



Osaamista  
ja oivallusta  
tulevaisuuden  
tekemiseen

Noora Helmivuo  
Nina Hyvönen

## Asiakaslähtöinen lapsettomuuspotilaan hoitoprosessi kätilöiden näkökulmasta

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Kätilö (AMK)

Kätilötyön tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

26.4.2019

Tekijä(t) Otsikko	Noora Helmivuo ja Nina Hyvönen Asiakaslähtöinen lapsettomuuspotilaan hoitoprosessi kättilöiden näkökulmasta
Sivumäärä Aika	41 sivua + 4 liitettä 26.4.2019
Tutkinto	Kättilö AMK
Tutkinto-ohjelma	Kättilötyön tutkinto-ohjelma
Ohjaaja(t)	TtT, Lehtori Pirjo Koski TtM, Kliininen opettaja Sara Palander Kättilö Ville Tuppurainen
<p>Tahaton lapsettomuus koskettaa noin joka kuudetta hedelmällisessä iässä olevaa paria. Vuosittain Suomessa aloitetaan noin 13 000–14 000 hedelmöityshoitoa, joista 17–18% johdattaa lapsen syntymään. Lapsettomuushoitojen tiedetään olevan kuormittavia pariskunnille niin fyysisesti kuin henkisesti.</p> <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tarkastella lapsettomuuspotilaan hoitoprosessin asiakaslähtöisyyttä HUSissa, lisääntymislääketieteen yksikössä työskentelevien kättilöiden näkökulmasta. Halusimme tarkastella miten hoitoprosessi tällä hetkellä toimii, miten asiakaslähtöisyys siinä toteutuu ja minkälaisia kehitysehdotuksia kättilöillä on asiakaslähtöisyyden parantamiseksi. Teimme opinnäytetyömme osana HUS Lean transformaatio -hanketta, tavoitteenamme tuottaa tietoa HUS Naistentaudit ja synnytykset -tulosityksikön lapsettomuushoitopoliklinikan nykytilan arvovirtakartoituksen luomiseen.</p> <p>Toteutimme opinnäytetyön kvalitatiivisena tutkimuksena, pyrkien yksilöllisten kokemusten kautta saamaan mahdollisimman kokonaisvaltaisen kuvan asiakaslähtöisestä lapsettomuuspotilaan hoitoprosessista. Keräsimme aineiston opinnäytetyötä varten teemahaastatteluiluina. Haastatteluun osallistumiselle oli kriteereinä kättilön koulutus, työskentely lapsettomuuspotilaiden kanssa kuluneen vuoden aikana ja vähintään kahden vuoden työkokemus lapsettomuushoitopuolelta. Esitimme haastattelukutsun osaston henkilökunnalle sekä sähköpostitse että kasvotusten ja haastateltavaksi otimme kahdeksan ensimmäisenä ilmoittautunutta. Yksi haastatteluista peruuntui viime hetkellä, joten haastattelimme seitsemää kättilöä. Analysoimme aineiston induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Tuloksina huomasimme kättilöiden vahvasti haluavan ja pyrkivän asiakaslähtöisyyteen työssään, mutta kokevan organisaation tuen riittämättömäksi. Suurimpana puutteena koettiin, että asiakkaille ei ole tarjota tarpeeksi henkistä tukea ja vastaanottoajat ovat monesti liian lyhyitä ja niitä tarvitsisi olla enemmän. Kehitysehdotuksia kättilöillä oli juurikin näihin puutteisiin, sekä muun muassa digitaalisen hoitoalustan kehittämiseen liittyen. Opinnäytetyömme johtopäätöksenä paikallistimme arvoa tuottavia elementtejä sekä hukkia lapsettomuuspotilaiden hoitoprosessissa, joihin tarttumalla voitaisiin asiakaslähtöisyyttä parantaa. Vastaavan kaltainen tutkimus olisi hyvä toteuttaa jatkossa myös potilaiden näkökulmasta.</p>	
Avainsanat	asiakaslähtöisyys, lapsettomuuspotilas, lapsettomuushoidot, hoitoprosessi, lean

Author(s) Title	Noora Helmivuo and Nina Hyvönen Client-Oriented Treatment Process of Infertility Patients, From a Midwives Point of View
Number of Pages Date	41 pages + 4 appendices 26 April 2019
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Midwifery
Instructor(s)	Pirjo Koski, Doctor of Science (Health Care) Sara Palander, Master of Science (Health Care) Ville Tuppurainen, Registered Midwife
<p>Unwanted infertility affects approximately one in every sixth couple of fertile age. Around 13 000 to 14 000 infertility treatments are started every year in Finland. 17 to 18 percent of those lead to birth. Infertility treatments are known to be a burden to a couple both physically and mentally.</p> <p>The aim of our thesis was to explore the client-oriented treatment process of infertility, in the Helsinki University Hospital (HUS) in Finland. We viewed it from the viewpoint of the midwives working in the Women's hospital reproductive medicine unit. We wanted to examine how the treatment process is working at the moment, how client-orientation appears in the process, and what kind of improvement suggestions the midwives have for the process. We did our thesis as a part of Lean Transformation project, in HUS gynecology and obstetrics profit area. Our goal was to produce information for the creation of a value-stream map of the current situation, for the reproductive medicine unit.</p> <p>In our thesis we used a qualitative research method. We wanted to get as complete image of the infertility treatment process as possible, by using individual experiences. We interviewed midwives using the theme interview method. The criteria for the interviewees were to be a registered midwife, to have worked with infertility patients during the last year, and to have at least two years of experience with infertility patients. We delivered the invitation for the interview via email and in person. We selected the first eight respondents to volunteer. One of the interviewees cancelled at the last minute, so in the end we only interviewed seven midwives. We analyzed the material with inductive analysis.</p> <p>As a result we noticed that the midwives strongly want and aim to work in a client-orientated way. However they feel a lack of support from the organization. The biggest shortage is that they are not able to offer enough mental support to the patients. In addition the midwives feel that reception times are too short and there should be more reception meetings. The improvement suggestions from the midwives were related to these issues, and to the development of the digital treatment database. In conclusion we located elements that bring value to the patient, and elements that are waste in the treatment process. Focusing on these would improve client-orientation in the process. In the future a corresponding study made from a patients viewpoint could be useful.</p>	
Keywords	client-oriented, infertility patient, infertility treatment, treatment process, lean

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Teoreettinen tausta	2
2.1	Keskeiset käsitteet	2
2.1.1	Asiakaslähtöinen hoitotyö	2
2.1.2	Lapsettomuuspotilas	3
2.1.3	Lean	4
2.1.4	Toimiva ja laadukas hoitoprosessi	4
2.2	Lean terveydenhuollossa	5
2.3	HUS toimintaympäristö	7
2.4	Ammatillinen ja asiakaslähtöinen vuorovaikutus	8
2.5	Lapsettomuuspotilaiden hoitoprosessi HUS toimintaympäristössä	9
2.6	Asiakaslähtöinen lapsettomuuspotilaan hoitotyö	11
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja opinnäytetyötä ohjaavat kysymykset	14
4	Opinnäytetyön aineisto ja menetelmät	14
4.1	Aineiston keruu	14
4.2	Aineiston analysointi	16
4.3	Resurssit ja aikataulu	16
5	Tulokset	17
5.1	Hoitoprosessin nykytila	17
5.2	Asiakaslähtöisyyden toteutuminen hoitoprosessissa	21
5.3	Kehitysehdotuksia hoitoprosessiin	24
6	Pohdinta	27
6.1	Tulosten tarkastelu	27
6.1.1	Arvoa	27
6.1.2	Hukkaa ja kehitettävää	28
6.2	Luotettavuus	31
6.3	Eettisyys	32
6.4	Johtopäätökset	32
6.5	Jatkotutkimuskysymykset	33
6.6	Tutkimuksen hyödyntäminen	33
	Lähteet	35

## Liitteet

Liite 1. Haastattelukutsu

Liite 2. Haastattelukysymykset

Liite 3. Suostumus haastatteluun

Liite 4. Haastatteluaineiston analyysitaulukot

## 1 Johdanto

Tahaton lapsettomuus koskettaa noin joka kuudetta hedelmällisessä iässä olevaa paria, mutta vain noin 5% pareista on kolmen vuoden yrittämisen jälkeen edelleen lapsettomia (Savolainen-Peltonen 2018a). Vuosittain Suomessa aloitetaan noin 13 000–14 000 hedelmöityshoitoa, joista 17–18% johtaa lapsen syntymään (Tilastoraportti 20/2018). Suomessa kerätään tilastotietoa aloitetuista ja onnistuneista hedelmöityshoidoista, mutta hoidoissa olevien parien kokemuksia ja tuntemuksia tutkitaan hyvin vähän.

Lapsettomuuspotilaiden näkemystä potilaskeskeisyydestä on määritelty alankomaalais-tutkimuksessa (Dancet ym. 2011) ja määrittelyä tarkennettiin myöhemmin useassa Euroopan maassa toteutetussa jatkotutkimuksessa (Dancet ym. 2012). Tutkimuksen mukaan tärkeimmät asiakas/potilaslähtöisyyden toteutumiseen vaikuttaneet tekijät olivat tiedonjakaminen, vuorovaikutussuhde potilaan ja henkilökunnan välillä, lapsettomuuskliinikan henkilöstön ammattitaito ja henkilökunnan kommunikaatiotaidot.

Terveyden ja hyvinvointilaitoksen laatimassa Edistä, Ehkäise ja Vaikuta lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa vuosille 2014-2020 (2016: 92–94) tavoitteissa tulee esille, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tulee kiinnittää huomiota lapsettomuuden aiheuttamaan psyykkiseen kuormaan ja asiakaslähtöisyyttä sekä tasa-arvoisuutta lapsettomuudesta kärsivien parien kohdalla tulee edistää. Toimenpiteitä tavoitteiden saavuttamiseksi ovat esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden velvoite jakaa tietoa hedelmällisyydestä ja hedelmöityshoitopoliklinikoiden henkilökunnan näyttöön perustuvan, realistisen tiedon hoitojen vaikuttavuudesta ja hoidoista antaminen asiakkaille, jotta heillä olisi aidosti mahdollisuus tehdä hoitoaan koskevia päätöksiä ja vaikuttaa niihin. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee lisäksi toimia potilaiden tasa-arvoisuutta edistävästi ja huolehtia lapsettomuuspotilaiden psykososiaalisen tuen ja vertaistuen saamisesta, siten että saatavuus integroituu erottamattomaksi osaksi lapsettomuushoitopolkua.

Kätilötutkinnon opinnäytetyössämme halusimme kartoittaa, miten asiakaslähtöisyys toteutuu lapsettomuushoitoprosessissa Helsingin yliopistollisessa sairaalassa (HUS) ja miten kätilöiden näkökulmasta sitä voisi kehittää. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata asiakaslähtöistä lapsettomuuspotilaan hoitoprosessia kätilöiden näkökulmasta. Opinnäytetyön toteutimme osana HUS Naistentaudit ja synnytykset -tulosyksikön Lean

transformaatio -hanketta. Tavoitteenamme oli tuottaa tietoa lapsettomuuspotilaan hoitoprosessin asiakaslähtöisyydestä hoitoprosessien kehittämisen tueksi.

## 2 Teoreettinen tausta

### 2.1 Keskeiset käsitteet

#### 2.1.1 Asiakaslähtöinen hoitotyö

Asiakaslähtöisyys on noussut terveydenhuollossa keskiöön jo viime vuosituhannen lopulla (Koivunen 2017). 1.5.2011 voimaantulleen terveydenhuoltolainkin (2010/1326 § 2) yhtenä tarkoituksena on vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaslähtöisyyttä. Lisäksi käynnissä olevan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistuksen myötä asiakaslähtöisyyden merkitys hoitotyössä korostuu entisestään (Asiakkaat ja osallisuus).

Terveydenhuollossa asiakkaasta palveluiden käyttäjänä käytetään useimmiten termejä potilas, ihminen tai perhe (Koivunen 2017; Asiakkaat ja osallisuus). Asiakaslähtöisyydestä voidaan puhua myös esimerkiksi käsitteillä asiakaskeskeisyys, potilaskeskeisyys, potilaslähtöisyys tai vastaavasti perhekeskeisyys tai -lähtöisyys (Koivunen 2017). Eräänlaisena kattokäsitteenä näille Maailman terveysjärjestö WHO käyttää käsitettä ihmiskeskeisyys/-lähtöisyys. Ihmiskeskeisyys on holistinen lähestymistapa ihmiseen, hänen terveyteensä ja hyvinvointiin vaikuttaviin osatekijöihin hoitotyössä. Yksilöiden lisäksi hänen perheensä ja erilaiset yhteisönsä nähdään osallisina hoidossa. Tasavertaisten, ennaltaehkäisevien, terveyttä edistävien sekä kestävien ja ihmiskeskeisten terveyspalveluiden saattamiseksi jokaisen ulottuville WHO on luonut globaalin strategian vuosille 2016-2026. (WHO 2015a; WHO 2015b.)

Asiakaskeskeisyys hoitotyössä on potilaan tarpeisiin, toiveisiin ja odotuksiin vastaamista ammatillisesti. Potilaan oma näkemys tulee huomioiduksi kaikissa hoidon vaiheissa ja hänellä on mahdollisuus vaikuttaa omaan terveyteensä ja sosiaaliseen pärjäämiseensä sekä saamiinsa palveluihin. Potilaan päätöksiä ja näkemystä kunnioitetaan ja hoitosuhde perustuu potilaan, hänen omaisten/läheisten ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutukseen. (Terveydenhuollon laatuopas 2011: 6.) Potilaskeskeisyys on rinnakkainen käsite asia-

kaskeskeisyydelle. Molemmat käsitteet pitävät sisällään saman ajatuksen potilaan asettamisesta toiminnan keskiöön, potilaan ollessa kuitenkin lähtökohtaisesti palveluiden kohteena. (Greene – Tuzzio – Cherkin 2012; Koivunen 2017.)

Asiakaslähtöisyys eroaa asiakaskeskeisyyden käsitteestä siten, että potilas nostetaan passiivisesta toiminnan kohteena olostani aktiiviseen asiantuntijan rooliin. Potilas aidosti osallistuu prosessiin sen kaikissa vaiheissa ja hänen voimavarojaan sekä palveluiden toteuttamisessa että kehittämisessä hyödynnetään. (Koivunen 2017.)

Vaikkakin yllämainituilla termeillä onkin siis käsitteellisiä eroavaisuuksia, sekoittuvat ne helposti toisiinsa niin arkikielenkäytössä, kuin tieteellisissä julkaisuissakin (Koivunen 2017). Opinnäytetyömme johdonmukaistamiseksi ja selkiyttämiseksi me käytämme asiakaslähtöisyys -termiä käsitteenä, mikä kattaa myös asiakaskeskeisyyden ja potilaskeskeisyyden/-lähtöisyyden käsitteet, jättäen merkitykseltään laajemman ihmiskeskeisyyden ja -lähtöisyyden kuitenkin omaksi tasokseen.

### 2.1.2 Lapsettomuuspotilas

Suomessa potilas on, 1.3.1993 voimaantulleen lain potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785 § 2) mukaisesti, terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävä tai muuten niiden kohteena oleva henkilö. Potilaasta voidaan siis terveydenhuollon piirissä puhujasta, kontekstista tai määräävästä laista riippuen käyttää myös muita nimityksiä, kuten asiakas, kansalainen, kuntalainen, kuluttaja tai palveluiden käyttäjä (Asiakkaat ja osallisuus). Tässä opinnäytetyössä käytämme termiä potilas kaikista edellä mainituista terveydenhuollon osallistujista konkreettisen tasolla puhuttaessa. Myös haastattelemiemme kättilöiden puheesta on selkeyden ja johdonmukaisuuden saavuttamiseksi muutettu kaikki eriävät termit aineiston pelkistysvaiheessa potilaaksi.

Lapsettomuus eli lasten puuttuminen, voi olla toivottua tai tahatonta. Tahattomasti lapsettomalla on toive lapsen saamisesta. Hedelmättömyydellä, infertiliteetillä ja lapsettomuudella tarkoitetaan täydellistä tai osittaista lisääntymiskyvyttömyyttä – tilannetta, jossa säännöllisiä yhdyntöjä ilman raskaudenehkäisyyttä on takana yli vuosi mutta raskaus ei ole alkanut. Steriliteetti eli täydellinen kyvyttömyys saada lapsia on harvinaisempaa kuin heikentynyt lisääntymiskyky eli subfertiliteetti. (Terveysportti; Tiitinen – Savolainen-Peltonen 2019; Tiitinen 2018.)



Lapsettomuuspotilas on siis tahattomaan lapsettomuuteensa terveydenhuollossa hoitoa saava henkilö. Tässä opinnäytetyössä lapsettomuuspotilas on Helsingin yliopistollisessa sairaalassa (HUS) Suomen lainsäädännön ja HUSin hoitokriteeristön mukaisesti Lisäantymislääketieteen yksikössä hoitoa saanut tai saava pari.

### 2.1.3 Lean

Toyotan tuotantojärjestelmästä tunnetuksi tullut Lean voidaan lähteestä ja näkökulmasta riippuen nähdä niin kokonaisena filosofiana, toimintamallina, ajattelutapana, johtamisjärjestelmänä, muutosprosessina kuin yksikertaisimmillaan joukkona erilaisia laadunhallintatyökaluja. (Grabau 2016: 1–5; Korhonen – Jylhä – Korhonen – Holopainen 2018: 143–144; Suneja A. – Suneja C. 2017: 187–190; Suomen Lean-yhdistys ry 2018; Reijula ym. 2017: 15–16.)

Lean onkin helpompaa kuvata sen tavoitteesta käsin, Lean -ajattelun ydintä on asiakas-tyytyväisyys. Lean -ajattelun omaksuneessa organisaatiossa pyritään muokkaamaan toimintatapoja yhteistyössä, jokaisen ammattitaitoa arvostaen. Pysyvää Lean -ajattelussa on ainoastaan jatkuva pyrkimys muutokseen ja kehittymiseen kohti ideaalia. Tilaa, jossa kaikki prosessit toimivat niin, että ne tuottavat mahdollisimman paljon arvoa asiakkaalle, mahdollisimman vähällä hukalla ja pienillä resursseilla. (Lean Enterprise Institute, Inc. 2018.)

