen tarve on kasvanut raskaudenkeskeytysten siirryttyä ainakin osittain potilaan kotiin lääkkeellisten raskaudenkeskeytysten määrän lisääntymisen vuoksi. Hoitajan tulee ohjata potilasta raskaudenkeskeytykseen liittyvissä asioissa, kotihoito-ohjeissa, jatkohoitoon liittyvissä asioissa ja ehkäisyneuvonnassa. Tämä vaatii paljon aikaa, mutta ohjaamiseen varattu aika on kätilöiden mielestä riittämätön. Ehkäisyneuvontaan tulisi jatkossa panostaa enemmän aikaa ja resurs-

seja. Ehkäisyneuvontaan liittyvää hoitopolkua tulisi yhtenäistää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä, jotta ehkäisyneuvonta toteutuisi nykyistä potilaslähtöisemmin. Ehkäisyneuvonnassa on selkeästi havaittavissa puutteita ja kehittämiskohteita, sillä uudelleen raskaudenkeskeytykseen tulevien määrä on suuri. Kätilöt pitivät raskauden ehkäisyn potilaslähtöisyyttä erittäin tärkeänä asiana. Kätilöt kokivat, että raskauden ehkäisyn potilaslähtöisyys tarkoittaa potilaalle sopivan ehkäisymuodon löytymistä, tiedonantoa ehkäisyn haitoista ja mahdollisista ehkäisyyn liittyvistä ongelmista. Oikeanlaisen ehkäisymuodon löytyminen auttaa potilasta sitoutumaan ehkäisyyn paremmin ja näin vähentää uuden raskaudenkeskeytyksen tarvetta ja ei-toivottujen raskauksien määrää.

Ihme ja Rainto (2015) toteavat potilaan ohjaamisen kuuluvan oleellisesti raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyöhön. Opinnäytetyön tulokset vahvistivat tämän. Kätilöt toivoivat saavansa lisäkoulutusta potilaslähtöiseen ohjaukseen. Tuloksista ilmeni, että kätilöillä ei ole omasta mielestään tarpeeksi osaamista potilaslähtöisessä ohjauksessa. Kätilöt haluavat päästä hieman syvemmälle tasolle raskaudenkeskeytyspotilaan ohjaamisessa. Kätilöiden osaamisen lisääntyminen voi mahdollisesti tehdä ohjauksesta entistä potilaslähtöisempää. Potilaslähtöinen ohjaaminen on hyvin tärkeää, sillä ohjaus lähtee potilaan lähtökodista ja huomioi juuri potilaan elämäntilanteen ja yksilöllisyyden. Potilaslähtöinen ohjaus lisää potilaan motivaatiota ottaa vastuuta omasta hoidostaan. Potilaan tarpeisiin mukautettu ohjaus voi auttaa potilasta ymmärtämään hoitoonsa liittyviä asioita paremmin.

Potilaslähtöisyyden arvioiminen on hyvin tärkeää hoitotyön kehittämisen kannalta. Kosklin (2013) toteaa artikkelissaan, että potilaslähtöisyyttä voidaan arvioida suullisella ja kirjallisella potilaspalautteella, potilasasiamiehen ja hoitohenkilökunnan saaman välittömän palautteen välityksellä. Kosklinin mukaan jatkuvalla palautteen keräämisellä voidaan seurata hoidonlaatua pitkällä aikavälillä. Pelkkä palautteen kerääminen ei kuitenkaan riitä hoidon kehittämiseksi, vaan tuloksista on tiedotettava henkilökuntaa. Palautteiden sisällöstä tulee keskustella henkilökunnan jäsenten kanssa Kosklinin mukaan. Tutkielman tuloksissa kävi ilmi, että raskaudenkeskeytyspotilailta ei systemaattisesti kerätä palautetta. Palautteen keräämisestä saatiin haastatteluisia ristiriitaista tietoa. Osa hoitajista koki, että palautetta keräti. Suurin osa potilailta tulevasta palautteesta tulee kätilöiden mukaan välittömästi hoidon yhteydessä. Osa hoitajista oli epä tietoisia osaston palautteenkeruumenetelmistä. Hoitajat eivät tieneet varmasti, miten potilaslähtöisyyttä mitataan. Haastateltaville ei annettu esimerkkiä siitä, miten potilaslähtöisyyden toteutumista voidaan arvioida, koska ei haluttu ohjailta liikaa hoitajien vastauksia. Ajatuksena oli kartoittaa mahdollisimman tarkasti hoitajien näkemystä asiasta. Tulevaisuudessa palautteen keräämiseen erityisesti raskaudenkeskeytyspotilaiden kohdalla pitäisi panostaa, jotta saataisiin potilaiden ääni kuuluviin.