HUSin tapaan nimitämme opinnäytetyössämme Leanin johtamisjärjestelmäksi (Perttunen – Korhonen – Jokela – Korte 2018: 5). Terveydenhuollon näkökulmasta katsottuna Leanin tavoitteena on siis potilasvirta, toisin sanoen sujuva ja laadukas hoitoprosessi (Suneja A. – Suneja C. 2017, 20–21). Markku Mäkijärven toteamus tutkielmassaan 2013 (6) on erittäin osuva ja ytimekäs. Emme voi olla lainaamatta häntä opinnäytetyössämme, vaikka toteamus onkin aiheesta kertovaan kirjallisuuteen ja arkipäiväiseen puheeseen laajasti levinnyt:

”oikea hoito, oikeaan aikaan, oikealle potilaalle heti ensimmäisellä kerralla!”

### 2.1.4 Toimiva ja laadukas hoitoprosessi

Toimivan hoitoprosessin takana on ammattitaitoinen, osaava henkilökunta ja sen tavoitteena on parhaan mahdollisen hoitotuloksen saanut, tyytyväinen potilas. Hoito on toimivassa hoitoprosessissa laadukasta, turvallista, asiakaslähtöistä ja näyttöön perustuvaa.

Hoidon vaikuttavuutta tulee arvioida osana toimivaa hoitoprosessia. Kaikkien hoitoon osallistuvien hyvä yhteistyö ja tiedon kulun saumattomuus eri tahojen välillä luo hoitoprosessiin sujuvuutta ja on siten tärkeää hoitoprosessin toimivuuden takaamiseksi. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011: 8, 13–14; Hoidon laatu.)

Oikea-aikainen, viivytyksetön hoito, johon potilaalla on itsellään mahdollisuus vaikuttaa ja jonka toteutumisesta hän saa riittävästi tietoa, on potilaan näkökulmasta olennaista laadukkaassa hoitoprosessissa. Henkilökunnan näkökulmasta toimiva hoitoprosessi edellyttää työntekijälle saatavilla olevaa ohjeistusta ja toimintasuunnitelmaa toteutettavasta hoitoprosessista ja vastuualueista prosessissa, sekä riittäviä resursseja sen toteuttamiseen. Terveystieteiden tutkimuskeskukselle toimivat hoitoprosessit ovat tärkeitä resursien käytön optimoimiseksi. Organisaation johto huolehtiikin, että hoitohenkilökunnalla on edellytykset toteuttaa laadukkaita, toimivia hoitoprosesseja. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011: 13–14; ETENE 2018: 58.)

## 2.2 Lean terveydenhuollossa

Maailmalla Lean jalkautui sairaaloihin ensimmäisiä kertoja jo pari vuosikymmentä sitten (Graban 2016: 1). Ensimmäiset kliiniset Lean projektit käynnistyivät HUSissa 2010 ja vuoteen 2018 mennessä HUSilla oli jo sekä hyvät yhteydet kansainvälisiin huipputason Lean -osaajiin, että 140 omaa koulutettua Lean -valmentajaa ja projekteja on määrällisesti kertynyt yli 200 (Mäkijärvi – Vallivaara – Koskinen 2018). Lean -menetelmät tunnetaankin suomalaisessa terveydenhuollossa jo melko hyvin ja Lean myös koetaan lupaavana kehittämisen menetelmänä (Jorma – Tiirinki – Bloigu – Turkki 2016). Lean -ajattelun mukaiset metodit ja työkalut eivät sinällään ole uusia terveydenhuollon maailmassakaan (Graban 2016: 3). Tutkiessaan suomalaisia terveydenhuollon organisaatioita, tutkijat Jorma – Tiirinki – Bloigu – Turkki (2016) huomasivat, että menetelmät organisaatioiden laadunhallintaan olivat samantyyppisiä riippumatta siitä, oliko menetelmä nimetty Lean -metodiksi vai ei.

Lean -ajattelussa keskeisintä on asiakaslähtöisyys. Potilaalle tuotetaan arvoa eli laadukasta, oikea-aikaista hoitoa kustannustehokkaasti sekä ympäristön että henkilöstön resursseja säästäen. Lean -filosofian mukaisesti organisaatio toimii yhdessä saavuttaakseen täydellisyyden, samalla kuitenkin ymmärtäen, että jatkuva muutos ja kehittyminen on sekä väistämätöntä että toivottavaa. (Graban 2016: 1; Perttunen ym. 2017: 5–6; Suneja – Suneja 2017: 20–21; Mäkijärvi 2013: 12; Lean Enterprise Institute, Inc. 2018.)

Lean ei kuitenkaan ole organisaation johdon esittämiä toimintaohjeita työntekijöille, vaan Lean -muutosprosessin kannalta on olennaista kuunnella henkilökunnan mielipiteitä, arvostaa heidän asiantuntijuuttaan ja ammattitaitoaan. Tämä auttaa sitouttamaan henkilökunnan muutosprosessiin, mikä taas on ehdoton edellytys sille, että Lean -ajattelu pysyvästi juurtuu organisaatioon. (Suneja – Suneja 2017: 164, 173; Graban 2016.)

Toyotan määritelmä Leanistä, kaikessa yksikertaisuudessaan kuuluu: 1.) Jatkuva parantaminen 2.) Ihmisten arvostaminen (Graban 2016: 29). Jotta Toyotan kaksiosainen määritelmä Lean -filosofiasta terveydenhuollossa todella tulisi kokonaisuudessaan käytäntöön sekä pyrkimyksissä poistaa hukkaa ja hillitä kustannuksia, että suurimman mahdollisen arvon tuottona potilaalle, ehdottaa kanadalaiset tutkijat Dunsford ja Reimer (2017), että Lean -ajattelua tulisi soveltaa hallinnollisiin, hoitotyön puitteet luoviin prosesseihin ja suorassa potilaskontaktissa tapahtuviin hoitotyön prosesseihin eritavalla. Molempia tulisi tarkastella samanaikaisesti, mutta soveltaen keinoja eri tavoilla. Koska hallinnolliset prosessit ja hoitotyön prosessit ovat tutkijoiden mukaan periaatteellisella tasolla eri prosesseja, antaisi tällainen ajattelutapa heidän mukaansa mahdollisuuden pysyviin parannuksiin. Hallinnollinen tavoite esimerkiksi minimoida hoitoprosessiin kuuluva aika ei yleensä tuota hoitotyön näkökulmalta katsottuna potilaalle parasta mahdollista hoitoa, eli Lean-ajattelun mukaisesti arvoa.

Mitä tahansa kehittämishankkeita aloittaessa, on arvon ja hukan määrittelyn jälkeen aloitettava kehitettävän prosessin tarkempi tarkastelu. On muodostettava hyvä kokonaiskuva prosessista seuraavien kysymysten kautta: Millainen prosessi todellisuudessa nykytilassaan on? Millainen me ajattelemme prosessin olevan nykytilassaan? Millainen prosessin tulisi olla? (Graban 2016: 73–74.) Lean -toiminnassa tätä tarkastelua kutsutaan arvovirtakuvaukseksi, eikä koko Lean -muutoksessa ole toista yhtä tärkeää vaihetta kuin arvovirtakuvauksien luominen. Niiden laatiminen auttaa hahmottamaan kokonaisuutta ja näyttää kuinka yksittäiset muutokset vaikuttavat kokonaisuuteen. Kuvaukset luovat pohjan koko muutokselle. (Suneja – Suneja 2017:59–62.) Lean -muutoksessa arvovirtakarttoja tehdään kaksi: nykytilan kuvaus ja tavoitetilan kuvaus. Nykytilan kuvauksen luomisessa on erittäin tärkeää kuunnella hoitoprosessissa työskentelevää henkilökuntaa, ainoastaan he todella tietävät kuinka prosessi nykytilassaan toimii. (Graban 2016: 75–77.) Tavoitetilan arvovirtakuvaus on Lean -tiimin näkemys siitä, kuinka prosessi voisi toimia, jos kaikki hukka saataisiin poistetuksi (Suneja – Suneja 2017: 62).

### 2.3 HUS toimintaympäristö

HUSin eli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tehtävänä on tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja 24:lle jäsenkunnalleen ja niiden asukkaille. HUS on erikoissairaanhoidon toimijana Suomen suurin ja väestömäärä vuonna 2017 HUSin alueella oli yli 1,6 miljoonaa. Vuosittain noin 13 000:n hoitohenkilökuntaan kuuluvan ammattilaisen voimin yli puoli miljoonaa potilasta saa hoitoa HUSissa. Osana HUSia Espoo, Helsinki, Kauniainen, Kerava, Kirkkonummi ja Vantaa muodostavat HYKS -sairaanhoidon-alueen. HYKS tarjoaa vaativien ja hyvin harvinaisten tautien hoitoa kaikkialle Suomeen. (HUS -tietoa; HYKS -sairaanhoidon-alue; HUS Vuosikertomus 2017; Henkilöstökertomus 2018.)

HYKS -sairaanhoidon-alue jakautuu edelleen 16. tulosyksikköön. Naistentautien ja synnytysten -tulosyksikössä työskentelee hieman yli 1000 henkilöä ja 15 000 synnytyksen lisäksi vuositasolla hoidetaan noin 33 000 naistentautien potilasta. Lapsettomuuspotilaiden hoito tapahtuu Naistentaudit ja synnytykset -tulosyksikön Naistentautien poliklinikatoiminnan linjalla. Naistenklinikalla Lisääntymislääketieteen yksikössä toteutuu keskitetysti vaativampi lapsettomuushoidon suunnittelu, koeputkihedelmöitykset sekä ovulaatioinduktiohoidot, lapsettomuuden perustutkimusten lisäksi. (2018 Vuosikertomus 2019; Naistentaudit ja synnytykset 2018. Lapsettomuushoidot; Henkilöstökertomus 2018.)

HUSin strategian 2012–2016 ja viimeksi päivitetyn strategisen tahtotilan 2017–2018 (2016) mukaisesti, HUSin arvoista ja Suomen lainsäädännöstä nouseva visio on olla kansainvälisesti korkeatasoinen, uutta tietoa luova sairaalaorganisaatio, jossa potilaiden tutkimus ja hoito on laadukasta, oikea-aikaista, turvallista ja asiakaslähtöistä. Strategisten päämäärien toteutumisen edellytyksiä ovat mm. osaava, motivoitunut henkilöstö, hallittu ja tasapainoinen talous sekä uudistava johtajuus.

Terveystieteiden laki (2010/1326) ja HUSin strategia näkyvät myös sen hoitotyötä ohjaavissa periaatteissa, missä hoitotyön keskiössä on potilas ja potilasturvallista hoitotyötä potilaan parhaaksi toteutetaan kollegiaalisesti, moniammatillisesti ja näyttöön perustuvasti. Hoidon laadun ja turvallisuuden kannalta hoitotyöntekijöiden osaamisella on suuri merkitys. (Korhonen ym. 2018: 77.) Hoitotyöntekijöiden tiedon ja taidon tasojen jatkuva päivittäminen, sitoutuminen tavoitteisiin ja innovatiivinen sekä kehittävä työote ovat näin

ollen hyvin keskeisiä tekijöitä HUSin menestyksellisessä toiminnassa. Henkilöstön kouluttaminen Lean osaamiseen ja asiakaslähtöinen palveluiden tuotantomalli kuuluvat HUSin kehittämiskohteisiin ja läpimurtohankkeisiin. (HUS Henkilöstön osaaminen; Henkilöstökertomus 2018; Läpimurtohankkeet 2019.)

#### 2.4 Ammatillinen ja asiakaslähtöinen vuorovaikutus

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE on koonnut yhteisiä eettisiä periaatteita terveydenhuollossa toimiville. Eettiset periaatteet ohjaavat ammattieettisesti kestävää hoitotyötä ja niiden tulisi näkyä käytännön tasolla päivittäin toteutettavassa hoitotyössä. (Ammattietiikka.) Vuonna 2001 ETENE julkaisi terveydenhuollon yhteisiä periaatteita, joita ovat muun muassa ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, hyvä ammattitaito sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto. Hyvä vuorovaikutus, inhimillinen kohtelu ja potilaan vaikutusmahdollisuuksien edistäminen kuuluvat ihmisarvon kunnioitukseen. Potilaan itsemääräämisoikeus on potilaan päätöksentekokyvyn ja -oikeuden suojelemista hoitotyössä. Jokaisella terveydenhuollossa toimivalla on sekä velvollisuus että oikeus ylläpitää ja kehittää omaa ammattitaitoaan sekä sisällön että eettisten- ja vuorovaikutustaitojen suhteen. Kollegiaalisuus ja moniammatillinen arvostava kanssakäyminen tuottavat asiakaslähtöistä, hyvää hoitoa. (ETENE 2001: 12–15.)

Vuonna 2011 ETENE julkaisi laajennetun sosiaali- ja terveysalan eettisen perustan, joka koostuu viidestä periaatteesta: potilaiden ihmisarvon ja perusoikeuksien kunnioitus, potilaan etu lähtökohtana toiminnassa, ymmärrys vuorovaikutuksesta, ammattihenkilöstön vastaaminen työnsä laadusta sekä vastuullinen toimintakulttuuri ja päätökset hyvän hoidon taustalla. (ETENE 2011: 56.) ETENEn neuvottelukunnan seminaarissa käydyssä keskustelun pohjalta tulevaisuuden periaatteissa tulisi näkyä enemmän asiakkaan osallisuus, velvollisuudet ja luottamus. Potilas halutaan keskiöön ja potilaan näkeminen aidosti osallisena myös velvollisuuksineen tulisi sisältyä yhä vahvemmin eettiseen pohdintaan tulevaisuudessa. (Sihvo 2018: 56–59.) Potilaan osallisuutta ETENEn tapaan laajennetussa merkityksessään painottaakin myös WHO (2015a; 2015b).

Hoitohenkilökunnan ja potilaan vuorovaikutuksen nousemista eettisten pohdintojen päälinjäksi osa-alueeksi voi hyvin ymmärtää tutkimuksien kautta. Kohtaamisen merkitys potilaan nopeampaan paranemiseen ja vaikuttavampaan hoitoon näyttäytyi lääkäreiden

empaattista potilaskohtaamista tutkineiden Rakel ym. (2009) ja Rakel ym. (2011) tutkimuksissa. Positiivisia vaikutuksia potilaan paranemiseen nähtiin lääkäreiden kohtaamisen oltua empaattista eli toisin sanoen laadukasta. Empaattinen tuloksiin johtanut vuorovaikutustilanne sisälsi tutkijoiden mukaan seuraavia elementtejä: kohtaamisen rauhoitavuus, potilaan mahdollisuus kertoa tarinansa, potilaan kuuntelu, kiinnostuminen potilaasta ihmisenä, potilaan huolien ymmärtäminen, huolenpidon ja välittämisen näyttäminen, positiivisuus, selkeys, potilaan saama kontrolli sekä toimintasuunnitelman luominen.

Eveliina Salonen käsittelee kirjassaan *Intuitio ja tunteet johtamisen ytimessä* (2017) intuitiivisuuden, empaattisuuden ja myötätuntoisuuden merkitystä työelämässä. Hänen mukaansa olisi tärkeää ymmärtää ihminen myös työskentely-ympäristössään kokonaisuutena, sekä nähdä tunteiden ja intuition merkitys muuttuvissa ja kehittyvissä organisaatioissa menestykselle merkittävänä tekijöinä.

Mentalisoiva työote, toisin sanoen reflektiivinen työskentely on rantautumassa psykiatrialta yhä laajemmin terveydenhuoltoon (Mentalisaatio ry.) Mentalisaatio on käsitteenä empatiaa laajempi, mutta se edellyttää empatiataitoja. Mentalisaatio auttaa tekemään maailmasta ennustettavamman ja siten turvallisemman paikan, se vähentää traumatisoivaa vaikutusta vaikeissa tapahtumissa ja ihmissuhteissa. Se on ihmisen kykyä asettua toisen asemaan ja pyrkimystä nähdä toisen toiminnan taakse. Mentalisointi parantaa todennäköisyyttä ymmärtää ja tulla ymmärretyksi, se on aktiivista pyrkimistä pois asiattijaroolista, jolloin vuorovaikutuksesta tulee tasavertaisempaa. (Pajulo – Salo – Pyykkönen 2015: 1050–1056.)

## 2.5 Lapsettomuuspotilaiden hoitoprosessi HUS toimintaympäristössä

Suomessa lapsettomuuspotilaiden hoitotyö alkaa perusterveydenhuollossa tai yksityisellä sektorilla pääsääntöisesti, kun raskaus ei ole onnistunut noin vuoden yrittämisen jälkeen. Jos parilla on tiedossa olevia esteitä raskaaksi tulemiselle, suositellaan tutkimuksiin hakeutumista jo aiemmin. (Lapsettomuus; Tiitinen – Savolainen-Peltonen 2019.)

Avoterveydenhuollosta siirrytään lähetteellä erikoissairaanhoidon lapsettomuustutkimuksiin HUSin naistentautien yksiköihin. Jotta lapsettomuushoidot HUSissa voitaisiin käynnistää, on parin tilannetta arvioitava sekä hedelmöityshoitolaian (2006/1237), potilas-

lain (1992/785), että muiden julkista terveydenhuoltoa sitovien lakien ja asetusten määrittämin ehdoin. Hedelmöityshoitoja ei voida antaa, jos on ilmeistä, ettei lapsen tasapainosta kehitystä voida turvata, parilla on jo kaksi yhteistä biologista lasta, nainen on iältään yli 40 vuotta, tai hänen painoindeksinsä on yli 40. Hoitoja ei myöskään anneta omaehtoisen sterilisaation jälkeen, tai parille joka tarvitsisi sijaissynnyttäjää. Lähtökohtana on, että vain vaikuttavia lapsettomuushoitoja toteutetaan. (Savolainen-Peltonen 2018a; Tapper 2014; Tiitinen – Savolainen-Peltonen 2019.)

Lähetteen hyväksymisen jälkeen parille ohjelmoidaan valmiiksi sopivia tutkimuksia ja varataan aika ensikäynnille, pääsääntöisesti hoitajan vastaanotolle. Hoitajan vastaanotolla käydään läpi ja tarvittaessa täydennetään parin esitietoja, hoidon etenemistä, hoitomuotoja ja hedelmällisyyteen vaikuttavia tekijöitä. Ensikäynti lääkärin vastaanotolla sisältää samoja elementtejä, potilasohjauksesta huolelliseen tilanteen kartoittamiseen ja läpikäyntiin. (Savolainen-Peltonen 2018a.)

Tutkimusten ja parin huolellisen haastattelun tavoitteena on löytää syyt lapsettomuudelle. Lapsettomuuden syiden selvityksessä osataan hoitoa toteuttaa kohdennetusti, jolloin ennuste onnistumiselle on aina parempi. Lapsettomuuspotilaille tulee antaa riittävästi tietoa hoitomuodoista ja ennusteesta, jotta pari pystyy valitsemaan toivomansa hoitomuodon realistisesti tai jotta he halutessaan voivat pidättäytyä hoidoista. (Savolainen-Peltonen 2018a.; Tiitinen – Savolainen-Peltonen 2019.)

Syiden selvittämiseksi yleisimpiä HUS naistentautien yksikössä tehtäviä kliinisiä tutkimuksia on naisen gynekologinen tutkimus ja emättimen kautta tehtävä ultraäänitutkimus, jossa arvioidaan mm. kohdun, kohdun limakalvon ja munasarjojen rakennetta sekä munasarjareserviä. Miehen tavallisin tutkimus on spermalaboration tutkimustulosten perusteella tehtävät kivistutkimukset ja kivespussin ultraääni. Hoitoon tulevista lapsettomista noin 80% saa toivomansa lapsen nykyisten hoitomenetelmien ansiosta. (Savolainen-Peltonen 2018a; 2018b; Lapsettomuus; Tiitinen – Savolainen-Peltonen 2019.)

Kun ensikäynnistä ja tutkimuksista on saatu vastaukset pari saa ajan erikoislääkärille, joka kokoaa kaiken saadun tiedon yhteen ja tekee hoitosuunnitelman parin toiveiden pohjalta. (Savolainen-Peltonen 2018a.)

Hedelmöityshoitomuotoja ovat esimerkiksi: munarakkulankypsytyshoidot ovulaation aikaansaamiseksi tai vahvistamiseksi, kirurginen hoito jos syynä lapsettomuudelle on esimerkiksi endometrioosi, inseminaatio, jossa pestyjä siittiöitä ruiskutetaan kohtuonteloon, koeputkihedelmöitys (IVF), jossa kohtuun siirretään laboratoriossa hedelmöitetty alkio ja mikroinjektio (ICSI), jossa munasolun sisään ruiskutetaan yksi siittiö. (Savolainen-Peltonen 2018a; Lapsettomuus; Tiitinen – Savolainen-Peltonen 2019.)

Lapsettomuushoitoprosessissa työskentelevien kättilöiden ydintehtävä on lapsettomuuspotilaiden hoitaminen. Heidän tulee hallita koko hoitotyön prosessin koordinoiminen, hoidon suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Laadukkaalla hoitotyöllä saavutetaan hyvä kokonaiskuva lapsettoman parin tilanteesta ja pystytään puuttumaan kaikkiin niihin tekijöihin, joiden eteen pari itse tai lääkäri voi vaikuttaa. On ehdottoman tärkeää, että lapsettomuuspotilaat saavat riittävästi emotionaalista tukea ja oikeaa informaatiota kaikissa hoitoprosessin vaiheissa, jotta hoito voidaan suunnitella, toteuttaa tai keskeyttää aidosti asiakaslähtöisesti. (Savolainen-Peltonen 2018a; Edistä, Ehkäise ja Vaikuta 2016; Hoitotyö; Tiitinen – Savolainen-Peltonen 2019.)

Lapsettomuushoitopotilaiden hoitotyön tulevaisuutta HUSissa ovat erilaiset digihoitopolut Terveyskylän Naistentalo.fi -alustalla. Digihoitopolkujen tavoitteena on taata kaikille potilaille tasalaatuinen ohjaus ja informaatio, parantaa asiakaskokemusta ja saavutettavuutta, sekä tehostaa ja sujuvoittaa hoitotyötä. Ensimmäisenä naistentautien yksikkö on pilotoinut IVF -digihoitopolun 1/2017-1/2018, jonka kehitystyö jatkuu ja tavoitteena on saada polulle seuraavan kahden vuoden aikana jopa 80% IVF -hoitopotilaista. (Savolainen-Peltonen 2018b.).

## 2.6 Asiakaslähtöinen lapsettomuuspotilaan hoitotyö

Kartoittaaksemme taustoja opinnäytetyöllemme haimme aikaisempia tutkimuksia aiheesta asiakaslähtöinen lapsettomuuspotilaan hoitotyö. Haut teimme Medic, Finna.fi, Cinahl ja PubMed -tietokannoista. Hakusanoina käytimme suomenkielisessä haussa hedelmöitys + hoito, hedelmöityshoi\* + lapsettomuus, sekä englanninkielisessä haussa infert\* + "patient centered care". Suomessa tehdyt tutkimukset rajasimme kymmeneen vuoteen, muissa maissa tehdyt tutkimukset tutkimusten runsauden vuoksi viiteen vuoteen. Maantieteellisesti tutkimukset rajattiin Eurooppaan. Tutkimustuloksista rajasimme pois tutkimukset, jotka keskittyivät potilaiden kokemuksiin lapsettomuudesta lapsetto-



muushoitojen sijaan. Lisäksi rajasimme pois tutkimukset, jotka keskittyivät lapsettomuushoitoihin vakavan sairauden, kuten syöpä, aikana tai jälkeen, sekä tutkimukset, jotka keskittyivät johonkin tiettyyn hoitotoimenpiteeseen lapsettomuushoitojen aikana. Näiden lisäksi rajasimme pois lapsettomuushoitojen kustannuksiin, oikeudellisiin näkökulmiin ja hedelmöityshoitolakiin liittyvät tutkimukset. Löysimme kolme tarkoitukseemme sopivaa tutkimusta.

Anneli Miettinen on tutkinut lapsettomuustutkimuksiin ja hedelmöityshoitoihin hakeutuneiden parien odotuksia, epäilyjä ja pelkoja (2011). Kyselyn vastauksista kävi ilmi, että suurimmat huolenaiheet pareilla liittyivät siihen, että he eivät saa lasta hedelmöityshoitoista huolimatta, sekä siihen kuinka raskaita hoidot tulee henkisesti ja fyysisesti olemaan. Tämän lisäksi vastaaja huolestutti itse hoitotoimenpiteet, sekä niihin mahdollisesti liittyvä kipu, hoitojen pitkä kesto ja oma jaksaminen. Lisäksi lähes neljäsosa naisista ja kahdeksasosa miehistä olisivat kaivanneet enemmän tukea elämäntilanteeseensa. Eniten tukea kaivattiin omalta lähipiiriltä, mutta yli kolmasosa lisätukea kaivanneista olisi kaivannut sitä myös hedelmöitysklinikan henkilökunnalta.

Alankomaissa vuonna 2013 toteutetussa tutkimuksessa (Huppelschoten ym. 2013) tutkittiin lapsettomuusklinikan asiakaskeskeisyyden ja lapsettomuushoitojen keskeyttämisen välistä suhdetta. Lisäksi tutkimuksessa kartoitettiin lapsettomuushoitoklinikoihin liittyviä tekijöitä, joilla voisi olla vaikutusta hoitojen lopettamispäätökseen. Tutkimuksen tulokset kuitenkin osoittivat, että klinikkaan liittyvät tekijät eivät vaikuta asiakkaiden lapsettomuushoitojen jatkamiseen. Myöskään asiakaskeskeisyys ei näyttänyt tähän vaikuttavan. Hoidot kokonaan lopettaneilla syyt liittyivät omaan henkiseen jaksamiseen, parisuhteeseen tai muihin, ei klinikallisiin syihin.

Den Breejen, Nelen, Schol, Kremer ja Hermens tuovat tutkimuksessaan (2013) esille miten erilaisilla kriteereillä lapsettomuuspotilaat ja lapsettomuushoitojen parissa työskentelevät lääketieteen ammattilaiset arvioivat asiakaskeskeisyyden toteutumista. Potilaat valitsivat 16 omasta mielestään tärkeää kriteeriä ja lääketieteen ammattilaiset 18. Huomattavaa on se, että vain 5 näistä kriteereistä oli samoja. Kummankin ryhmän mielestä asiakaskeskeisyyden tärkeimmät kriteerit liittyivät hoitoon pääsyyn ja potilaiden informoimiseen ja kommunikaatioon. Tämä tutkimus osoittaa kuinka tärkeää olisi ottaa potilaat mukaan asiakaskeskeisyyden kriteerien kehittämisprosessiin.

Haastatteluiden toteuttamisen ja aineiston analysoimisen jälkeen haimme vielä lisää tutkimuksia asiakaslähtöisestä lapsettomuuspotilaan hoitotyöstä kartoittaaksemme kattavammin ovatko aikaisemmat tutkimukset aiheesta yhteneväisiä vai eroavia oman työmme tulosten kanssa. Tässä vaiheessa löysimme vielä yhden kanadalaisen, yhden yhdysvaltalaisen ja yhden suomalaisen tutkimuksen.

Kanadalaisessa tutkimuksessa (Read ym. 2014) haastateltiin 32:ta lapsettomuudesta kärsivää paria ja huomattiin, että suurin osa pareista kaipasi henkistä tukea, mutta vain puolet pareista olivat hakeutuneet tuen piiriin. Tutkimukseen osallistuneet pariskunnat olivat ilmaisseet useita tarpeita henkiselle tuelle, mutta saaneet usein kuulla, että tukea ei ole saatavilla. Pariskunnat olisivat kaivanneet myös kirjallista tietoa hoitojen kulusta ja vaikutuksesta henkisesti.

Yhdysvaltalais tutkimuksessa (Duthie ym. 2017) haastateltiin ja kerättiin hoitotietoja 37:ltä pariskunnalta, jotka olivat varanneet ajan lisääntymislääketieteen specialistille. Tutkimuksessa paikannettiin kuusi näkökantaa, jotka liittyvät lapsettomuushoitoihin. Näitä ovat: hoitojen vaikuttavuus, fyysinen ja henkinen kuormitus, aika, taloudellinen rasite, mahdolliset riskit ja geneettinen vanhemmuus. Näitä osa-alueita potilaat joutuvat pohtimaan tehdessään lapsettomuushoitoihin liittyviä päätöksiä ja nämä olisi tärkeä ottaa huomioon asiakaskeskeisessä hoitotyössä.

Suomalais tutkimuksessa (Kettula-Pihlaja – Aho – Kaunonen 2015) kuvattiin naisten selviytymistä epäonnistuneiden lapsettomuushoitojen jälkeen. Tutkimukseen osallistui 18:n naista, joiden lapsettomuushoidot olivat päättyneet tuloksettomina, tai jotka olivat päättäneet lopettaa lapsettomuushoidot. Tutkimuksessa tuli esille kuinka tärkeää terveydenhuollon ammattilaisten olisi puhua rehellisesti pariskunnille lapsettomuushoitojen tuloksista, sen sijaan että pidetään yllä turhaa toivoa. Epätietoisuus lapsettomuushoitojen epäonnistumisen syistä syö voimavaroja ja estää lapsettomuudesta selviytymistä. Ammattilaisilta saatu tuki myös hoitojen loppumisen jälkeen edisti lapsettomuudesta selviytymistä.

### **3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja opinnäytetyötä ohjaavat kysymykset**

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata asiakaslähtöistä lapsettomuuspotilaan hoitoprosessia kätilöiden näkökulmasta. Tavoitteenamme oli tuottaa tietoa lapsettomuuspotilaan hoitoprosessin asiakaslähtöisyydestä HUS Naistentaudit ja synnytykset tulostyöryhmän hoitoprosessien kehittämisen tueksi. Teimme opinnäytetyön osana tämän tulostyöryhmän Lean transformaatio -hanketta.

Opinnäytetyötä ohjaavat kysymykset olivat:

- 1.) Miten kätilöt kuvaavat lapsettomuuspotilaan hoitoprosessin nykytilaa?
- 2.) Miten asiakaslähtöisyys lapsettomuuspotilaan hoitoprosessissa toteutuu kätilöiden näkökulmasta?
- 3.) Millaisia kehitysehdotuksia kätilöillä on lapsettomuuspotilaan hoitoprosessiin?

### **4 Opinnäytetyön aineisto ja menetelmät**

Toteutimme opinnäytetyömme kvalitatiivisena, eli laadullisena tutkimuksena. Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena on ymmärtää tutkimuksen osallistujien subjektiivisesta näkökulmasta tutkimuksen kohteena olevaa asiaa tai ilmiötä ja kuvata näin ilmiötä muodostaen siitä lopputulemana teoreettisesti mielekäs tulkinta. (Kylmä – Juvakka 2012: 26; Tuomi – Sarajärvi 2018: 98). Halusimme Lisääntymislääketieteen yksikössä työskentelevien ja siten HUSin lapsettomuushoitoprosessista omakohtaista tietoa omaavien kätilöiden kertomien yksilöllisten kokemusten kautta saada mahdollisimman kokonaisvaltaisen kuvan asiakaslähtöisestä lapsettomuuspotilaan hoitotyöstä. (Alastalo – Åkerman – Vaittinen 2017: 214–230; Tuomi – Sarajärvi 2018: 98.)

#### **4.1 Aineiston keruu**

Opinnäytetyön aineiston keräsimme teemahaastatteluina, joka on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä. Teemahaastattelussa pyritään löytämään vastauksia tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti, edeten keskeisten teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysy-

mysten varassa. (Tuomi – Sarajärvi 2018: 87–88.) Tämän haastattelumuodon vahvuutena on, että haastattelu ei ole sidottu tutkijan näkökulmaan, vaan tutkittavien ääni pääsee kuuluviin (Hirsjärvi – Hurme 2008: 48). Haastattelut toteutimme yksilöhaastatteluina kasvotusten. Nauhoitimme haastattelut ja purimme ne tekstiksi analysointivaiheessa. Nauhoittamisen lisäksi kirjoitimme muistiinpanoja haastattelutilanteessa, mikä auttoi meitä nauhoitusten litteroimisessa ja tulkitsemisessä (Ruusuvuori – Nikander 2017: 427–440).

Tulosten laadun varmistamiseksi asetimme haastatteluun osallistumiselle kriteerit, jolloin aineiston analysointi oli helpompaa ja kerätty aineisto täytti sille osoitetut laatuvaatimukset (Alastalo – Åkerman – Vaitinen 2017: 214–230; Tuomi – Sarajärvi 2018: 98.) Kriteereinä haastateltaville oli kättilön koulutus, työskentely lapsettomuuspotilaiden kanssa kuluneen vuoden aikana ja vähintään kahden vuoden työkokemus lapsettomuushoitopuolelta. Tavoitteenamme oli haastatella kahdeksaa kättilöä yhdestä yliopistollisesta sairaalasta. Yksi haastatteluista kuitenkin peruuntui, joten lopulta haastattelimme seitsemää kättilöä.

Tiedottaminen opinnäytetyöstä toteutettiin kahdessa vaiheessa. Ensin lähetimme sähköpostitse haastattelukutsun (Liite 1) lisääntymislääketieteen yksikön apulaisosastonhoitajalle, joka välitti kutsun sähköpostitse osaston henkilökunnalle. Muutamaa päivää myöhemmin menimme osaston aamupalaveriin esittelemään lyhyesti opinnäytetyömme ja esittämään haastattelukutsun myös kasvotusten. Näin saimme toivomamme vapaaehtoiset 8 kättilöä ilmoittautumaan haastateltaviksi. Haastatteluajat sovimme kahdelle päivälle tammikuulle 2019. Yhden haastattelun kesto oli suunnitelmamme mukaisesti noin 30 minuuttia – 1 tunti.

Haastattelussa käytimme itse laatimaamme haastattelurunkoa, jonka teimme aiemman aiheeseen liittyvän kirjallisuuden perusteella. Testasimme haastattelurungon toimivuutta asiantuntijahaastattelulla ja muokkasimme tämän perusteella runkoa toimivammaksi. Tutkimusluvan saamisen jälkeen esitetasimme haastattelurungon ja lisäsimme siihen vielä yhden kysymyksen, joka oli esitestauksessakin noussut esille. Haastattelurunko sisälsi viisi taustatietoihin liittyvää kysymystä ja kolme teemaa. Jokaista teemaa ohjasi kaksi avointa kysymystä (Liite 2). Ennen aineiston keruuta tiedotimme haastateltavia opinnäytetyön tarkoituksesta, tutkimusmenetelmästä, osallistumisen tärkeydestä ja vapaaehtoisuudesta (Liite 3). Samalla esittelimme osallistujille haastattelun kysymysrunгон. (Tuomi – Sarajärvi 2018: 85–86; Alastalo – Åkerman – Vaitinen 2017.)

## 4.2 Aineiston analysointi

Analysoimme aineiston induktiivisella sisällönanalyysillä, jossa aineiston luokittelun kategoriat johdetaan aineistosta tutkimuskysymyksiä ohjaamana. Sisällönanalyysin avulla on mahdollista sekä analysoida että kuvata aineistoja. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 167.) Aluksi litteroimme haastatteluiden materiaalin tekstiksi. Sovimme yhteisesti opinnäytteeseemme ja analysointimenetelmään sopivasta litterointitarkkuudesta ja jaoin haastattelunauhut. Kuuntelimme haastattelut kirjoittaen ne sana sanalta auki. Epäselvistä kohdista keskustelimme yhdessä, vertasimme niitä haastatteluiden aikana kokoamaamme havainnointiaineistoon ja kohdat, joiden sisällöstä emme voineet olla varmoja, joutuimme jättämään pois. Tällaisia kohtia ei onneksi ollut nauhoilla montaa. Kun olimme litteroineet nauhat, kuuntelimme molemmat ne vielä läpi tarkistaen, että litteraatti vastasi nauhoitteita ja ymmärtämäämme.