Potilaslähtöisyyteen kuuluu oleellisesti myös ympäristön potilaslähtöinen suunnittelu. Jahnin ja Riviera-Rodriguezin (2013) tutkimuksen mukaan sairaalat tulisi suunnitella mahdollisimman selkeiksi ja esteettömiksi. Potilaan ja hoitajan yhteistyösuhteen potilaslähtöisyyttä tukee tilojen järjevä suunnittelu. Tutkielmassa kävi ilmi, että nykyisten tiloissa raskaudenkeskeytyspotilaat tunnistautevat toisilleen. Tämän tunnistautumisen seurauksena potilaan yksityisyyden suoja kärsii. Hoitajat toivat esille, että nykyiset tilat ovat toimimattomat ja potilasta kuormitetaan jatkuvalla tilojen vaihdolla. Tulevaisuudessa tilat tulisi olla sellaiset, että potilas ei joudu vaihtamaan kesken vastaanoton huonetta. Tilojen potilaslähtöinen suunnittelu mahdollistaisi potilaiden yksityisyyden paremman toteutumisen. Opinnäytetyön haastattelut tehtiin kättilöopiston naistentautien poliklinikan vanhoissa tiloissa joulukuussa 2017, joten kaikki tiloja koskevat muutosehdotukset koskivat Kättilöopiston vanhoja tiloja. Kättilöopiston naistentautien poliklinikka muutti uusiin tiloihin maaliskuussa 2018 Ruoholahteen. Opinnäytetyön tuloksissa esille tulleet muutosehdotukset tilojen suhteen saattavat olla tarpeettomia. Kättilöillä oli yhtenäinen mielipide tilojen muutostarpeesta, joten he ovat saattaneet esittää toiveita tilojen järjestelystä ja sisustuksesta uudessa hoitoympäristössä. Jos kättilöt ovat saaneet vaikuttaa tiloihin, ovat opinnäytetyön tuloksissa esille tulleet hoitoympäristöön liittyvät ongelmat saattaneet jo poistua.

Raskaudenkeskeytyspotilaiden hoitotyössä korostuu psyykkisen tuenannon merkitys. Ihme ja Rainto (2015) toteavat teoksessaan, että raskaudenkeskeytyspotilaille tulisi tarjota psyykkistä tukea potilaslähtöisesti. Tutkielman tuloksissa tuli esille vahvasti juuri tämä psyykkisen tuen merkitys. Kättilöt toivat ilmi, että raskaudenkeskeytyspotilaat tarvitsevat psyykkistä tukea läpi raskaudenkeskeytysprosessin. Raskaudenkeskeytykseen tulevat potilaat pelkäävät kättilöiden mukaan tuomitukseksi tulemista ja huonoa kohtelua. Raskaudenkeskeytykseen liittyy häpeää ja pelkoa, jonka vuoksi hoitajan rooli raskaudenkeskeytyspotilaan kohtaamisessa korostuu. Raskaudenkeskeytyspotilaiden ongelmat ovat kättilöiden mukaan ajoittain monimuotoisia. Kättilöt kokivat, että tällä hetkellä raskaudenkeskeytyspotilaat eivät saa riittävästi psyykkistä tukea erikoissairaanhoidon puolella. Kättilöt toivat esille, että Kättilöopistolla ei ole enää sairaalapasatoria tai psykiatrista sairaanhoitajaa, joiden luokse kättilöt voisivat raskaudenkeskeytyspotilaita ohjata. Potilaita ohjataan olemaan yhteydessä omaan terveysasemaansa psyykkisen tuen saamiseksi. Hoitajat toivoivat tähän potilaslähtöisempää ratkaisua tulevaisuudessa. On huolestuttavaa, että psyykkiseen tukeen liittyvät palvelut ovat poistuneet kokonaan Kättilöopistolta. Naistentautien poliklinikalla on varmasti tarvetta psykiatriselle sairaanhoitajalle, sillä siellä hoidetaan raskaudenkeskeytyspotilaiden lisäksi muitakin potilasryhmiä, jotka voivat hyötyä keskustelumahdollisuudesta. Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitopolkua yhtenäistämällä psyykkisen tuen saantia voidaan helpottaa. Naistentautien poliklinikalla olisi hyvä olla tulevaisuudessa oma psykiatrinen sairaanhoitaja, jonka luona raskaudenkeskeytyspotilaat voisivat