Litteroimisen jälkeen luimme tekstiä läpi useaan kertaan perehtyen sen sisältöön. Haastattelumateriaalia oli todella reilusti, joten sen käsittelemistä helpottaaksemme jaotelimme tekstiä karkeasti viiteen ryhmään: kättilö puhuu itsestään, hoitohenkilökunnasta, muista ammattiryhmistä, potilaasta ja organisaatiosta. Jaotelimme ryhmät ajatusten mukaan, pitämättä jaottelusta kuitenkaan tiukasti kiinni. Tätä toimintatapaa voidaan pitää aineistoon tutustumistapana, eikä vielä varsinaisena aineiston analyysinä (Ruusuvuori – Nikander – Hyvärinen 2010: 9–34). Tämän jälkeen etsimme materiaalista tutkimuskysymystemme kannalta olennaisia asioita ja karsimme epäolennaisia pois. Pelkistimme haastatteluaineistoa kahdessa erässä, ensin yksinkertaistetuiksi lauseiksi, joista oli jätetty täytesanat pois ja tämän jälkeen samoina toistuvia lauseita pelkistetyiksi käsitteiksi. (Tuomi – Sarajärvi 2018: 123; Ruusuvuori – Nikander – Hyvärinen 2010: 9–34). Pelkistetyistä vastauksista etsimme samankaltaisuuksia ryhmitellen ne alaluokiksi, jotka nimesimme sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Seuraavaksi abstrahioimme aineiston, eli käsitteellistimme sen erottelemalla tutkimuksen kannalta olennaisen tiedon ja muodostamalla näistä teoreettisia käsitteitä, yläluokkia. Viimeisenä vaiheena loimme pääluokan kattamaan kaikki yläluokat. (Tuomi – Sarajärvi 2018: 125; Ruusuvuori – Nikander – Hyvärinen 2010: 9–34.)

## 4.3 Resurssit ja aikataulu

Haimme opinnäytetyöllemme tutkimuslupaa joulukuun 2018 aikana ja saimme sen tammi-kuun 2019 lopussa. Haastattelut toteutimme helmikuun aikana 2019 ja analysoimme

haastattelumateriaalia, sekä kirjoitimme opinnäytetyötämme maalisi- ja huhtikuussa 2019. Taloudellisia kustannuksia opinnäytetyössämme oli ainoastaan haastattelukutsujen ja haastatteluiden saatekirjeiden tulostuskustannukset, alle 10€. Ajallisesti meillä oli käytössämme haastattelu-, analysointi- ja raportointivaiheeseen kahden opiskelijan kuuden viikon työtunnit, yhteensä n.540 tuntia. Haastateltavilta tutkimus vei alle tunnin verran työaikaa, muita kustannuksia HUS organisaatiolle tutkimuksesta ei kertynyt.

## 5 Tulokset

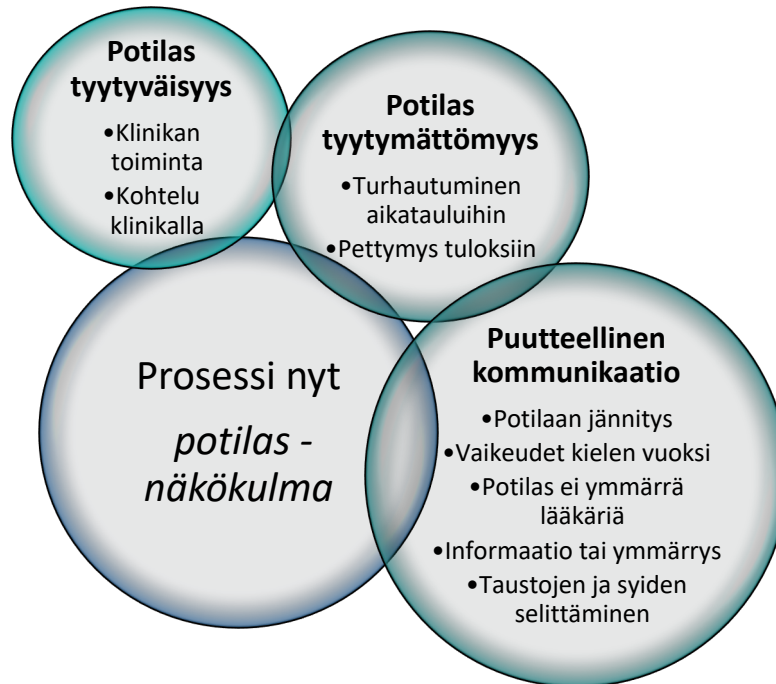
Tulokset jaottelemme tässä opinnäytetyötämme ohjaavien kysymysten mukaan. Hyvään tieteellisen käytäntöön kuuluvasti raportoimme tulokset rehellisesti ja tarkkuudella (TENK Hyvä tieteellinen käytäntö 2012: 6).

### 5.1 Hoitoprosessin nykytila

Kätilöiden kuvaukset prosessin toimimisesta tällä hetkellä jakautuivat kahteen näkökulmaan: miten prosessi toimii potilaiden kannalta ja miten kätilöiden työn kannalta. Potilas-näkökulmasta ajateltuna kätilöt toivat esille potilaiden pääasiallisen tyytyväisyyden, turhautumisen joihinkin asioihin ja puutteellisen kommunikaation aiheuttamat pettymykset ja vaikeudet.

Kätilöt kertoivat potilaiden olevan pääosin tyytyväisiä tämän hetken hoitoprosessiin. Potilailta tulee kiitosta ja hyvää palautetta ystävällisestä kohtelusta, tuesta ja kannustamisesta. Lisäksi potilaat kokevat, että heidän toiveitaan hoitoprosessissa kuunnellaan ja otetaan huomioon, vaikka aina niitä ei pystyttäkään toteuttamaan. IVF -hoidoissa olevat potilaat ovat myös pitäneet heille käyttöön otetusta digihoitopolusta, se on lisännyt tyytyväisyyttä. Osa potilaista voi kokea kirjoittamisen helpommaksi kuin puhumisen, joten etenkin heitä tämä uudistus palvelee hyvin.

Lapsettomuushoidoissa kyseessä on potilaiden elämässä isosta toiveesta, jonka täyttymistä on odotettu jo pitkän aikaa. Jos aikaa kuluu ja hoidoista ei ole saatu toivottua tulosta, kokevat asiakkaat turhautumista, uupumista ja vihaiisuutta. Lapsettomuuspoliklinikan puhelinpalvelu herättää myös asiakkaisissa turhautumista, kun heille ei voida luvata mitään takaisinsoittoaikaa. Muutenkin poliklinikan vastaanottoaikoihin kätilöt uskovat potilaiden toivovan joustoa iltojen ja viikonloppujen puolelle.



Kuvio 1. Proessin toimiminen potilas -näkökulmasta

Yksi selkeästi esiin nouseva ongelma tämän hetken hoitoprosessissa on puutteellinen kommunikaatio. Joko potilaalle ei ole annettu tarpeeksi informaatiota hänen hoitoonsa liittyvistä asioista, tai hän ei ole ymmärtänyt saamaansa informaatiota. Tämän seurauksena potilaat eivät aina esimerkiksi munasolupunktioon tullessaan ole tietoisia mitä kerätyille munasoluille seuraavaksi tehdään ja miten hoito etenee, vaan he saattavat odottaa, että hedelmöitetty munasolu siirrettäisiin vielä samana päivänä kohtuun. Tai potilaat saattavat syödä hoitoihin kuuluvia lääkkeitä tietämättä mikä lääkkeen käyttötarkoitus on. Puutteellisesta asioiden selittämisestä johtuen potilaat voivat myös kokea epätietoisuutta, tai ettei heitä hoideta, eikä heidän toivomuksiaan kuunnella, kun ei toimita heidän toiveiden mukaisesti.

Puutteelliseen kommunikaation liittyy ymmärtämisen ja ymmärretyksi tulemisen vaikeudet. Kieli ja kulttuuri nousevat selkeäksi haasteeksi. Monien potilaiden kanssa ei ole yhteistä kieltä, potilas ei välttämättä osaa lukea meidän kirjaimiamme, eikä ole mitään yhteistä kommunikointivälinettä. Toisinaan taas vaikka kielen kanssa ei olisi haastetta, voi olla että potilas ei ymmärrä lääkärin puheita. Potilas voi arastella lääkärille puhumista, eikä välttämättä tuo esille, ettei ole ymmärtänyt mitä tämä tarkoittaa. Lisäksi lääkäreiden kirjaamiset Kanta -palveluun saattavat aiheuttaa epäselvyyksiä. Näiden ymmärtämättömyyksien seurauksena potilaat soittelevat poliklinikalle kyselläkseen selvennyksiä.

Kätilöiden työn näkökulmasta hoitoprosessin toimimisessa nousevat esille erillsvastaanotot, digihoitopolku ja avun saaminen työkaverilta työn sujuvuutta lisäävinä tekijöinä. Työn sujuvuutta heikentävinä tekijöinä kätilöt kokevat toistuvat siirtymiset työpisteiltä toiselle, jatkuvan kehittämisen kuormittavuuden, puutteet työskentely-ympäristössä sekä sen, että toisinaan töitä on liikaa suhteessa työntekijöihin.



Kuvio 2. Prosessin toimiminen kätilön työn näkökulmasta

Kätilöiden työn näkökulmasta tämän hetken hoitoprosessissa nousee esille melko lähiaikoina käyttöön otetut lääkäreiden ja hoitajien erillsvastaanotot. Erillsvastaanotot tuovat mukanaan paljon hyötyjä. Hoitajat kokevat, että sekä heillä että lääkäreillä on näin paremmin aikaa käytettävissä potilaan kanssa keskustelemiseen, potilaan ohjaukseen ja potilaan kuuntelemiseen ja tukemiseen. Lisäksi hoitajilta vapautuu työaikaa, kun heidän ei tarvitse olla vastaanotolla mukana lääkärin kanssa tilanteissa, joissa heitä ei tarvita. Erillsvastaanottojen myötä potilaalla on myös mahdollisuus palata hoitajan vastaanotolla lääkärin puheisiin ja saada selvyttä mahdollisesti epäselviksi jääneisiin asioihin. Toisaalta erillsvastaanotoilla ei tiedä mitä toinen on potilaan kanssa puhunut ja jotkin asiat saattaa tulla kerrottua tuplana. Kaiken kaikkiaan erillsvastaanotot on kuitenkin koettu hyväksi.



Kätilön työn sujuvuutta tämän hetken hoitoprosessissa on myös lisännyt käyttöönotettu digihoitopolku IVF -hoidoissa oleville potilaille. Digihoitopolku on lisännyt kätilöiden työmäärää, mutta helpottanut yhteydenottoa potilaisiin. Digihoitopolun myötä kätilöiden on mahdollista vastata potilaiden kysymyksiin minä hetkenä tahansa oman työaikansa puitteissa, ilman että vastaaminen olisi riippuvainen siitä vastaavatko potilaat puhelimeen. Lisäksi digihoitopolku on vähentänyt puheluiden määrää.

Kätilöt kokevat työn sujuvuutta lisääväksi asiaksi myös mahdollisuuden saada työkaverilta apua. Jos esimerkiksi oman potilaan kanssa vastaanotto venyy jostain syystä, on mahdollista delegoida joku muu työ kollegalle.

Kätilön työn sujuvuutta heikentävänä tekijänä koetaan kätilöiden siirteleminen työpisteeltä toiselle. Sijoitukset vaihtelevat suunnitelluissa työvuorolistoissa ja vaihtelevuutta lisäävät vielä työntekijöiden poissaolot, joiden vuoksi sijoituspaikka voi vaihtua saman aamunkin aikana useampaan kertaan. Monissa työpisteissä pärjäävä kokee joutuvansa helposti siirretyksi ja toimipisteet voivat vaihtua päivittäin. Kätilön valmistautuminen työpäivään ja perehtyminen päivän potilaisiin menee hukkaan, jos aamulla joutuukin siirretyksi toiseen työpisteeseen.

Kätilöt kokevat myös jatkuvan työn kehittämisen kuormittavana. Aamujen alkaminen toistuvasti kokouksilla koetaan raskaaksi ja mieluummin kätilöt toivoisivat mahdollisuutta aamulla rauhassa perehtyä päivän potilaisiin ja työhön. Lisäksi palautteiden läpikäyminen vie paljon aikaa ja kun palautteita kuulee päivittäin, voi tulla kokemus niille turtumisesta. Myös muutoksia koetaan tulevan liikaa kerralla ja liian tiheästi, välissä olisi hyvä olla aikaa prosessoida niitä.

Järjestelmissä on myös puutteita. Puhelinpalvelu toimii huonosti, se on ruuhkainen ja on vaikeaa ehtiä hoitamaan kaikki tarvittavat puhelut päivän aikana. Lisäksi työaikaa vie useat käytössä olevat ohjelmat, joihin asioita pitää kirjata ja niiden myötä syntyvä päällekkäin kirjaaminen. Usean ohjelman käyttämisen koetaan olevan hankalaa ja digihoitopolun kanssa on toisinaan teknisiä ongelmia. Lisäksi vaikka erillivastaanotot koetaankin hyväksi, tuovat ne myös toisinaan mukanaan tuplana tehtyä työtä, kun kätilö ei ole tietoinen mistä lääkäri on potilaan kanssa puhunut ja saattaa käydä läpi samoja asioita.

Työn sujuvuutta heikentää myös puutteet henkilökunnan määrässä. Kätilöt kertovat, että toisinaan työtä on liian paljon päivälle ja kiire taas heikentää mahdollisuuksia huomioida

potilaan tarpeita, toiveita ja mielipiteitä. Organisaatio kasvaa jatkuvasti ja toisinaan pehdytettyjä hoitajia on liian vähän suhteessa työmäärään. Lääkäreitäkin on toisinaan liian vähän ja lääkäreillä on kiire, niin etteivät he pysty ottamaan kantaa potilaiden jatkoasioihin. Myös biologien tavoitettavuus puhelimella on välillä haastavaa ja heille soittaessaan pelkää keskeyttävänsä ratkaisevan hetken solulaboratoriossa.

## 5.2 Asiakslähtöisyyden toteutuminen hoitoprosessissa

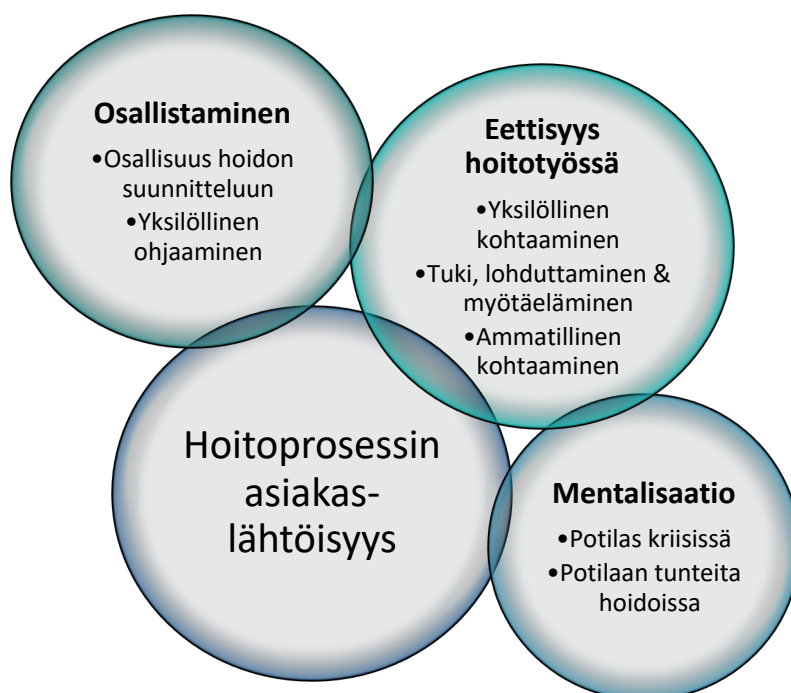
Lapsettomuuspotilaan hoitoprosessin asiakslähtöisyyden toteutumisen kuvaamista varten analysoimme sisällönanalyysin keinoin ensin, että mitä kättilöt ajattelevat asiakslähtöisyyden tarkoittavan käsitteellisellä tasolla. Tämän jälkeen analysoimme kättilöiden kokemuksia asiakslähtöisyyden toteutumisesta käytännön tasolla prosessissa.

Asiakslähtöinen lapsettomuuspotilaan hoitotyö kuvautuu kättilön mentalisaatiokykyinä, potilaan osallisuutena sekä ammatillisena eettisyytenä. Lapsettomuus voi tuoda tullessaan suuren kriisin parin elämään. Toive lapsesta on voimakas ja odottaminen voi tuntua todella raskaalta. Lapsettomuushoidot itsessään myös haastavat monia eri osa-alueita elämässä, kuten parisuhdetta ja taloutta, ja kuormittavat myös työelämää. Kättilöt kokevat tärkeänä ymmärtää ja huomioida näitä potilaiden tunteita hoitotyössään.

Monet lapsettomuuspotilaat ovat hyvin tiedostavia ja kiinnostuneita omasta hoidostaan. Heillä voi olla paljon omia näkemyksiä siitä, miten hoitoa pitäisi toteuttaa ja heille olisi tärkeää tulla kuulluksi ja ymmärretyksi. Lapsettomuushoidoissa hoitolinjaukset kuitenkin perustuvat lääketieteeseen ja resurssit ovat rajalliset, joten esimerkiksi turhia tutkimuksia ei tehdä ilman lääketieteellistä perustetta. Mikäli ei voida toimia potilaan toiveiden mukaisesti, tulisi hänet saada ymmärtämään minkä vuoksi. Osa potilaista kokee menettävänsä päätösvaltansa hoidoissa, mutta suurin osa kuitenkin ymmärtää miksi ei voida tehdä hänen toiveidensa mukaisesti, jos syyt vain heille selitetään. Asiakslähtöisyyden kannalta olisi kuitenkin tärkeää, että potilaat kokisivat olevansa aidosti osallisina omassa hoidossaan.

Potilaan osallistamiseen kuuluva yksi tärkeä osa-alue on potilaan yksilöllinen ohjaaminen. Potilaat tulevat erilaisista taustoista ja heidän tietämyksensä asioista vaihtelee. Potilaan ajatukset voivat välillä perustua väriin tietoihin tai uskomuksiin, mihin monesti auttaa tiedon jakaminen ja keskustelu. Ohjaamistilanteissa kättilöt pyrkivät varmistamaan,

että potilas ymmärtää ohjauksen sisällön ja tarvittaessa käyvät läpi asiaa niin monta kertaa kuin on tarvetta. Potilaita on myös paljon eri kulttuureista ja heille voi nousta hyvinkin erilaisia toiveita ja ajatuksia liittyen kulttuuritaustaansa. Vaikeudeksi voi nousta esimerkiksi miespuolinen lääkäri tai biologi. Kätilöt pyrkivät ymmärtämään toiveita potilaiden kulttuurin kautta ja miettiä pystyykö niitä toteuttamaan.



Kuvio 3. Asiakaslähtöisyys hoitoprosessissa

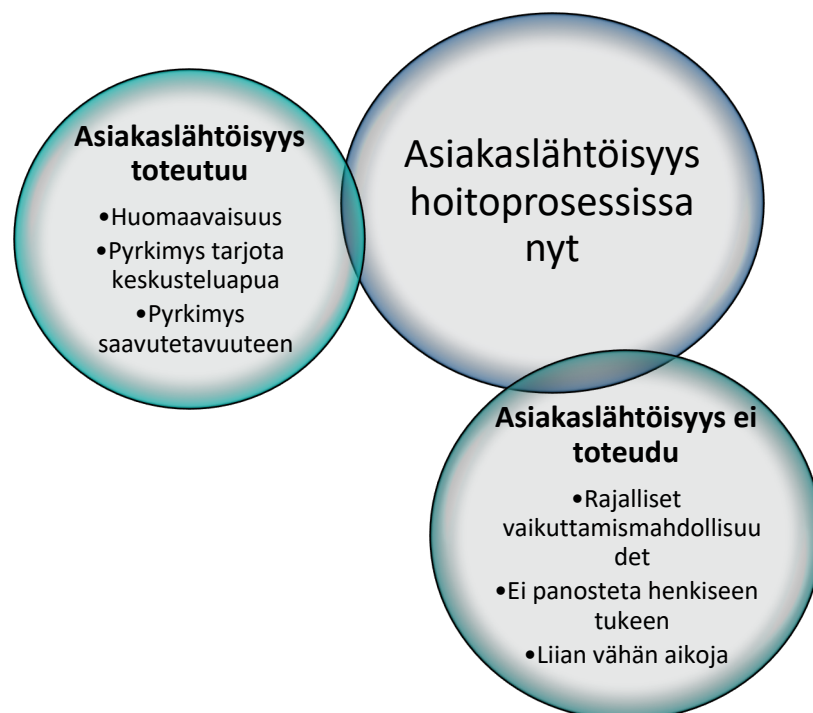
Eettisyyden tulisi myös näkyä vahvasti asiakaslähtöisessä hoitotyössä. Potilaat tulisi kohdata yksilöllisesti ja ajan kanssa, pyrkien kiireettömyyteen ja tunnelman rentouttamiseen. Kätilöt tuovat myös esille, että puhelut ja ohjaus digihoitopolulla eivät voi koskaan täysin korvata kasvokkain tapahtuvaa kohtaamista. Potilaat kaipaavat kätilöiltä paljon tukea, lohduttamista ja myötäelämistä. Hoitojen tulokset tulevat yllätyksenä kaikille ja huonot tulokset voivat olla potilaalle tyrmääviä. Kätilöt jakavat potilaiden jännitystä, iloja ja suruja hoitojen aikana. Kätilöt kertovatkin raskauden onnistumisesta ilmoittamishetken olevan iloisin tai surullisin hetki yhteistyössä.

Eettiseen työskentelyyn kuuluu kohdata potilas ammatillisesti. Potilaat tuntevat ja miettivät paljon ja kätilön tulee se tiedostaa ja huomioida. Väliillä potilaat voivat kokea, etteivät

jaksa hoitoja yhtään enää ja kätilöt pyrkivät siinä tilanteessa heitä tukemaan ja kannustamaan. Kätilöt kuuntelevat ja ottavat vastaan myös potilaiden negatiivisia tunteita, pettymystä ja vihaisuutta. He kokevat, että potilaan tulisi voida ilmaista huonoa oloaan ja toivovat voivansa olla se ihminen, jolle potilas voi purkautua.

Ammatilliseen kohtaamiseen kuuluu hoitosuhteen merkityksellisyys. Kätilö on potilaan henkisenä tukena vastaanotolla, kannustaa kannustamista tarvitsevaa potilasta ja on läsnä potilaalle. Toimenpiteissä potilaat ilmaisevat ilahtumista, jos mukana on tuttu hoitaja ja kätilöt uskovat tutun hoitajan läsnäolon tuovan turvallisuuden tunnetta. Kätilöt pyrkivät toteuttamaan potilaiden toiveita, vaikka se vaatiikin heiltä ylimääräistä vaivannäköä. He toivovat potilaiden kokevan, että toiveita yritetään toteuttaa, vaikka se ei aina olekaan mahdollista. Lisäksi kätilö toimii toisinaan tulkkina ja viestinviejänä potilaan ja lääkärin välillä.

Käytännön tasolla asiakaslähtöisyys toteutuu tällä hetkellä hyvin potilaiden kohtaamisessa. Kätilöt pyrkivät tapaamaan potilaat yksilöinä, huomioimaan heidän elämänsä kokonaisuutena ja ajatella potilaan parasta. Lisäksi kätilöt pyrkivät resurssiensa puitteissa antamaan potilaille keskusteluapua. He pyrkivät huomioimaan potilaiden tilannetta ja rohkaista potilaita kertomaan tuen tarpeestaan, vaikka vastaanottoajat ovatkin lyhyet. Lisäksi digihoitopolun kautta pyritään parempaan saavutettavuuteen ja sitä kautta potilaat voivat myös keskustella ja saada tukea.



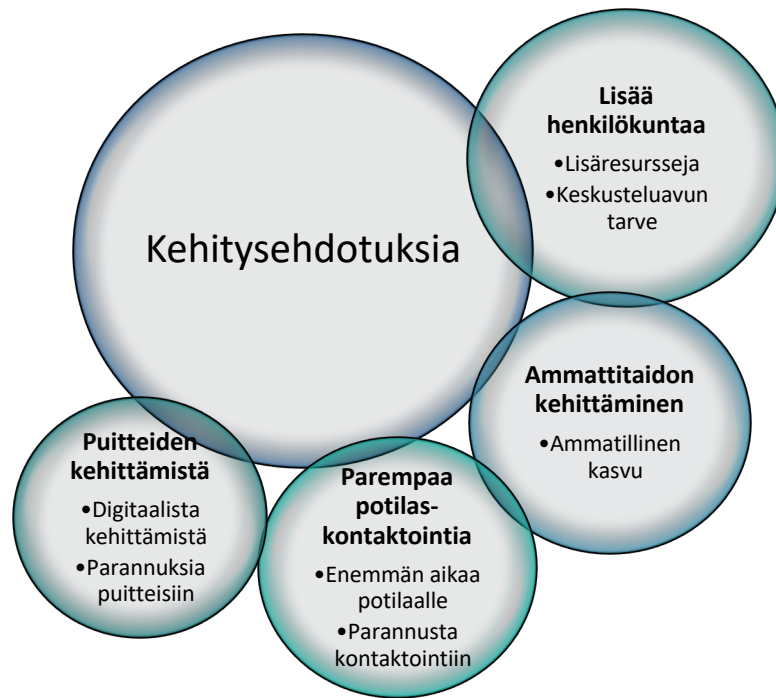
#### Kuvio 4. Asiakslähtöisyyden toteutuminen hoitoprosessissa

Vaikka kättilöt pyrkivät parhaansa mukaan tarjoamaan potilaille myös keskusteluapua, on asiakslähtöisyyden toteutumisessa suuri puute henkisen tuen kohdalla. Kättilöt kokevat, että poliklinikalla ei ole mahdollisuutta panostaa potilaan henkiseen tukeen ajanpuutteen ja terapeutin tai vastaavan koulutetun keskusteluavun puuttumisen vuoksi. Potilaiden vaikutusmahdollisuudet hoitoprosessissa ovat myös rajalliset ja osa potilaista kokeekin jääneensä ulkopuolelle oman hoitosuunnitelmansa tekemisessä. Toisinaan potilaat myös kokevat, ettei hoito ole ollut yksilöllistä.

Asiakslähtöisyyden toteutumiseen vaikuttaa myös huomattavasti vastaanotto- ja puhelinaikojen vähyys. Lääkäreiden puhelinajat ja kaikki vastaanottoajat ovat aina täynnä. Tästä johtuen asiakkaiden ajanvaraustoiveita ei aina ole mahdollista toteuttaa ja jonot hoitoihin on edelleen pitkät, vaikka ovatkin lyhentyneet siitä, mitä ovat olleet aikaisemmin.

#### 5.3 Kehitysehdotuksia hoitoprosessiin

Kättilöiden kehitysehdotukset asiakslähtöisyyden parantamiseen tulivat esille henkilökunnan lisäämisen, puitteiden kehittämisen, potilaskontaktin parantamisen ja ammattitaidon lisäämisen kautta. Potilaiden henkiseen tukemiseen kättilöt toivoisivat parannusta. Potilaat kohtaavat hoitoprosessissa äkillisiä kriisitilanteita, jolloin he tarvitsisivat keskusteluapua heti. Klinikalla toivottaisiin olevan fyysisesti joku keskusteluapua antava, mieluiten lapsettomuushoitoprosessiin perehtynyt terapeutti. Myös toivomus seksuaaliterapeutista tai seksuaalineuvojasta tuotiin esille. Kättilöt kokivat, että lapsettomuuspoliklinikalla tulisi voida tarjota enemmän henkistä tukea. Yksi keino tähän olisi hoitajaresurssien lisääminen, jotta hoitajilla olisi aikaa paremmin kuunnella ja tukea potilaita.



Kuvio 5. Kehitysehdotuksia lapsettomuuspotilaiden hoitoprosessiin

Keskusteluavun lisäksi henkilöstöön kaivattaisiin myös konsultoitava biologi. Tällä hetkellä biologisten tavoittaminen puhelimella on toisinaan haasteellista ja kätilöt pelkäävät keskeyttävänsä jonkun tarkan ja tärkeän työvaiheen, joten olisi hyvä olla erikseen biologi, ketä voisi konsultoida ilman tätä pelkoa<sup>9</sup>. Myös potilaat haluaisivat olla enemmän yhteydessä biologeihin ja saada heiltä tietoa hedelmöitysprosessin kulusta.

Puitteiden kannalta kätilöt toivoisivat sekä oman työnsä, että potilaiden kannalta toimivampia seurantatiloja, joissa mahtuisi paremmin työskentelemään, eikä potilaiden tarvitsisi olla seurantahuoneessa niin lähekkäin. Puitteisiin liittyen kätilöt kaipaivat myös aulaan henkilöä. Tullessaan hoitoon potilaat tällä hetkellä ottavat kätilöihin kontaktia, kyselevät ja ovat eksyneitä, joten aulassa olisi hyvä olla jonkun, joka voisi heitä opastaa. Potilaiden kannalta mahdollisesti jonkun kanssa jutteleminen voisi myös hieman lievittää jännitystä.

Kätilöt toivoisivat parannuksia digitaalisiin palveluihin. Tietoa tulisi olla enemmän saatavilla sähköisesti ja olisi hyvä myös, jos ajanvarausjärjestelmän saisi siirrettyä sähköiseen muotoon potilaiden saataville. Jos potilaat voisivat itse varata ja siirtää aikoja internetissä poliklinikalle soittamisen sijaan, säästyisi kätilöiden työaikaa. Digihoitopolku on koettu

todella hyväksi lisäksi hoitoprosessiin ja sitä toivotaan edelleen kehitettävän ja laajennettavan IVF -potilaista muihinkin lapsettomuushoitopotilaisiin.

Potilaskontaktien kannalta kätilöt toivoisivat sekä heille, että lääkäreille enemmän aikaa potilaskohtamisiin, jotta olisi mahdollista paremmin hoitaa ja tukea potilaita. Lääkäreiden ajanvarauslistoja pitäisi saada väljemmiksi, jotta lääkäreillä olisi aikaa hyvää kommunikointia ja jotta etenkin erikoistuvien lääkäreiden vastaanotot eivät olisi jatkuvasti myöhässä. Kätilöt myös toivoisivat, että olisi mahdollista antaa potilaille hoitojen aikana ja väleissä välikäyntejä silloin, kun potilailla on sellaiselle tarvetta. Tällä hetkellä hoitojen aikana potilaat käyvät lähinnä vain ultraäänessä lääkärin luona.

Oman työnsä kannalta kätilöt haluaisivat työskennellä hieman pysyvämmissä toimipisteissä. He kokevat tämän hetken sijoitukset pomppiviksi ja uskovat, että niin he itse kuin myös potilaatkin hyötyisivät siitä, että hoitajat eivät aina vaihtuisi. Jotta toimipisteiden olisi mahdollista olla pysyvämpiä, tulisi henkilökuntaa olla resursoituna tarpeeksi myös poissaolojen korvaamiseen.

Puhelinpalvelun kätilöt kokevat toimivan todella huonosti ja siihen he kaipaivat parannusta. Tällä hetkellä potilaille ei voida taata minkäänlaista takaisinsoittoaikaa, mikä saa potilaat turhautumaan. Ehdotuksena olisikin, että jos puhelinpalvelussa olisi mahdollista kertoa asiakkaille edes joku aikahaarukka minkä välissä soitetaan takaisin. Esimerkiksi 20 ensimmäiselle sanoa, että soitetaan ennen klo 13 ja 20 seuraavalle klo 13 jälkeen.

Ammattitaidon kehittymisen kannalta ehdotuksena olisi, että kokeneemmat kätilöt perehdyttäisivät uusia tulokkaita. Näin kokeneet hoitajat saisivat jaettua hiljaista tietoa uudemmille. Lisäksi he näyttäisivät esimerkkiä lääkärin kanssa toimimisesta, jotta hoitajan suhde lääkäriin ei ajautuisi liian virkamiesmäiseksi, vaan työskentelyilmapiiri voisi olla rento. Ammattitaidon kehittymiseksi olisi kätilöiden mielestä hyvä myös saada säännöllistä työnohjausta, joka mahdollistaisi arvoista, asenteista ja eettisistä asioista keskustelemisen.

## 6 Pohdinta

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tuloksena syntyi yhden yliopistosairaalaan lapsettomuushoitoprosessin nykytilan ja asiakaslähtöisyyden kuvaus. Opinnäytetyö vastaa kysymyksiin: Miten kätilöt kuvaavat lapsettomuuspotilaan hoitoprosessin nykytilaa? Miten asiakaslähtöisyys lapsettomuuspotilaan hoitoprosessissa toteutuu kätilöiden näkökulmasta? Millaisia kehitysehdotuksia kätilöillä on lapsettomuuspotilaan hoitoprosessiin?

#### 6.1.1 Arvoa

Haastatteluaineistomme pohjalta kätilöiden kokemus asiakaslähtöisestä lapsettomuuspotilaan hoitotyöstä on mentalisaatiota, potilaan osallistamista sekä hoitotyön eettisyyttä. Tulos näyttää olevan linjassa niin ihmisarvon kunnioituksen periaatteen (ETENE 2001) kuin tutkimustenkin suhteen, joissa vuorovaikutussuhdetta potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä on kuvattu ja henkilöstön ammattiosaaminen sekä tiedonjako näyttäytyvät asiakaslähtöisyyden päätekijöinä. (Dancet ym 2011; Dancet ym. 2012.)

Mentalisaation käsitteen alle tässä opinnäytetyössä nousi kätilöiden tieto lapsettomuuskriisistä ja ymmärrys potilaan tunteista. Tieto auttaa kätilöitä asettumaan potilaan asemaan ja kuvittelemaan tunteita näkyvän käytöksen takana. (Pajulo – Salo – Pyykkönen 2015: 1050–1056.) Kätilöiden kuvaamat tunteet potilailla kulkevat rinnan aiheesta kertovan kirjallisuuden kanssa. Lapsettomuushoidot kuormittavat potilaiden elämää monin tavoin ja potilaiden voimakkaatkin tunneilmaisut saattavat purkautua hoitohenkilökuntaan. (Tiitinen – Savolainen-Peltonen 2019; Pruuki – Tiihonen -Tuominen 2015: 2-15.) Kätilöt pitävätkin potilaiden tunteiden huomioimista ja ymmärtämistä tärkeänä. Jotta vihaa ja pettymystään ilmaisevan potilaan käytöksen taakse kykenee näkemään, vaaditaan kätilöiltä hyvää mentalisaatiokykyä (Pajulo – Salo – Pyykkönen 2015: 1050–1056).

Potilaan osallisuuden merkitys ja ymmärrys osallistamisen tärkeydestä terveydenhuollossa laajenee jatkuvasti (ETENE 2018; WHO 2015a & 2015b; HOTUS; Edistä, ehkäise ja vaikuta 2016: 92-94) ja tutkimusten mukaan asiakaslähtöisyys nostaakin jo käsitteenä potilaan aktiiviseksi toimijaksi (Koivunen 2017). Tässä opinnäytetyössä kätilöiden ymmärrys osallistamisen merkityksestä näyttäytyy ymmärryksenä potilaan oikeuksista ja



heidän kokemusmaailmastaan, sekä pyrkimyksenä edistää potilaiden osallisuutta esimerkiksi laadukkaan ja yksilöllisen ohjauksen keinoin.

Hoitotyön eettisen arvopohjan (ETENE 2001) näkyminen kätilöiden päivittäisessä työssä lapsettomuushoitoprosessissa vaikuttaa tämän opinnäytetyön tuloksien perusteella sisältyvän kätilöiden käsitykseen asiakaslähtöisyydestä. Kätilöiltä kaivataan tukea, lohtua ja myötäelämistä kaikissa hoidon vaiheissa ja heillä on sekä halua että pyrkimystä vastata näihin potilaan tarpeisiin ammattieettisestikin kestäväällä tavalla. Hoitosuhteen merkityksellisyyttä kuvaavat yhdessä koetut tunteet sekä ilon että surun hetkillä ja potilaan ilahtuminen tutuista kasvoista jännittävällä hetkellä. Aiemmat tutkimukset potilaskohtaamisen merkityksistä todentavat kätilöiden kertomaa. Lapsettomuuspotilaat kaipaavat usein tukea jaksamiseen läheistensä lisäksi lapsettomuusklinikan henkilökunnalta (Miettinen 2001). Hoitohenkilökunnan empaattinen, eli laadukas potilaskohtaaminen tarkoittaa kiinnostuneisuutta potilaasta ihmisenä, hänen huoliensa ymmärtämistä, välittämistä sekä kuuntelua (Rakel ym. 2009; Rakel ym. 2011).