käydä keskustelemassa tarpeen mukaan. Psykiatrisen sairaanhoitajan luona henkilökunnan jäsenet voisivat tarvittaessa käydä keskustelemassa työn herättämistä tunteista. Työnohjauksen avulla voidaan lisätä hoitajien työhyvinvointia ja työssä jaksamista.

8.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyösuunnitelman laadintavaiheessa haastateltaville lähetettiin tiedote haastattelusta ja sen sisällöstä. Tiedotteessa kerrottiin opinnäytetyön tarkoituksesta ja haastattelun ajankohdasta. Tiedotteessa kerrottiin lisäksi tutkimuksen luottamuksellisuudesta ja kerättävän nauhoitetun aineistoin hävittämisestä valmiin tutkimuksen jälkeen. Tutkielman eettisyyden arviointi alkaa opinnäytetyön aiheen valitsemisesta. Erityisesti hoitotyön opinnäytetyön eettisyyttä on pohdittava siitä näkökulmasta, että tuottaako se inhimillistä kärsimystä tai koi-tuuko siitä haittaa tutkimukseen osallistuneille vastaajille. Raskaudenkeskeytys on aiheena valmiiksi latautunut ja herkkä ja vaatii sen vuoksi erityistä varovaisuutta aihetta tutkivilta opinnäytetyöntekijöiltä. Opinnäytetyö on oikeutettu eettisesti, sillä potilaslähtöisen hoitotyön kehittäminen ja edistäminen sekä soveltaminen käytännön hoitotyöhön ovat keinoja parantaa potilaslähtöisyyttä. Tutkimushaastattelun sekä opinnäytetyön teko perustuu sitä ohjaavaan eettisyyteen. Haastateltavat ovat hoitotyön ammattilaisia ja osallistuvat haastatteluun vapaaehtoisesti. Haastatteluun osallistuvat tietävät osallistuvansa tutkimukseen. Haastateltavat tietävät, että heidän vastauksensa tallennetaan, analysoidaan ja tallenteet hävitetään sen jälkeen (Hyvärinen & Nikander jne. 2017, 32). Laadullisessa tutkimuksessa on eettisesti tärkeää haastateltavan vapaaehtoisuus, luottamuksellisuus sekä henkilöllisyyden suojaaminen. Tärkeää on myös, että tutkija ei toiminnallaan vahingoita tutkimuksessa mukana olijaa (Janhonen & Nikkonen 2001, 39). Haastateltaville kerrottiin, että he voivat keskeyttää haastattelun, milloin vain ja tarvittaessa esittää tarkentavia kysymyksiä. Haastattelujen litterointivaihe tehtiin huolellisesti kirjoittamalla aineisto tekstinkäsittelyohjelmalla sanasta sanaan. Tekstin luokittelu pyrittiin pitämään yksinkertaisena selkeyden vuoksi, koska se lisää luotettavuutta.

Opinnäytetyötä varten haettiin tarvittavat haastatteluluvat. Haastateltaville kätilöille lähetettiin tiedote (Liite 1) opinnäytetyön tarkoituksesta ja haastattelun ajankohdasta. Tutkimuseettisesti sekä lain mukaan on tärkeää kertoa haastateltaville, mitä opinnäytetyön aineistonkeruun menetelmäksi valitulla teemahaastattelulla tavoitellaan (Kuula 2011, 19). Opinnäytetyössä pyrittiin noudattamaan hyvää yleistä käytäntöä tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaan. Opinnäytetyön tuloksien esittämisessä pyrittiin totuudenmukaisuuteen ja rehellisyyteen. Tulokset ja niiden pohdinta pyrittiin pitämään erillään, jotta niitä olisi selkeämpi lukea. Tutkielman tekemisessä on noudatettu rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta esimerkiksi lähteiden käytössä, tarkkuutta tutkimustyössä ja tulosten tallentamisessa. (Kuula 2011, 34.) Tutkimushaastattelun aineiston keräyksessä, käsittelyssä ja analysoinnissa pyrittiin

varmistamaan haastateltavien anonymisointi. Aineistosta ei löydy haastateltavien nimiä tai henkilötietoja. Haastateltavat aineistot merkattiin aineiston käsittelyä varten kirjaimin eroteltua varten eli koodattiin. Koodaaminen helpottaa aineiston käsittelyä ja lisää luotettavuutta, sillä aineistoon voi tarvittaessa palata analyysivaiheessa. Opinnäytetyön raportista kirjaintunnisteet on poistettu. Tekstin litteroinnissa ja pelkistyksessä pyrittiin poistamaan tai muuttamaan aineistosta murre sanoja tai muuten tunnistettavia sanoja tai ilmaisuja. Aineisto muutettiin yleiskieliseksi. (Kuula 2011, 214-215.)

8.3 Mahdolliset jatkotutkimusaiheet

Mahdollisia aiheeseen liittyviä jatkotutkimusaiheita voisivat olla haastatteluista esille nousseet haasteet ja kehityskohteet.

Mitkä potilaslähtöiset tekijät vaikuttavat ehkäisymuodon valintaan?

Miten naistentautien poliklinikalla voitaisiin kehittää ehkäisyneuvontaa raskaudenkeskeytyspotilaiden kohdalla potilaslähtöisemmäksi?

Miten saadaan estettyä toistuvat raskaudenkeskeytykset?

Jatkotutkimuskohteina voisivat myös olla, onko opinnäytetyössä esille tulleet kehittämiskohteet muuttuneet uusien tilojen myötä. Myös tulevan sotemuutoksen vaikutuksia raskaudenkeskeytyspotilaan hoitopolkuun voisi jatkossa tutkia.

Lähteet

Painetut lähteet

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2016. Kliininen hoitotyö-sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. 6. painos. Helsinki: Sanomapro

Balong, A. & Steiger, N. 2010. Realizing patient-centered care- putting patients in the center, not in the middle. *Frontiers of Health Services Management* Vol 26 (4), 15-25.

Botha, E. & Ryttyläinen- Korhonen, K. 2016. Raskaudenkeskeytys. Naisen hoitotyö. Helsinki: Sanomapro.

Botha, E. & Ryttyläinen-Korhonen, K. 2016. Raskauden ehkäisy. Naisen hoitotyö. Helsinki: Sanomapro.

Dabney, B. & Tzeng, H. 2013. Service quality and patient-centered care. *Medsurg nursing* vol 22 (6), 359-364.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi

Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitohenkilöstön näkökulmasta?. *Hoitotiede* 1/2014 vol. 26. 63-73.

Gröndahl, W. & Leino-Kilpi, H. 2013. Potilaslähtöinen hoidon laatu- näkökulmia arviointiin 67/2013. Turku: Turun yliopisto.

Gröndahl, W. & Leino-Kilpi, H. 2013. Hyvä hoito mittarin kehittäminen ja käyttö 1987-2013. Potilaslähtöisen hoidon laatu- näkökulmia arviointiin 67/2013. Turku: Yliopistopaino

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13-14. painos. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2014. Tutkimushaastattelu-Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hyvärinen, M. & Nikander, P. & Ruusuvoori, J. 2017. Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino.

Ihme, A. & Rainto, S. 2015. Naisen terveys. 3. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä- Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Yliopistopaino- juvenes print

Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro-graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylä: Yliopistopaino- juvenes print.

Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: Sanomapro.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1.-2.painos. Helsinki: WSOY.

Kauranen, V. 2011. Abortti ja siitä selviytyminen. Helsinki: Art House.

Koikkalainen, P. & Rauhala, L. 2013. Potilaslähtöisyys- Uhka vai mahdollisuus? Tutkiva hoitotyö vol 11 (2)/2013, 44-46.

Kosklin, R. 2013. Potilaslähtöisen tiedon käyttö terveydenhuollon johtamisessa. Potilaslähtöisen hoidon laatu- näkökulmia arviointiin 67/2013. Turku: Yliopistopaino.

Kujala, P. 2016. Raskaudenkeskeytys. Sairaanhoitajan käsikirja. Helsinki: Duodecim.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. 1-2 painos. Helsinki: Edita.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. & Poskiparta, M. jne. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 4. painos. Helsinki: Sanomapro.