#### 6.1.2 Hukkaa ja kehitettävää

Lean ajattelun mukaisesti asiakaslähtöisyyteen pyritään karsimalla prosesseista asiakkaalle arvoa tuottamatonta toimintaa, hukkaa, sekä kehittämällä arvoa tuottavia elementtejä. Tämä opinnäytetyö valottaa lean -tiimille nykytilaa arvovirtakartoituksen luomisen avuksi Lisääntymislääketieteen yksikön lapsettomuushoitoprosessia kätilöiden näkökulmasta ja tuo esiin myös näitä hoitoprosessin sujuvuutta heikentäviä tekijöitä, kuitenkin määrittelemättä tai lokeroimatta niitä sen tarkemmin.

Prosessin sujuvuuden esteitä nousee tämän opinnäytetyön tuloksista vuorovaikutuksen haasteina ja puutteellisena kommunikointina, potilaiden tyytymättömyytenä, työn liiallisena kuormituksena sekä puutteina työympäristössä.

Den Breejenin ym. (2013) tekemässä tutkimuksessa sekä lapsettomuushoidoissa olevat potilaat että henkilökunta nostivat asiakaslähtöisyyden tärkeimpien kriteereiden joukkoon potilaiden informoimisen ja kommunikaation. Haastattelemamme kätilöt kokevat vuorovaikutuksessa ja kommunikoinnissa olevan puutteita, jotka näyttäytyvät potilaiden epätietoisuutena, kokemuksena ettei heitä hoideta, tai he eivät joko saa, tai ymmärrä saamansa ohjausta. Kätilöt kertovat osan potilaista tällä hetkellä mahdollisesti kokevan

päätöksenteon, sekä hoitopolun kaavamaisena. Kuitenkin asiakaslähtöisessä hoitotyössä potilaan tulisi olla aktiivisessa roolissa ja hänellä tulisi olla mahdollisuus aidosti osallistua prosessiin sen kaikissa vaiheissa (Koivunen 2017).

Tuloksista kävi ilmi, että kiireen mukanaan tuoma kuormitus uuvuttaa kättilöitä. Lisäksi työpisteeltä toiselle siirteleminen, jota henkilöstövaje vielä lisää, koetaan asiakaslähtöisen hoitotyön esteenä. Työympäristön puutteina esiin tulee hankalasti löydettäviä ja sekkavia potilasohjeita, päällekkäiskirjaamista ja tuplana tehtyä työtä. Pitkään jatkunut muutosprosessi ja työnkehittämien nähdään tällä hetkellä kuormittavana. Työntekijöiden ylikuormitus lisää virheitä, eikä kuormittunut henkilöstö kykene työnsä kehittämiseen (Torkkola 2015: 25). Tämän opinnäytetyön aineistosta ei ilmene miten kättilöitä on valmennettu muutosprosessiin. Henkilökunnan sitouttaminen muutosprosessiin on kuitenkin edellytys Lean -ajattelun juurruttamiseksi organisaatioon (Grabán 2016).

Tässä opinnäytetyössä nousee myös esille lapsettomuushoitoprosessin kehittämiskohteita. Hiljattain käyttöön otetut erillisvastaanotot koetaan hyviksi ja asiakaslähtöisyyttä sekä työn sujuvuutta edistäviksi. Vakioimalla ammattiryhmien potilasohjausta erillisvastaanotoista ainoana miinuksena näyttäytyvä mahdollisesti tuplana tehty työ voitaisiin saada minimoitua (Suneja, A – Suneja, C. 2017).

Digitaalisiin palveluihin panostamisella uskotaan olevan merkitystä hoitoprosessin asiakaslähtöisyydelle. Ajanvarauksen siirtäminen sähköiseksi ja enemmän potilaiden hallintaan sopisi kättilöiden mukaan tälle potilasryhmälle hyvin, samalla hukkatyötä saataisiin poistettua. IVF- digihoitopolku on koettu pääasiassa positiiviseksi uudistukseksi ja digihoitopolkujen kehittäminen edelleen nähdäänkin asiakaslähtöisenä ja kättilöt ovat innokkaita niihin myös panostamaan.

Kättilöt näkevät potilaskontakteissa kehitettävää, aikaa laadukkaaseen potilaskohtaamisen tuntuu olevan liian niukasti kaikilla hoitoon osallistuvilla ammattiryhmillä. Erikoistuvien lääkäreiden tiukat ajanvarauslistat nähtiin yksittäisenä tekijänä asiakaslähtöisyyden esteenä, ne johtavat myöhästymisiin ja asiakaslähtöisyyden heikkenemiseen. Ihminen ei kykene kiireessä aitoon läsnäoloon, joka mahdollistaisi potilaalle merkityksellisyyden kokemuksen (Salonen 2017:46–47). Myös mahdollisuutta tarjota potilaille välikäyntejä pidetään hyvänä mahdollisuutena vastata potilaiden tarpeisiin.

Tuloksista ilmenee, että kättilöt pyrkivät resurssien ja parhaan taitonsa puitteissa tarjoamaan potilaille keskusteluapua ja henkistä tukea. Organisaatio ei kuitenkaan näytä tarjoavan riittävästi tukea ja mahdollisuuksia kättilöille, eikä asiakkaille ole tarjota sairaalapastorin yhteystietojen lisäksi muita mahdollisuuksia ammattilaisen antamalle psykososiaaliselle tuelle. Myöskään kättilöillä käytettävissä oleva aika ei näytä aina riittävän lapsettomuuspotilaiden kaipaaman keskusteluavun tarjoamiseen. Kättilöiden kehitysehdotuksista merkittävimmäksi esiin nousee tarve Lisääntymislääketieteen yksikössä fyysisesti paikalla olevaan terapeutista apua tarjoavaan ammattilaiseen. Ammattinimikkeessä oli vaihtelua seksuaaliterapeutin, -ohjaajan, psykologin ja psykiatrisen sairaanhoitajan välillä. Samaa mieltä kättilöt kuitenkin olivat siitä seikasta, että henkistä tukea tarjoavalla henkilöllä tulisi olla hyvä lapsettomuskriisin ja lapsettomuuspotilaiden hoitoprosessien tuntemus.

Kättilöiden toive korreloi vahvasti kirjallisuuden ja tutkimustulosten kanssa. Lapsettomuskriisin käsittely voi toisinaan vaatia syvempää terapeutista työskentelyä ja osavaan ammattilaiseen turvautumista (Tiitinen – Savolainen-Peltonen 2019). Kanadalaisessa tutkimuksessa lapsettomuuspotilaiden raportoitiin toistuvasti saaneen kuulla, ettei henkistä tukea ole tarjota heidän toiveistaan huolimatta (Read ym. 2014). Miettisen (2011) odotuksia, epäilyjä ja pelkoja käsitelleen tutkimuksen mukaan tukea elämäntilanteeseen kaivataan läheisten lisäksi lapsettomusklinikan henkilökunnalta. Kättilöt toivat toistuvasti esille hoitojen kuormittavan potilaita niin henkisesti, fyysisesti, kuin parisuhteenkin kannalta. Alankomaissa tehdyssä tutkimuksessa todettiin päätöksen hoitojen lopettamisesta liittyvän lähes aina potilaan henkiseen uupumukseen tai parisuhteen ongelmiin, ei niinkään asiakaslähtöisyyteen tai muuhun lapsettomusklinikan toimintaan (Huppelschoten ym. 2013).

Uusien tulokkaiden perehdyttäminen kokeneempien kättilöiden toimesta nähtäisiin mahdollisuutena parantaa moniammatillisen tiimin työskentelyä, sekä ilmapiiriä. Vaikeasti siirrettävissä olevaa hiljaista tietoa voisi myös pyrkiä näin jakamaan. Lisäksi ammattitaidon kehittymiseksi olisi kättilöiden mielestä hyvä saada säännöllistä työnohjausta, joka mahdollistaisi arvoista, asenteista ja eettisistä asioista keskustelemisen. Kollegiaalisuus ja moniammatillinen arvostava kanssakäyminen tuottavat asiakaslähtöistä, hyvää hoitoa. (ETENE 2001: 12–15.) Kättilöt kokevatkin kollegoiden olevan tukena ja apuna tarvittaessa.

## 6.2 Luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden kriteereillä (Kylmä – Juvakka 2012: 127). Opinnäytetyömme uskottavuutta vahvistaa se, että haastattelut suoritti kaksi haastattelijaa, jotka molemmat sekä äänittivät että tekivät muistiinpanoja näiden aikana (Lempiäinen – Löytty – Kinnunen 2008: 245).

Kirjasimme tutkimusprosessin ja analyysin vaiheet selkeästi tähän opinnäytetyöraporttiin. Koostimme vastauksista myös analyysitaulukon, josta lukija voi seurata miten luokittelimme haastatteluiden vastaukset ja päädyimme tuloksiimme (Liite 5). Tällä halusimme lisätä opinnäytetyömme vahvistettavuutta, vaikkakin vahvistettavuus on osittain ongelmallinen kriteeri, sillä laadullisessa tutkimuksessa toinen tutkija saattaa tulkita samaa aineistoa eri tavalla. (Kylmä – Juvakka 2012: 129.)

Työmme luotettavuutta lisää se, että emme itse valikoineet haastateltaviamme, vaan haastateltavaksi valikoitui ensimmäiset vapaaehtoisiksi ilmoittautuneet. Haastateltavilla oli kaikilla 4 vuodesta ylöspäin työkokemusvuosia lapsettomuushoitajien parissa, joten heiltä löytyi jo paljon näkemystä prosessin kulusta ja toimimisesta. Toisaalta opinnäytetyöhömmme ei sitä kautta tullut tuorempien kättilöiden näkökulmaa prosessista, minkä tosin isolta osin rajasi pois myös tutkimuskriteerimme kahden vuoden kokemuksesta.

Haastattelut toteutuivat suljetussa huoneessa, jossa olivat vain haastattelijat ja haastateltava, joten ulkopuolisten henkilöiden läsnäolo ei päässyt vaikuttamaan kättilön vastauksiin. Valitettavasti pariin otteeseen joku ulkopuolinen klinikan työntekijä tuli käymään huoneessa kesken haastattelun, mutta näissä tilanteissa keskeytimme haastattelun ja jatkoimme kun olimme taas kolmissa. Haastattelutilannetta olisi kuitenkin parantanut, jos huone olisi valittu niin, että näitä keskeytyksiä ei olisi päässyt käymään.

Haastattelukysymykset olivat avoimia, joten omat mielipiteemme ja ajatuksemme aiheesta eivät päässeet muokkaamaan kättilöiden kertomia asioita. Analyysivaiheessa pyrimme tarkasti pelkistämään vain sen, mikä tulee selvästi sanotuksi tekemättä omia oletuksia ja johtopäätöksiä, jotka voisivat poiketa kättilön todellisista sanomisista. Reflektoimme pelkistämiämme lauseita toistemme kanssa, jolloin toisen oli mahdollista huo-

mata, mikäli pelkistämässä oli käytetty liikaa omaa tulkintaa. Toki laadullisessa tutkimuksessa tutkija aina enemmän tai vähemmän tulkitsee aineistoa. (Ruusuvoori – Nikander – Hyvärinen 2010: 13-17.)

Oma kokemattomuutemme haastattelijoina vaikutti aineistoon siinä mielessä, että emme haastattelutilanteessa osanneet huomioida haastateltavien kesken jääneitä lauseita ja pyytää niihin tarkennuksia. Näin ollen materiaalista löytyi paljon kättilöiden ajatuksia, jotka uskoimme ymmärtävämmä, mutta joita emme voineet käyttää aineistona liian ison oman tulkinnan riskin vuoksi.

### 6.3 Eettisyys

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme noudattaneet hyvää tieteellistä käytäntöä. Olemme ottaneet muiden tutkijoiden työt asianmukaisesti huomioon, työ on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti ja rahoitukset ym. sidonnaisuudet on ilmoitettu. Tämän lisäksi opinnäytetyö on tehty tieteellisten toimintatapojen mukaisesti, eli rehellisesti, huolellisesti ja tarkkuudella. (TENK Hyvä tieteellinen käytäntö 2012: 6.) Olemme hakeneet ja saaneet opinnäytetyöllemme tutkimusluvan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin tutkimuslupakäytännön mukaisesti (Tutkimusluvan hakeminen).

Eettisenä lähtökohtana haastatteluissa oli osallistumisen vapaaehtoisuus ja osallistujien tietoinen suostumus. Selvitimme jokaiselle haastateltavalle tutkimuksen kulun ja mahdollisuuden kieltäytyä tai keskeyttää opinnäytetyöhön osallistuminen missä vaiheessa tahansa (Leino-Kilpi – Välimäki 2014: 368). Informoimme haastateltavia kirjallisesti ja suullisesti, jonka jälkeen pyysimme heiltä suostumuksen kirjallisen suostumuslomakkeen avulla (Tutkittavien informointi). Lisäksi eettisiin lähtökohtiin kuuluen, kohtelimme haastateltavia oikeudenmukaisesti ja tasa-arvoisesti, pitäen huolta heidän anonymiteetistään (Leino-Kilpi – Välimäki 2014: 368). Muutimme haastattelut litterointivaiheessa anonyymeiksi, säilytimme haastatteluaineistoa ulkopuolisilta suojattuna ja työn lopuksi hävitimme haastattelunauhut ja haastatteluaineiston.

### 6.4 Johtopäätökset

Opinnäytetyömme tulosten perusteella päädyimme seuraaviin johtopäätöksiin:

- Kätilöt pyrkivät ja haluavat toteuttaa asiakaslähtöistä lapsettomuuspotilaan hoitotyötä, mutta organisaation tuki prosessissa koetaan tällä hetkellä riittämättömäksi.
- Lapsettomuuspotilaat tarvitsevat hoitoprosessissa runsaasti psykososiaalista tukea ja sitä tulisi olla tarjolla.
- Lapsettomuuspotilaiden hoitotyö on henkisesti kuormittavaa ja hoitohenkilökunnalle tulisi olla tarjolla sekä henkilökohtaista että tiimikohtaista työnohjausta.
- Lean -valmentajien tehokkaammalla käytöllä voisi olla merkitystä kätilöiden kokemaan kuormitukseen muutosprosessissa ja heidän sitoutuminen jatkuvaan oman työn kehittämisen -ideologiaan mahdollistaisi aidon Leanissakin keskeisen periaatteen toteutumisen -tavoitellaan ideaalia yhteistyöllä.

#### 6.5 Jatkotutkimuskysymykset

Suomessa on tehty hyvin niukasti tutkimusta lapsettomuuspotilaiden tunteista ja kokemuksista lapsettomuushoidoissa. Aihetta olisikin tärkeää tutkia, jotta palveluita voitaisiin kehittää aidosti asiakaslähtöisemmiksi.

Opinnäytetyöprosessin aikana tarkasteluun nousi myös hoitajien ammatti-identiteetin kehittyminen poliklinikkatyössä ja sen merkitys asiakaslähtöisyydelle. Tutkimalla näitä, voitaisiin hoitoprosesseja kehittää entistä tehokkaammin.

Hoitotyöntekijöiden mentalisaatiokyvyn eli reflektiivisen kyvyn tutkimusta ei myöskään ole juurikaan löydettävissä psykiatria tai terapiatyöskentelyä lukuunottamatta, aiheen tutkiminen olisi ajankohtaista ja mahdollisesti asiakaslähtöisyyden kannalta merkitsevää.

#### 6.6 Tutkimuksen hyödyntäminen

Tutkittavien määrä oli sopiva opinnäytetyölle, mutta aineisto oli kuitenkin laajuudeltaan vähäinen. Tästä johtuen todellista saturaatiota ei synny, eikä tuloksia todennäköisesti tulisi pitää tieteellisesti merkittävänä. (Tuomi – Sarajärvi 2018: 97–100.)

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa lapsettomuuspotilaan hoitoprosessin asiakaslähtöisyydestä HUS Naistentaudit ja synnytykset -tulosyksikölle. Tuloksista nousi esille lapsettomuuspotilaiden hoitoprosessissa esiintyviä arvoa tuottavia elementtejä, sekä hukkia. Tätä tietoa on mahdollista hyödyntää nykytilan arvovirtakartoituksen luomiseen ja lapsettomuushoitojen poliklinikkatyöhön.

## Lähteet

2018 Vuosikertomus HUS 2019. Verkojulkaisu <<https://www.hus.fi/hus-tietoa/materiaalipankki/vuosikertomukset/Documents/HUS%20Vuosikertomus%202018.pdf>>

Alastalo, Marja – Åkerman, Maria – Vaittinen, Tiina 2017. Asiantuntijahaastattelu. Teoksessa Hyvärinen, Matti – Nikarder, Pirjo – Ruusuvuori, Johanna (toim.). Tutkimus-haastattelun käsikirja. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Vastapaino.

Ammattietiikka. ETENE. Verkkodokumentti. <<https://etene.fi/ammattietiikasta>>. Luettu 25.4.2019.

Asiakkaat ja osallisuus. THL. Verkkodokumentti. <<https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/asiakkaat-ja-osallisuus>> Luettu 17.4.2019

Dancet, E.A.F – Van Empel, I.W.H. – Rober, P. – Nelen, W.L.D.M. – Kremer, J.A.M. – D'Hooghe, T.M. 2011. Patient-centred infertility care: a qualitative study to listen to the patient's voice. *Human Reproduction* 26 (4). 827–833. Saatavilla sähköisesti: <<https://academic.oup.com/humrep/article/26/4/827/628380>>.

Dancet, E.A.F. – D'Hooghe, T.M. – Sermeus, W. – van Empel, I. – Strohmer, H. – Wyns, C. – Santa-Cruz, D. – Nardo, L.G. – Kovatchki, D. – Vanlangenakker, L. – Garcia-Velasco, J. – Mulugeta, B. – Nelen, W.L.D.M. – Kremer, J.A.M. 2012. Patients from across Europe have similar views on patient-centred care: an international multilingual qualitative study in infertility care. *Human Reproduction* 27 (6). 1702–1711. Saatavilla sähköisesti: <<https://academic.oup.com/humrep/article/27/6/1702/618274>>.

Den Breejen, E.M. – Nelen, W.L. – Schol, S.F. – Kremer, J.A. – Hermens, R.P. 2013. Development of guideline-based indicators for patient-centredness in fertility care: what patients add. *Human reproduction* 28 (4). 987–996. Saatavilla sähköisesti: <<https://academic.oup.com/humrep/article/28/4/987/652952>>.