Suhonen, R. & Stolt, M. 2013. Potilaslähtöisen laadun arvioinnin strategiset lähestymistavat. Potilaslähtöisen hoidon laatu- näkökulmia arviointiin 67/2013. Turku: Yliopistopaino.

Åstedt-Kurki, P. & Jussila, A-L. & Koponen, L. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki: WSOY.

Sähköiset

Dabney, B. & Tzeng, H. 2013. Service quality and patient-centered care. Medsurg nursing vol 22 (6), 359-364. Viitattu 1.2.2018
<http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=131c1654-2428-4907-9ff6-c0e1b153a08c%40pdc-v-sessmgr01>

Epstein, R.M. & Street, R.L.Jr. 2011. The Values and Value of Patient-Centered Care. Annals of family medicine. Vol.9, no.2. March/April.
 Viitattu 1.3.2018
<http://www.annfammed.org/>

Helsingin ja uudenmaansairaanhoitopiiri. 2018. Raskaudenkeskeytys.
 Viitattu 14.1.2018
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/naistentaudit/raskaudenkeskeytys/Sivut/default.aspx>

Helsingin ja uudenmaansairaanhoitopiiri. 2018. Naistentautien poliklinikka.
 Viitattu 16.3.2018
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/katiloopiston-sairaala/poliklinikat/Naistentautien-poliklinikka/Sivut/default.aspx>

Hyvärinen, H. 2011. Asiakaslähtöisyyden moniulotteisuus ja toteutumisen haasteet asiantuntijoiden näkemänä. Viitattu 14.1.2018
http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110374/urn_nbn_fi_uef-20110374.pdf

Jahn, M. & Riviera-Rodriguez, A. 2013. Desinging patient rooms to faciliate patient-centered care.
 Viitattu 14.1.2018
<https://search-proquest-com.nelli.laurea.fi/central/docview/1471959452/fulltextPDF/630CA66DA75349E5PQ/32?accountid=12003>

Käypähoito suositus. 2013. Raskaudenkeskeytys. Duodecim.
 Viitattu 14.1.2018

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=634C2BC259DE2A696AF70416B138C5AF?id=hoi27050>

Käypähoito suositus 2017. Raskauden ehkäisy. Duodecim.
Viitattu 16.3.2018.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50104>

Laki raskauden keskeyttämisestä. 1970. Sosiaali- ja terveysministeriö.
Viitattu 14.1.2018

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1970/19700239>

Laki Potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. Sosiaali- ja terveysministeriö
Viitattu 14.1.2018

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Miller, K. 2016. Patient-centered care- A path to better health outcomes through engagement and activation. Neuro rehabilitation 39/2016.

Viitattu 14.1.2018

<http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=131c1654-2428-4907-9ff6-c0e1b153a08c%40pdc-v-sessmgr01>

Niinimäki, M. 2016. Raskaudenkeskeytys. Lääkärin käsikirja duodecim.

Viitattu 14.1.2018

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00657&p_haku=kirurginen%20raskaudenkeskeytys

Oliker, C. 2015. The Impact of Pre-Abortion Counseling on Women's Self-Efficacy for Coping and Post-Abortion Adjustment.

Viitattu 1.3.2018

<https://search-proquest-com.nelli.laurea.fi/central/docview/1739002169/876F5044784346E5PQ/1?accountid=12003>

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. Raskaudenkeskeytys.

Viitattu 14.1.2018

<https://www.psshp.fi/hoitopalvelut/naistentaudit/raskauden-keskeytys>

Terveyskylä. Naistalo. Raskaudenkeskeytys.

Viitattu 17.1.2018

<https://www.terveyskyla.fi/naistalo/seksuaaliterveys/raskaudenkeskeytys-eli-abortti/raskaudenkeskeytykseen-hakeutuminen>

Tiitinen, A. 2017. Raskauden keskeytys. Lääkärikirja duodecim

Viitattu 14.1.2018

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00166#s2

Tiitinen, A. 2017. Raskauden ehkäisy. Lääkärikirja duodecim

Viitattu 16.3.2018

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00165

Tiitinen, A. 2017. Sterilisaatio. Lääkärikirja duodecim

Viitattu 22.3.2017

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00747

Tampereen yliopistollinen sairaala. 2017. Raskaudenkeskeytys.