Dunsford, Jennifer – Reimer, Laura E. 2017. Relationship-centered health care as a Lean intervention. *International Journal for Quality in Health Care* 29 (8). 1020–1024. Saatavilla sähköisesti: <<https://academic.oup.com/intqhc/article/29/8/1020/4669801>>.

Duthie, Elisabeth A. – Cooper, Alexandra – Davis, Joseph B. – Schoyer, Katherine D. – Sandlow, Jay – Strawn, Estil Y. – Flynn, Kathryn E. 2017. A conceptual framework for patient-centered fertility treatment. *Reproductive health*. 114 (14). Saatavilla sähköisesti: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5590184/>>.

Edistä, ehkäise, vaikuta - Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020 2016. 3.painos. THL. Tampere: Juvenes Print -Suomen Yliopistopaino Oy. Saatavilla sähköisesti: <[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116162/THL\\_OPAS33\\_VERKKO9.3.2016.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116162/THL_OPAS33_VERKKO9.3.2016.pdf?sequence=3&isAllowed=y)>

ETENE 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. 2001. ETENE julkaisuja 1. Saatavilla sähköisesti: <<https://etene.fi/docu->



ments/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+1+Terveydenhuollon+yhteinen+arvo-pohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468/ETENE-julkaisuja+1+Terveydenhuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf.pdf>

ETENE 2011. Sosiaali- ja terveystieteen eettinen perusta. ETENE-julkaisuja 32. Saatavilla sähköisesti: <<https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf>>.

ETENE 2018. Sosiaali- ja terveystieteen eettiset periaatteet – ovatko ne valideja tulevaisuudessa? Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystieteen eettinen neuvottelukunta 2014–2018. ETENE-julkaisuja 46. Saatavilla sähköisesti: <<https://etene.fi/documents/1429646/12259990/ETENE+julkaisu+46+Eettiset+perusteet%2C+kausijulkaisu/5a137eb6-6e68-8f50-96bb-ac844397343e/ETENE+julkaisu+46+Eettiset+perusteet%2C+kausijulkaisu.pdf>>

Graban, Mark 2016. Lean hospitals, Improving Quality, Patient Safety, and Employee Engagement, 3.painos. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group.

Greene, Sarah M. – Tuzzio, Leah – Cherkin, Dan 2012. A framework for making patient-centered care front and center. The Permanente Journal 16 (3), 49–53. Saatavilla sähköisesti: <[https://www.researchgate.net/publication/231212325\\_A\\_Framework\\_for\\_Making\\_Patient-Centered\\_Care\\_Front\\_and\\_Center](https://www.researchgate.net/publication/231212325_A_Framework_for_Making_Patient-Centered_Care_Front_and_Center)>

Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2008. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki : Gaudeamus Helsinki University Press 2008

Hoidon laatu. Rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspiste – STM – THL – Kela. Verkkodokumentti. <<https://www.hoitopaikanvalinta.fi/terveyspalvelut-suomessa/hoidon-laatu/>> Luettu 14.10.2018

Hoitotyö. HUS. Verkkodokumentti <<http://www.hus.fi/hus-tietoa/hoitotyö/Sivut/default.aspx>> Luettu 17.4.2019

Holloway, Immy – Wheeler, Stephanie 2010. Qualitative research in nursing and healthcare. West Sussex: John Wiley & Sons inc.

Huppelschoten A.G. – van Dongen A.J.C.M. – Philipse I.C.P. – Hamilton C.J.C.M. – Verhaak C.M. – Nelen W.L.D.M. – Kremer J.A.M. 2013. Predicting dropout in fertility care: a longitudinal study on patient-centredness. Human reproduction 28 (8). 2177-2186. Saatavilla sähköisesti: <<https://academic.oup.com/humrep/article/28/8/2177/660984>>.

HUS = Helsingin yliopistollinen sairaala

HUS Henkilöstön osaaminen. HUS. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/hus-tietoa/henkilosto/henkiloston-osaaminen/Sivut/default.aspx>>. Luettu 4.10.2018.

HUS Strategia 2012-2016. HUS. Saatavilla sähköisesti: <<http://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-paatoksenteko/hallinto/strategia/Documents/HUS%20strategia%202012-2016.pdf>>.

HUS -tietoa. HUS. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/hus-tietoa/Sivut/default.aspx>> Luettu 17.4.2019.

HUS Vuosikertomus 2017. HUS. Verkkojulkaisu. <[http://niinidigi.kopio-niini.fi/hus/hus\\_vuosikertomus\\_2017/page\\_1.html](http://niinidigi.kopio-niini.fi/hus/hus_vuosikertomus_2017/page_1.html)>

Henkilöstökertomus 2018. HUS. Verkkojulkaisu. < <https://www.hus.fi/hus-tietoa/materiaalipankki/henkilostokertomukset/Documents/Henkil%C3%B6st%C3%B6kertos%202018.pdf>>

HYKS -sairaanhoitoalue. HUS. Verkkodokumentti. < <http://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/hyks/Sivut/default.aspx>> Luettu 17.4.2018

Jorma, Tapani – Tiirinki, Hanna – Bloigu, Risto – Turkki, Leena 2016. LEAN thinking in Finnish healthcare. *Leadership in Health Services*, 29 (1), 9-36.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kettula-Pihlaja, Tanja – Aho, Anna Liisa – Kaunonen, Marja 2015. Haikaran ohilento – lapsettomuudesta selviytyminen naisten kuvaamana. *Hoitotiede*. 27 (4). 298–310.

Koivunen, Kirsi 2017. Asiakas- tai ihmislähtöisyys – tasavertaisuutta ja vastavuoroisuutta ammattilaisten ja palvelun käyttäjien kanssa. Oulun ammattikorkeakoulu: ePooki - Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut. Saatavilla sähköisesti: < <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-597-141-8>>

Korhonen, Anne – Jylhä, Virpi – Korhonen, Teija – Holopainen, Arja 2018. Hotus - Hoitotyön tutkimussäätiö: Näyttöön perustuva toiminta - Tarpeesta tuloksiin. Helsinki: Skhole Oy.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laki hedelmöityshoidoista 2006/1237. Annettu Helsingissä 1.9.2007.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Annettu Helsingissä 1.3.1993.

Lapsettomuus. Terveyskylä.fi. Verkkodokumentti. <<https://www.terveyskyla.fi/nais-talo/lis%C3%A4%C3%A4ntymisterveys/lapsettomuus>>. Luettu 11.10.2018.

Lapsettomuushoidot. HUS. Verkkodokumentti. < <https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/naistentaudit/lapsettomuushoidot/Sivut/default.aspx>> Luettu 23.4.2019.

Lean Enterprise Institute, Inc. 2010-2018. What is Lean? Verkkodokumentti. <<https://www.lean.org/WhatsLean/>>. Luettu 4.10.2018.

Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2014. Etiikka Hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lempiäinen, Kirsti – Löytty, Olli – Kinnunen, Merja 2008. Tutkijan kirja. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Vastapaino.

Läpimurtohankkeet 2019. HUS. Verkkodokumentti. < <https://www.hus.fi/hus-tietoa/lapimurtohankkeet/Sivut/default.aspx>> Luettu 23.4.2019.

Mentalisaatio ry. Mentalisaatio ihmistyössä. Verkkodokumentti < <https://www.mentalisaatioyhdistys.fi/mentalisaatio-ihmistyossa/>>

Miettinen, Anneli 2011. Äidiksi ja isäksi hedelmöityshoidolla. Väestöliitto väestöntutkimuslaitos. Saatavilla sähköisesti: <[https://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/acd603be976c80d8d2bb6df16b1751d1/1539622098/application/pdf/911236/%C3%84idiksi%20ja%20is%C3%A4ksi%20hedem%C3%B6ityshoidolla\\_pdf.pdf](https://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/acd603be976c80d8d2bb6df16b1751d1/1539622098/application/pdf/911236/%C3%84idiksi%20ja%20is%C3%A4ksi%20hedem%C3%B6ityshoidolla_pdf.pdf)>.

Mäkijärvi, Markku – Vallivaara, Satu – Koskinen, Hanna 2018. Leanilla kilpailukykyä julkiseen sektoriin. Esitys Valtio Expo 2018 -tilaisuudessa 7.5.2018. Diasarja luettavissa: <<https://www.slideshare.net/Valtiokonttori/valtio-expo-2018-leanilla-kilpailukyky-julkiseen-sektoriin>>. Luettu 6.10.2018

Mäkijärvi, Markku 2013. Lean-menetelmä suomalaisessa terveydenhuollossa – kokemuksia ja haasteita HUS:ssa. Saatavilla sähköisesti: <[http://www.hus.fi/hus-tietoa/materiaalipankki/esitysmateriaalit/Yleinen%20piilokirjasto%20yksittisille%20tiedostoille/Lean-menetelma\\_suomalaisessa\\_terveydenhuollossa.pdf](http://www.hus.fi/hus-tietoa/materiaalipankki/esitysmateriaalit/Yleinen%20piilokirjasto%20yksittisille%20tiedostoille/Lean-menetelma_suomalaisessa_terveydenhuollossa.pdf)>.

Naistentaudit ja synnytykset. HUS. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/hyks/HYKS-NaiS/Sivut/default.aspx>> Luettu 17.4.2019.

Perttunen, Jyrki – Korhonen, Esko – Jokela, Ritva – Korte, Henna 2018. Lean sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: HUS.

Pruuki, Heli – Tiihonen, Raili –Tuominen, Minna 2015. Toisenlainen tie. Helsinki:Kirjapaja.

Pyykkönen, Nina 2017. Mentalisaatio ja reflektiivinen kyky. Luento 23.3.2017. Diasarja saatavilla: < <https://docplayer.fi/49952795-Mentalisaatio-ja-reflektiivinen-kyky.html>>

Rakel, David – Hoeft, Theresa – Barrett, Bruce – Chewing, Betty – Craig, Benjamin – Niu, Min 2009. Practitioner Empathy and the Duration of the Common Cold. Family Medicine 2009; 41(7): 494–501. Saatavilla sähköisesti <<https://fammedarchives.blob.core.windows.net/imagesandpdfs/fmhub/fm2009/July/David494.pdf>>

Rakel, David – Barrett, Bruce – Zhang, Zhengjun – Hoeff, Theresa – Chewing, Betty – Marchand, Lucille – Scheder, Jo 2011. Perception of Empathy in the Therapeutic Encounter: Effects on the Common Cold. *Patient Education and Counseling*. 85 (3). 390–397.

Read, Suzanne C. – Carrier, Marie-Eve – Boucher, Marie-Eve – Whitley, Robert – Bond, Sharon – Zelkowitz, Phyllis 2014. Psychosocial services for couples in infertility treatment: What do couples really want? *Patient Education and Counseling*. 94 (3). 390–395. Saatavilla sähköisesti: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399113004667?via%3Dihub>>.

Reijula, Jori – Ruohomäki, Virpi – Lahtinen, Marjaana – Aalto, Leena – Reijula, Emmi – Reijula, Kari 2017. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen työprosessien, palvelujen ja tilojen kehittäminen Lean-ajattelun avulla (TeLean) -TUTKIMUSHANKKEEN LOPPURAPORTTI. Helsinki: Työterveyslaitos.

Ruusuvuori, Johanna – Nikander, Pirjo 2017. Haastatteluaineiston litterointi. Teoksessa Hyvärinen, Matti – Nikander, Pirjo – Ruusuvuori, Johanna (toim.). Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Vastapaino.

Ruusuvuori, Johanna – Nikander, Pirjo – Hyvärinen, Matti 2010. Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa Ruusuvuori, Johanna – Nikander, Pirjo – Hyvärinen, Matti (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Vastapaino.

Salonen, Eveliina 2017. Intuitio ja tunteet johtamisen ytimessä. Helsinki: Alma Talent Oy.

Savolainen-Peltonen, Hanna 2018a. Mitä erikoissairaanhoidossa tapahtuu, kun pari tulee ensikäynnille? Naistentautien alueellinen koulutuspäivä 5.3.2018. PowerPoint -esitys. Saatavilla sähköisesti: <[http://www.hus.fi/ammattilaiselle/koulutus/koulutusmateriaalit/Naistentautien%20aluealuel%20koulutuspiv%20532018/Savolainen-Peltonen\\_Lapsettomuustutkimukset.pdf](http://www.hus.fi/ammattilaiselle/koulutus/koulutusmateriaalit/Naistentautien%20aluealuel%20koulutuspiv%20532018/Savolainen-Peltonen_Lapsettomuustutkimukset.pdf)>.

Savolainen-Peltonen, Hanna 2018b. Miten digitaaliset hoitopolut auttavat hoitoja? Naistentautien alueellinen koulutuspäivä 5.3.2018. PowerPoint -esitys. Saatavilla sähköisesti: <[http://www.hus.fi/ammattilaiselle/koulutus/koulutusmateriaalit/Naistentautien%20aluealuel%20koulutuspiv%20532018/Savolainen-Peltonen\\_Digitaaliset%20hoitopolut.pdf](http://www.hus.fi/ammattilaiselle/koulutus/koulutusmateriaalit/Naistentautien%20aluealuel%20koulutuspiv%20532018/Savolainen-Peltonen_Digitaaliset%20hoitopolut.pdf)>.

Sihvo, Sinikka 2018. Kaipaavatko eettiset periaatteet päivitystä? Julkaisussa ETENE 2018. Sosiaali- ja terveysalan eettiset periaatteet – ovatko ne valideja tulevaisuudessa? Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2014–2018. ETENE-julkaisu 46. Saatavilla sähköisesti: <<https://etene.fi/documents/1429646/12259990/ETENE+julkaisu+46+Eettiset+perusteet%2C+kausijulkaisu/5a137eb6-6e68-8f50-96bb-ac844397343e/ETENE+julkaisu+46+Eettiset+perusteet%2C+kausijulkaisu.pdf>>

Strateginen tahtotila 2017-2018 2016. HUS.

Tapper, Anna-Maija 2014. Hedelmöityshoidon yhtenäiset perusteet. Selvityshenkilön raportti. STM. Saatavilla sähköisesti: <<https://stm.fi/julkaisu?pubid=URN:ISBN:978-952-00-3519-8>>.

Torkkola, Sari 2015. Lean asiantuntijatyön johtamisessa. Helsinki: Alma Talent Oy.

Suneja, Aneesh – Suneja, Carolyn 2017. Alkuperäisteos 2010. Lean ja terveydenhuolto. suom. Rajala, Heikki. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Suomen Lean-Yhdistys ry 2018. Verkkodokumentti. <<http://www.leanyhdistys.fi/>>. Luettu 8.10.2018.

TENK Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavilla sähköisesti: <[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)>.

Terveydenhuollon laatuopas. Suomen Kuntaliitto 2011. Helsinki. Verkkojulkaisu. <[shop.kuntaliitto.fi/download.php?filename=uploads/terveydenhuollon\\_laatuopas.pdf](http://shop.kuntaliitto.fi/download.php?filename=uploads/terveydenhuollon_laatuopas.pdf)>.

Terveydenhuoltolaki 2010/1326. Annettu Helsingissä 30.12.2010.

Terveysportti. Lapsettomuus. Sanakirjat. Lääketieteen termit. Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti. Luettu 17.4.2019.

Tiitinen, Aila 2018. Lääkärin käsikirja, Lapsettomuus. Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti. Luettu 17.4.2019

Tiitinen, Aila – Savolainen-Peltonen, Hanna 2019. Lapsettomuus. Teoksessa Tapanainen, Juha – Heikinheimo, Oskari – Mäkikallio, Kaarin (Toim.) 2019. Naistentaudit ja synnytykset. 6.päivitys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tilastoraportti 20/2018. THL. Verkkodokumentti. <[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136604/Tr20\\_18.pdf?sequence=5&isAlloisA=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136604/Tr20_18.pdf?sequence=5&isAlloisA=y)>. Luettu 14.10.2018.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimusluvan hakeminen. HUS. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/tutkijalle/tutkimuslupa/Sivut/default.aspx>>. Luettu 5.10.2018.

Tutkittavien informointi. Aineistohallinnan käsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Verkkodokumentti. Päivitetty 24.8.2018. <<http://www.fsd.uta.fi/aineistohallinta/fi/tutkittavien-informointi.html>>. Luettu 5.10.2018.

WHO =World Health Organization =Maailman terveysjärjestö

WHO 2015a. WHO global strategy on people-centred and integrated health services, Interim report. Saatavilla sähköisesti: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO\\_HIS\\_SDS\\_2015.6\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?sequence=1)>

WHO 2015b. WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026, Executive Summary, Placing people and communities at the centre of health services. Saatavilla sähköisesti: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/180984/WHO\\_HIS\\_SDS\\_2015.20\\_eng.pdf;jsessionid=4682C600C55E78D41D949CD4EA48221E?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/180984/WHO_HIS_SDS_2015.20_eng.pdf;jsessionid=4682C600C55E78D41D949CD4EA48221E?sequence=1)>

WHO 2015c. People-centred and integrated health services: an overview of the evidence, Interim report. Saatavilla sähköisesti: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155004/WHO\\_HIS\\_SDS\\_2015.7\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155004/WHO_HIS_SDS_2015.7_eng.pdf?sequence=1)>

## Haastattelukutsu

Lapsettomuushoitojen parissa työskenteleville kätilöille

*Työskenteletkö tällä hetkellä, tai oletko työskennellyt viimeksi kuluneen 12kk aikana lapsettomuuspotilaiden parissa? Oletko koulutukseltasi kätilö? Onko sinulla vähintään kahden vuoden työkokemus lapsettomuushoidoista?*

### HYVÄ KÄTILÖ

Vastatessanne kaikkiin edellä mainittuihin kysymyksiin myöntävästi, pyydämme SINUA osallistumaan haastatteluun.

Tarkoituksenamme on kuvata asiakaslähtöistä lapsettomuuspotilaan hoitoprosessia kätilöiden näkökulmasta. Tavoitteenamme on tuottaa tietoa lapsettomuuspotilaan hoitopolun asiakaslähtöisyydestä HUS Naistentaudit ja synnytykset tulosyksikön hoitoprosessien kehittämisen tueksi.

Haastattelut toteutetaan työnantajanne luvalla erikseen sovittuna aikana työajallanne, työpaikallanne eikä osallistumisesta aiheudu teille kuluja. Haastattelu kestää noin 60 minuuttia, tähän aikaan sisältyy haastattelun valmistelu, suostumuslomakkeen läpikäynti ja allekirjoittaminen, sekä haastattelu kokonaisuudessaan.