<https://www.tays.fi/fi-FI/Palvelut/Naistentaudit/Raskaudenkeskeytys>

Viitattu 20.4.2017

THL. 2017. Raskaudenkeskeytykset 2016.

Viitattu 14.1.2018

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135557/Tr40_17.pdf?sequence=1

Kuviot

| | |
|---|----|
| Kuvio 1 Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitopolku | 15 |
| Kuvio 2 Potilaslähtöisyyden kehittämiskohteet..... | 33 |

Taulukot

| | |
|--|----|
| Taulukko 1 Ote kategorisoinnista | 38 |
|--|----|

Liitteet

| | |
|---|----|
| Liite 1 Opinnäytetyön saatekirje..... | 52 |
| Liite 2 Opinnäytetyön tutkimuslupahakemus | 53 |

Liite 1 Opinnäytetyön saatekirje

Hyvä naistentautien poliklinikan hoitotyöntekijä!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Laurea ammattikorkeakoulun Tikkurilan kampukselta. Teemme opinnäytetyötä raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyön asiakaslähtöisyyden toteutumisesta naistentautien poliklinikalla.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa asiakaslähtöisyyden toteutumista hoitotyön näkökulmasta. Tuloksia voidaan mahdollisesti hyödyntää raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyössä. Kyseessä on naistentautien poliklinikan ja Laurea ammattikorkeakoulun yhteishanke hoitotyön laadun parantamiseksi.

Opinnäytetyö toteutetaan teemahaastatteluna. Haastattelun teemat muodostetaan teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Osa haastattelun kysymyksistä on avoimia kysymyksiä ja osa on tarkentavia strukturoituja kysymyksiä. Haastattelu nauhoitetaan tutkimustulosten analysointia varten. Haastattelunauhakat tulevat vain opinnäytetyöntekijöiden käyttöön ja ne hävitetään työn valmistuttua.

Haastatteluaineisto käsitellään luottamuksellisesti. Vastaaajan henkilöllisyys pysyy salassa.

Yhteistyöstä kiittäen,

Vantaalla (PVM)

Soile Happonen

Ella Stadig

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS Liite 1

| | | |
|---------------------------------------|--|--|
| Opinnäytetyön tekijä koskevat tiedot | Suku- ja etunimet Happonen Soile Stadig Ella | |
| | Virka/teemi tai oppiarvo/koulutustausta sairaanhoitajaopiskelija | |
| | HUS:n palveluksessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei | |
| | Sähköpostiosoite/puhelin Soile.Happonen@student.laurea.fi, Ella.Stadig@student.laurea.fi | |
| | Kotiosoite | |
| | Työpaikka ja laitospäättökoulu/oppilaitos, jossa opiskellaan Laurea Amk | |
| | Työpaikan laitoksen/ammattikorkeakoulun/oppilaitoksen osoite Ratatie 22, 01300 Vantaa | |
| Opinnäytetyön ohjaaja opintatieteessä | Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajan oppiarvo ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) Marja Tanskanen <i>Marja</i> maga.tanskanen@laurea.fi <i>Marja Tanskanen</i> | |
| | Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajan ilmoitus siitä, onko opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitetyssä muodossa <i>3.11.2017</i> <i>ONT suunnitelma on tarkastussuunnitelma hyväksytty</i> | |
| HUS:n vastuuhenkilöä koskevat tiedot | Suku- ja etunimi/virka/teemi Osa-aikatuottaja | |
| | Työpaikan osoite Jorankyläntie 5A 02810 Hki | |
| | Sähköpostiosoite/puhelin | |
| | HUS:n tulosalue, tulostusyksikkö tai liiketalous, jossa vastuuhenkilö työskentelee <i>Mies Naistentaudit ja Synnyttykset</i> | |
| Opinnäytetyötä koskevat tiedot | Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa Potilaslähtöisyys naistentautien poliklinikalla raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyössä | |
| | Asiasanat (max 5 kpl) Raskaudenkeskeytys, potilaslähtöisyys | |
| | Opinnäytetyön taso <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkinto <input type="checkbox"/> Maisteritutkinto <input type="checkbox"/> Ylempi AMK-tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input checked="" type="checkbox"/> AMK-tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä? | Opinnäytetyön tieteellinen <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input checked="" type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveyshallintotiede <input type="checkbox"/> Muu, mikä? |
| | Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS-hanketta? <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mikä? | Arvioitu aloituspvm. 05/2017 |
| | | Arvioitu päättymispvm. 05/2018 |
| | Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ssa HYKS-sairaanhoidon alue <input type="checkbox"/> HYKS Akuutti <input type="checkbox"/> HYKS Lasten ja nuorten sairaudet (LaNu) <input type="checkbox"/> HYKS Leikkaukselliset, lehto- ja kivierhoito (ATEK) <input checked="" type="checkbox"/> HYKS Naistentaudit ja synnyttykset (NaS) <input type="checkbox"/> HYKS Psykiatria <input type="checkbox"/> HYKS Pää- ja kaulakeskus <input type="checkbox"/> HYKS Sisätauti ja kuntoutus (Sisu) <input type="checkbox"/> HYKS Sydän- ja keuhkokeskus (SK-keskus) <input type="checkbox"/> HYKS Sydän- ja keuhkokeskus (SK-keskus) <input type="checkbox"/> HYKS Sydän- ja keuhkokeskus (SK-keskus) <input type="checkbox"/> HYKS Sydän- ja keuhkokeskus (SK-keskus) <input type="checkbox"/> HYKS Sydän- ja keuhkokeskus (SK-keskus) <input type="checkbox"/> HYKS Sydän- ja keuhkokeskus (SK-keskus) <input type="checkbox"/> HYKS Sydän- ja keuhkokeskus (SK-keskus) <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoidon alueen johto | |
| | Hyvinvointi sairaanhoidon alue <input type="checkbox"/> Lohjan sairaanhoidon alue <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoidon alue <input type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoidon alue <input type="checkbox"/> HUS Yhtymähallinto <input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kirjasto Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka <input type="checkbox"/> HUS-Kuvantaminen <input type="checkbox"/> HUS-Serwis <input type="checkbox"/> HUS-Tietokeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravitöi <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapelejä Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä? | |

Liite 2 Opinnäytetyön tutkimuslupahakemus

| | | |
|--|--|---|
| Kohderyhmä <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä? | | Tutkittavien/havaintoyksikköjen määrä 6 |
| Aineiston keruumenetelmä <input type="checkbox"/> Kysely <input checked="" type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Muu, mikä? | | |
| HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot | | |
| Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia HUS:ille? <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti) | | Opinnäytetyön hyödyt/vaikutukset HUS:n toimintaan <input type="checkbox"/> Väitön soveltuvuusarvo toimintaan, mihin <input type="checkbox"/> Ei väitöntä sovellettavuutta |
| Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportoimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle. | | |
| Päiväys 2.11.2017 Sara Leppä Soile Happonen | | Päiväys 3.11.2017 Ella Stadig |
| Opinnäytetyön tekijä/tekijät nimenselvitys | | HUS:n vastuhenkilö nimenselvitys |
| Opinnäytetyön tutkimusluvan valmistelija HUS:ssa Päiväys Opinnäytetyön tutkimusluvan valmistelija nimenselvitys <i>Leena-Maija Tiikkainen, tutkimuskeskuksen johtaja, neuvottelu</i> | | Opinnäytetyön tutkimusluvan puoltaja HUS:ssa Päiväys 7.11.2017 Opinnäytetyön tutkimusluvan puoltaja nimenselvitys |

Hakemukseen on liitetty seuraavat liitteet

Tarvittavat liitteet

- Opinnäytetyön suunnitelma ja selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa
- Tutkimussuunnitelman tiivistelmä
- Aineiston keruulomake
- Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje

Lisäksi tarvittaessa

- Opinnäytetyötä suorittava muu henkilöstö
- Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
- Hakemus tietojen saamiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista
- Valtiositoumus/salassapito- ja käyttäjäsitoumus
- Tutkittavan tiedote ja suostumus
- Eettisen toimikunnan lausunto
- STM:n lupa
- Henkilörekisteriseloste