Opinnäytetyöhön osallistumalla saatte erinomaisen mahdollisuuden vaikuttaa oman työnnön kehittämiseen ja Lean -muutosprosessin onnistumiseen yksikössänne. Opinnäytetyöhön osallistumiseen ei sisälly riskejä.

Haastatteluaineisto käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Haastatteluvastaukset käsitellään lopullisessa työssä ilman nimeä tai muita tunnistetietoja, joilla ne voitaisiin yksilöidä. Osallistujien anonymiteetistä (=nimettömyys, nimen ja muiden henkilötietojen säilyminen salassa) huolehditaan opinnäytetyön kaikissa vaiheissa. Muilla, kuin opinnäytetyöntekijöillä Noora Helmivuolla ja Nina Hyvösellä ei ole pääsyä aineistoon missään opinnäytetyön vaiheessa. Tietokoneelle tallennettu materiaali säilytetään salasanalla ja käyttäjätunnuksella suojattuina opinnäytetyöntekijöiden kodeissa. Aukikirjoitetut, tulostetut haastattelu-materiaalit säilytetään lukollisessa kaapissa opinnäytetyöntekijöiden kodeissa kuten myös osallistujien henkilötietoja sisältävät suostumusasiakirjat. Allekirjoitettuja suostumuslomakkeita ei tulla julkaisemaan valmiissa opinnäytetyössä. Opinnäytetyön valmistuttua kaikki osallistujien henkilötietoja koskeva aineisto hävitetään pysyvästi.

Opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista ja sinulla on mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta niin halutessasi, missä tahansa vaiheessa. Haastateltavat allekirjoittavat kirjallisen suostumuslomakkeen, jota jää yksi kappale haastateltavalle ja yksi opinnäytetyöntekijöille.

Opinnäytetyö julkaistaan sen valmistuttua Theseuksessa, arviolta toukokuussa 2019. Opinnäytetyön tulokset ovat HUS Lean kehittämyksikön käytettävissä osana toteutuvaa muutos-hanketta.

OTA YHTEYTTÄ ALLEKIRJOITTANEISIIN!

Mikäli olet kiinnostuneet osallistumaan opinnäytetyöhöemme, ota yhteyttä meihin. Yhteystietomme löydät tämän kirjeen alareunasta.

Kerromme mielellämme lisää opinnäytetyöhön liittyvistä asioista ja vastaamme kysymyksiinne. Lisätietojen kysyminen ei edellytä osallistumista.

Ystävällisin terveisin,

Noora Helmivuo

Nina Hyvönen

Metropolia Ammattikorkeakoulu, Terveystieteiden osaamisalue,

Kätilötyön tutkinto-ohjelma

Haastattelut liittyvät opinnäytetyöhöemme, jonka ohjaajina toimivat Metropolia Ammattikorkeakoulusta TtT, lehtori Pirjo Koski sekä

HUS Lean Kehittämisen yksiköstä kätilö Ville Tuppurainen ja

TtM, Kliininen opettaja Sara Palander



## HAASTATTELUKYSYMYKSET

Esitiedot:

Ikä,

Koulutus

Työvuodet lapsettomuushoitojen parissa,

Tehtävänimike

Toimenkuva tällä hetkellä

Teema 1. Nykytilan kuvaus

1. Kuvaile teillä hoidettavien lapsettomuuspotilaiden hoitopolkuja, mistä polku lähtee ja miten se etenee?
2. Miten kuvailisit hoitopolun etenemistä kättilön näkökulmasta?

Teema 2. Asiakslähtöisyys

3. Miten mielestäsi hoitoprosessi tukee asiakslähtöisyyttä? Miten mielestäsi hoitoprosessi toteutuu potilaan näkökulmasta katsottuna?
4. Miten potilaan tarpeet, mielipiteet ja toiveet otetaan hoitoprosessissa huomioon?

Teema 3. Kehitysehdotukset

5. Miten hoitoprosessia voisi kehittää mielestäsi niin että oma työskentelysi tulisi sujuvammaksi ja/tai että se tukisi parhaiten asiakslähtöisyyttä?

Jos tämä ei ole tullut ilmi jo edellisten kysymysten vastauksissa, niin lisäkysymyksenä:

6. Millaisia konkreettisia kehittämissuhteita sinulla on lapsettomuuspotilaan hoitoprosessin asiakslähtöisyyden kehittämiseksi? Millaisia konkreettisia kohtia hoitopolussa on, joissa on muutostarpeita?

**SUOSTUMUS HAASTATTELUUN*****Asiakaslähtöinen lapsettomuuspotilaan hoitoprosessi kätilöiden näkökulmasta***

Minua \_\_\_\_\_ (haastateltavan nimi) on pyydetty osallistumaan yllämainittuun opinnäytetyöhön, jonka tarkoituksena on kuvata asiakaslähtöistä lapsettomuuspotilaan hoitoprosessia kätilöiden näkökulmasta

Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani kirjallisen opinnäytetyötiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen opinnäytetyöstä ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsitteystä ja luovuttamisesta. Tiedotteen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti, minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Tiedot antoi \_\_\_\_\_ (haastattelijan nimi) \_\_ / \_\_ / 20 \_\_. Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani opinnäytetyöhön. Olen saanut riittävät tiedot oikeuksista, opinnäytetyön tarkoituksesta ja sen toteutuksesta sekä tutkimuksen hyödyistä ja riskeistä.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista. Tiedän, että tietojani käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta sivullisille. Olen selvillä siitä, että voin peruuttaa tämän suostumukseni koska tahansa syytä ilmoittamatta. Mikäli keskeytän haastattelun tai peruutan suostumukseni, minusta keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja ei käytetä osana tutkimusaineistoa.

**Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän opinnäytetyöhön ja suostun vapaaehtoisesti haastateltavaksi**

**Haastateltavan nimi**

\_\_\_\_\_  
Päivämäärä

\_\_\_\_\_  
Allekirjoitus

**Suostumus vastaanotettu**

\_\_\_\_\_  
Kätilöopiskelija  
(Suostumuksen vastaanottaja)

\_\_\_\_\_  
Päivämäärä

\_\_\_\_\_  
Allekirjoitus

## Haastatteluaineiston analyysitaulukot

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Potilaat pääosin tyytyväisiä klinikan toimintaan	Potilaiden tyytyväisyys toimintaan	Potilaiden tyytyväisyys	Prosessin toimiminen potilaiden näkökulmasta
Potilaat tyytyväisiä digihoitopolkuun			
Kokemus, että yritetään toteuttaa toiveita	Potilaiden tyytyväisyys saamaansa kohtaamiseen	Potilaiden tyytyväisyys	
Palautetta hyvästä kohtelusta			
Kiitosta potilaiden tukemisesta			
Kaivataan joustavampia vastaanottoaikoja	Turhautuminen poliklinikan aikatauluihin	Potilaiden tyytymättömyys	
Turhautuminen puhelinpalvelun takaisinsoittoaikoihin			
Tunteet purkautumista itkuna ja vihaisuutena	Pettymys hoidon tuloksiin / tuloksettomuuteen	Potilaiden tyytymättömyys	
Harmitusta ja uupumista tuloksettomuudesta			
Pettymyksiä ja poisjääminen			
Kokemuksia ettei hoideta	Asioiden taustojen ja syiden selittäminen potilaalle puutteellista	Potilaiden tyytymättömyys	
Kokemuksia ettei kuunnella			
Ahdistusta epätietoisuudesta			
Tunne digihoitopolulla tiedottamisen kylmyydestä			
Hoidon eteneminen epäselvää vielä toimenpiteessäkin	Informaatio puutteellista tai potilas ei ole ymmärtänyt	Puutteellinen kommunikaatio	
Potilas ei tiedä syömänsä lääkkeen käyttötarkoitusta			
Potilaat halusivat olla biologeihin enemmän yhteydessä			
Väärinkäsityksiä kirjallisessa kommunikoinnissa digihoitopolulla			
Potilas ei ole ymmärtänyt lääkärin sanomisia	Potilas ei ymmärrä lääkäriä	Puutteellinen kommunikaatio	
Potilas ei ole ymmärtänyt lääkärin kirjoituksia Kanta-palvelussa			
Ei yhteistä kieltä	Kommunikoinnin vaikeus kielen takia	Puutteellinen kommunikaatio	
Potilas ei ymmärrä meidän kirjaimia			
Yhteisen kommunikointivälineen puute			
Potilas arastelee lääkärille puhumista	Potilaan jännitys	Puutteellinen kommunikaatio	
Potilaan voi olla helpompi kirjoittaa kuin puhua			

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Erillisvastaanotoilla enemmän aikaa käytettävissä ohjaukseen	Erillisvastaanotot tuovat hyötyjä	Kätilön työn sujuvuutta lisäävät tekijät	Prosessin toimiminen kätilön työn näkökulmasta
Hoitajavastaanotolla potilas voi palata lääkärin kanssa puhuttuihin asioihin			
Erillisvastaanotoilla lääkäri ja hoitaja saavat oman tilansa puhua potilaan kanssa			
Erillisvastaanotoilla mahdollisuus keskustella rauhassa potilaan kanssa			
Erillisvastaanotoilla enemmän aikaa kuunnella ja tukea potilasta			
Erillisvastaanotot on koettu hyväksi			
Erillisvastaanotot vapauttavat hoitajan työaikaa	Avunsaanti		
Kollegalta saa apua	Digihoitopolku hyödyksi kätilölle		
Digihoitopolku helpottaa yhteydenpitoa potilaiden kanssa	Siirteleminen kuormittaa kätilöitä	Kätilön työn sujuvuutta heikentävät tekijät	
Digihoitopolku vähentänyt puheluiden määrää			
Monissa pisteissä pärjäävä joutuu helposti siirretyksi			
Työpäivään valmistautuminen menee hukkaan	Puutteet työskentely-ympäristössä		
Sijoituspaikka voi vaihtua useampaan kertaan aamun aikana			
Jopa päivittäin vaihtuvat toimipisteet			
Toimintaohjeet puutteellisia ja sekavasti netissä			
Puhelinpalvelu toimii huonosti	Kuormitus työn kehittämisestä	Kätilön työn sujuvuutta heikentävät tekijät	
Päällekkäiskirjaamista ja useita ohjelmia käytössä			
Teknisiä ongelmia			
Tuplana tehty työ	Liikaa töitä suhteessa työntekijöihin		
Toistuvat kokoukset aamuisin kuormittavat			
Muutoksia liian paljon kerrallaan			
Palautteiden läpikäyminen vie paljon aikaa			
Turtuminen palautteille			
Toisinaan liian paljon työtä päivälle			
Kiire heikentää hoidon laatua			
Perehdytetyt hoitajat toisinaan liian vähän suhteessa työmäärään			
Lääkäreiden vähyys ja kiire			
Biologienvoimien tavoitettavuus välillä haastavaa			

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
Suuri toive	Voimakas toive lapsesta	Potilaan tunteet lapsettomuuskriisissä	Mentalisaatio - <i>Kyky potilaan mielen mielen-</i> <i>tämiseen</i>	Asiakaslähtöisyys lapsettomuuspotilaan hoitoprosessissa
Iso juttu				
Vaikea, herkkä ja intiimi asia	Kriisi ja raskaat tunteet	Potilaan tunteita lapsettomuushoidoissa		
Lukossa				
Kriisissä	Odottaminen raskasta			
Iso murhe				
Jännitys	Hoidot haastavat monin tavoin			
Odottaminen vaikeaa				
Hoidot tuo haasteita parisuhteen, talouteen, arkeen, työelämään				
Joustavuutta aikoihin				
Hoidot voi kestää vuosia kaikki eivät jaksa loppuun				
Tietoisia ja kiinnostuneita omasta hoidostaan paljon näkemyksiä hoidoista	Tietoisuus ja kiinnostus omasta hoidosta	Potilaan osallisuus hoidon- suunnitteluun	Osallistaminen - <i>Potilas aidosti osallisena</i>	
Potilaskaan ei hyödy turhista hoidoista hoitolinjaukset perustuvat lääketieteeseen	Hoitokriteerit			
ei voi sanella miten toimitaan Kuulostellaan potilasta	Kuulluksi tuleminen			
pitää pyrkiä selittämään hoitopäätökset selkeästi Suurin osa potilaista ymmärtää miksi ei tehdä kuten hän toivoo	Tiedonsaantioikeus			
Osa kokee menettävänsä päätösvaltaisuutensa Toiveet ei toteudu, osa pahoittaa mielensä Potilaita kuuluu kuunnella, vaikei kaikkia toiveita voida toteuttaa	Hallinnantunteen tärkeys			
toiveet ja ajatukset ovat yksilöllisiä ja kulttuurisidonnaisia Potilailla ei lääketieteen tuntemusta	Yksilöllisyys ja kulttuuritausta	Potilaan yksilöllinen ohjaami- nen		
Ohjaustilanteessa kerrataan tarpeeksi Vaikea läpikäytävä soitetaan kirjoittamisen sijaan	Ohjaus tulee ymmärretyksi	Potilaan yksilöllinen kohtaami- nen		
Pyrkii kiireettömyyteen Rentouttamaan tunnelmaa	Tunnelman luominen			
Yksilöllinen potilasohjaus tarpeiden mukaan Puhelut tai digitaalinen ohjaus ei korvaa kasvokkain tapahtuvaa	Yksilöllinen ohjaus			
kokee tulleen kohdatuksi, kuulluksi ja ymmärretyksi Aina ei mahdollista miellyttää	Potilaan kohtaaminen	Tukeminen, lohduttaminen ja myötäeläminen	Eettisyys hoitotyössä - <i>Arvoperusta näkyy hoito-</i> <i>työssä</i>	
Kaipaa tukea, apua, lohtua tulokset yllätyksiä Keskenmenoja	Tukea ja lohtuna			
Huonot uutiset voi tyrmätä Jännitys, ilo, suru jaetaan Kätilö myötäelää ammatillisesti	Myötäeläminen			
Kätilö huomioi potilaan elämäntilannetta, tarpeita ja toiveita Potilaat tuntee ja miettii paljon Tukee, ohjaa ja kannustaa Keskustelee	Huomioiminen ja keskusteluapu	Potilaan ammatillinen koh- taaminen		
Hoitaja kuuntelee ja kykenee vastaanottamaan potilaan tunteita ammatillisesti	Ammatillisesti tukena			
Pyrkii toteuttamaan potilaan toiveita Antaa henkistä tukea ja on läsnä Pitkä hoitosuhde tuo turvaa ja jatkuvuutta Hoitaja tulkkina potilaan ja lääkärin välillä	Merkityksellinen hoitosuhde			

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Pyrimme tapaamaan potilaat yksilöinä	Huomaavaisuus potilasta kohtaan	Asiakaslähtöisyyden tukeminen	Asiakaslähtöisyyden toteutuminen lapsettomuuspoli- klinikalla
Pyrimme huomioimaan, että potilailla on muutakin elämää			
Yritämme aina ajatella potilaan parasta ja hänelle helpointa			
Yritämme rohkaista potilaita kertomaan tuen tarpeestaan	Kätilöt pyrkivät antamaan keskusteluapua		
Myös digihoitopolulla olevat potilaat saavat soittaa meille			
Pyrimme huomioimaan potilaiden tilannetta vaikka ajat on lyhyet			
Hoitojen päättyessä tuloksettomana parit voivat tulla loppukeskusteluun			
Digihoidopolun kautta voi keskustella ja saada tukea			
Digihoidopolulla pyritään parantaa saavutettavuuttamme	Pyrkimys parempaan saavutettavuuteen		
Käynneillä ei ehdi paneutua potilaan stressiin	Ei mahdollisuutta panostaa potilaan henkiseen tukeen	Asiakaslähtöisyyden heikentyminen	
Lääkärin vastaanotolla ei hirveästi ehdi kyselemään kuulumisia			
Ohjaustilanteessa ei ehdi keskustelemaan vapaasti			
Meillä ei ole panostettu potilaan henkiseen tukeen			
Meillä ei ole käytettävissä terapiapalveluita			
Osa potilaista kokee jäävänsä ulkopuoliseksi hoitosuunnitelmansa tekemisessä	Potilaat kokevat, etteivät he voi vaikuttaa tarpeeksi		
Välillä potilaat kokee, ettei hoito ole ollut yksilöllistä			
Lääkäreiden puhelinajat ovat aina täynnä	Liian vähän vastaanotto- ja puhelinaikoja		
Asiakkaiden ajanvarauksia ei aina ole mahdollista toteuttaa			
Meillä on edelleen aika pitkät jonot			

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Äkillisessä kriisissä tarvitaan apua heti	Tarve keskusteluavulle	Lisähenkilökuntaa	Kehitysehdotuksia lapsettomuuspotilaiden hoitoprosessiin
Keskusteluapua antava fyysisesti poliklinikalla			
Pitäisi voida tarjota enemmän henkisen tuen palveluita			
Tarve lapsettomuuskriisiin perehtyneelle terapeutille			
Tarve seksuaaliterapeutille tai -neuvojalle			
Potilaan henkiseen tukemiseen tarvitaan lisää hoitajia	Lisäresursseja		
konsultoiva biologi			
Lisäresursseja, jotta saisi lisättyä vastaanottoja	Digitaalista kehittämistä	Puitteiden kehittämistä	
Asiakkaat voisivat varata ja siirtää aikoja netissä			
Digihoitopolun kehittäminen ja laajentaminen			
Enemmän tietoa saataville siitä, miten hoitoon pääsee	Parannuksia puitteisiin		
Paremmat seurantatilat			
Tarvitaan ihminen vastaanottoon	Parannusta potilaskontaktointiin	Parempaa potilaskontaktia	
Hoitajan ensiohjaus lääkärin jälkeen			
Parannusta puhelinpalveluun			
Kontaktointikanava kielihaasteisiin			
Pysyvämmät sijoitukset hoitajille			
Potilaille välikäyntejä tarvittaessa	Enemmän aikaa potilaille		
Lääkäreille enemmän aikaa potilaskontakteihin			
Enemmän aikaa potilaskohtaamisiin ja kontaktointiin	Kätilöiden ammatillinen kasvu	Ammattitaidon kehittämistä	
Vanhat konkarit perehdyttäisivät			
Työnohjauksen kautta mahdollisuus keskustelulle			