...vaa päätöksöitä käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (kts. JYL 2/2015, kohta 4.3)

| | | |
|--|--|---|
| LOMAKE- PÄÄTÖS | Lomakepäätöksen numero <u>7/2017</u> | |
| | <input type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *) | |
| *) Oikaisuvaatimusohje liitteenä | | |
| Tutkimusluvan alkamispäivä | | Tutkimusluvan päättymispäivä |
| Päiväys <u>11.11.2017</u> | | |
| Tutkimusluvan myöntäjä nimenselvennys | | Juha Tapanainen Professori, ytimääkäri HYKS Naistenklinikka Käynti: Haartmaninkatu 2, Helsinki Postiosoite: PL 140, 00029 HUS |

| | |
|--|---|
| Opinnäytetyön tekijä | Opinnäytetyöntekijä tai tekijät. Jos tekijöitä on useita, ensimmäiseksi merkityn henkilön osoite- ja yhteystiedot |
| Opinnäytetyön ohjaaja | Yliopiston tai oppilaitoksen ohjaaja(t) ja yhteystiedot |
| HUS:n vastuuhenkilö | Tutkimuksen vastuuhenkilön ohjauksessa opiskelija voi suorittaa opinnäytetyön lakien ja asetusten, viranomaismääräysten ja HUS:n määräysten ja ohjeiden mukaisesti ja raportoida opinnäytetyöstä tutkimusluvan myöntäjälle. Vastuuhenkilö seuraa tutkimuksen kulkua ja huolehtii sen järjestämisestä koskevasta tiedottamisesta ja etsii opinnäytetyön tarvitsemat yhdyshenkilöt ao. tutkimusyksiköistä. Jos tutkimus kohdistuu sairaanhoitoalueen useaan tulosyksikköön, vastuuhenkilö voidaan nimetä sairaanhoitoalueelta. Jos tutkimus kohdistuu usealle sairaanhoitoalueelle tai koko HUS:iin, vastuuhenkilö voidaan nimetä yhtymähallinnosta. |
| Opinnäytetyötä koskevat tiedot | Koska nimi tulee julkiseen rekisteriin, opinnäytetyön nimeksi on syytä valita otsikko, joka kuvaa tehtävää työtä. Opinnäytetyön tyyppi luokitellaan esim. pro gradu, kliininen hoitotiede Opinnäytetyön suorituspaikat: merkitään kaikki, joista aineisto kerätään. Tutkittava(t) kohderyhmät ja havaintoyksiköt kuvataan esim. Potilaat N=10, Omaiset N=10, Asiakirjat N=10. Aineiston keruumenetelmät luokitellaan. |
| Asiasanat | Käytetään esim. YSA/FinMeSH tai hoitotyön asiasanastoa enintään 5 kpl |
| HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot | Kuvataan, mitkä muut laitokset ja yhteistyötahot ovat mukana esim. monikeskustutkimuksen osapuolet. |
| Aiheuttaako opinnäytetyö kustannuksia HUS:lle | Opinnäytetyö ei saa aiheuttaa tavanomaiseen toimintaan nähden ylimääräisiä kustannuksia tutkittavalle tai sairaalalle. Aloitustilavien myöntäjä voi vaatia perustelut siitä, miksi kustannuksia ei aiheudu. HUS:n kannalta merkittävistä kustannuksista eritellään tarvittava henkilökunnan työpanos (haastatteluaika/hlö), monistus- ja materiaalikulut, asiakirjapainotus ja muut. Ylimääräisistä kustannuksista laaditaan kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma, jotka toimitetaan erillisenä liitteenä. |
| Opinnäytetyön hyödyt ja vaikutukset HUS:n toimintaan | Opinnäytetyön tekijän ja ohjaajan näkemys opinnäytetyön hyödyistä/vaikutuksista HUS:n toimintaan. |
| Eettinen arviointi | Luvan myöntäjä arvioi, tarvitaanko eettisen toimikunnan lausuntoa. |
| Allekirjoitukset | Opinnäytetyön tekijän, HUS:n vastuuhenkilön ja puoltajan (tapauskohtaisesti) sekä opinnäytetyön tutkimusluvan valmistelijan (tapauskohtaisesti) allekirjoitukset. Tapauskohtaisesti on harkittava puoltajan ja valmistelijan tarve. Lupa myönnetään ohjeen mukaan joko lomakepäätöksenä tai viranhaltijapäätöksenä. |
| Liitteet | Tutkimuslupahakemukseen liitetään opinnäytetyön suunnitelma (ml tarvittava selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa), opinnäytetyön tutkimussuunnitelman tiivistelmä, aineistonkeruulomake ja kysely/haastattelulomakkeen saatekirje. Tutkimusluvan myöntäjä voi lisäksi tarvittaessa vaatia muuta liiteaineistoa. |