



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Asiakaslähtöisen munasolunsaajien hoitoprosessin kehittäminen lapsettomuusklinikalla

Rönkkö, Pia

2016 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Asiakaslähtöisen munasolunsaajien hoitoprosessin kehittäminen lapsettomuusklinikalla

Pia Rönkkö
Terveys- ja Hyvinvointipalveluiden
kehittäminen ja johtaminen (YAMK)
Opinnäytetyö
Lokakuu, 2016

Pia Rönkkö

Asiakaslähtöisen munasolunsaajien hoitoprosessin kehittäminen lapsettomuuslinikalla

Vuosi

2016

Sivumäärä

71

Tämä opinnäytetyö oli työelämä lähtöinen kehittämistyö, joka toteutettiin Väestöliiton lapsettomuus klinikoiden Helsingin yksikössä. Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli tuottaa uusi asiakaslähtöinen munasolunsaajien hoitoprosessi ja sen myötä parantaa asiakkaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon. Kehittämishankkeen tavoitteena oli kartoittaa haastattamalla munasolunluovutushoidon läpi käyneiden asiakkaiden näkemyksiä nykyisestä hoitoprosessista ja sen asiakaslähtöisyydestä. Tavoitteena oli myös huomioida klinikan kokeneen henkilökunnan ajatuksia hoitoprosessin parantamiseksi.

Uuden hoitoprosessin luominen aloitettiin määrittelemällä nykyinen munasolunsaajien hoitoprosessi. Tämän jälkeen kartoitettiin munasolunluovutushoidon läpi käyneiden asiakkaiden näkemyksiä nykyisestä hoitoprosessista, sen asiakaslähtöisyydestä ja heidän ehdotuksia hoitoprosessin parantamiseksi. Analysoitujen haastattelu aineistojen avulla tehtiin hahmotelma uudesta hoitoprosessista. Hahmotelma hoitoprosessista ja haastatteluiden tulokset esiteltiin klinikan henkilökunnalle, joka ideoi näiden pohjalta kehittämiskohteita uuteen hoitoprosessiin. Edellisten vaiheiden jälkeen kehitettiin lopullinen versio uudesta hoitoprosessista.

Munasolunluovutushoito on otettu käyttöön Väestöliiton klinikoilla vuonna 1991 ja se on nykyisin yksi standardi lapsettomuudenhoito menetelmä. Munasolunluovutushoito on saajille iso panostus henkisesti ja taloudellisesti. Hoitoprosessin kehittämisellä pyritään siihen, että hoitoprosessin toimimattomuuden takia he eivät joutuisi uusien pettymysten eteen. Terveystuollossa on ymmärretty viime vuosina asiakaslähtöisyyden tärkeys niin Suomessa, kuin maailmallakin.

Opinnäytetyön lähestymistapana oli toimintatutkimus. Aineistonkeruu menetelmänä oli munasolunluovutushoidossa olleiden asiakkaiden teemahaastattelu. Tämän lisäksi henkilökunnan ehdotuksia hoitoprosessin kehittämiseksi kartoitettiin aivoriihi ideoinnin avulla. Teemahaastatteluun osallistui kahdeksan asiakasta ja haastatteluaineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Aivoriihi ideoinnin tuloksena syntyneet ideat pisteytettiin, ryhmiteltiin ja yhdisteltiin samaa tarkoittaviin ideoihin. Tämän jälkeen aineistosta muodostettiin uusi hoitoprosessi.

Haastatteluaineiston tulosten mukaan asiakaslähtöisyys on empaattista vuorovaikutusta ja asiakkaan kokonaisuuden huomioimista. Asiakkaat kokivat nykyisen hoitoprosessin sujuvana, mutta toisaalta kokivat siihen sisältyvän hallitsemattomuutta. Hyvänä nykyisessä hoitoprosessissa he kokivat tulosten mukaan olevan empaattisen ja yksilöllisen kohtaamisen ja hoitoprosessin yksilöllisyyden. Monipuolisiin palveluihin, hoitoprosessin yksilölliseen suunnitteluun ja psyykkiseen taakkaan tulisi tulosten mukaan kiinnittää huomiota uutta hoitoprosessia laadittaessa. Suomessa ei ole tehty tutkimuksia asiakaslähtöisyydestä lapsettomuushoitoihin liittyen. Ulkomaisista tutkimuksista on saatu samansuuntaisia tuloksia asiakaslähtöisyydestä lapsettomuushoitoihin liittyen kuin tässä opinnäytetyössä. Se osoittaa samojen asioiden olevan tärkeitä lapsettomuuspotilaille maan rajoista huolimatta. Jatkossa Väestöliiton klinikoilla tulisi tehdä seurantaa, siitä miten uuden hoitoprosessin käyttöönotto on mennyt.

Asiasanat: Asiakaslähtöisyys, Hoitoprosessi, Lapsettomuus, Munasolunluovutushoito

Pia Rönkkö

Creating a patient centred treatment process for ovum donation recipients within a fertility clinic

Year	2016	Pages	71
------	------	-------	----

This thesis is the result of a workplace based development project implemented at the Väestöliitto fertility clinic in Helsinki. The goal of the project was to develop a new patient centred ovum donation process which would increase patients' satisfaction with their care. The aim of the project was to survey thoughts of patients who had gone through the ovum donation process with regard to the current treatment process and its patient centeredness. The expertise of the more experienced employees of the clinic was to be taken into consideration throughout the development project.

The development of the new process began by defining the current care process for ovum donation recipients. Following this, the ovum donation recipients were interviewed for their thoughts of the current care process and its patient centeredness. The patients were asked for suggestions for the improvement of the care process. Following an analysis of the intelligence gathered from the interviews, an outline for a new patient care process was drafted. The analysis of the intelligence and the new patient care process were presented to the clinic employees at a staff event. The goal of the event was to encourage the employees to brainstorm ideas for improving patient centeredness and thus enabling them to take part in developing the improved patient care process. Following the event, with the new ideas gathered, the final care process was developed.

The ovum donation treatments started in 1991 at Väestöliitto fertility clinic and it is today one of the standard treatment methods for infertility. The treatment method requires a significant financial and psychological input from the recipients. The patients treated by this method have usually suffered from infertility for several years already, and have experienced many disappointments whilst going through previous infertility treatments. The aim of developing the new, improved patient care process, is that a poor design of the care process would not add to the disappointments that the patient may experience. The value of patient centeredness has been realised in Finland and all over the world in the recent years.

The approach for this thesis was an action research method. The data was collected by interviewing patients and by executing a brainstorming event with the personnel. Eight patients who had undergone ovum donation were interviewed by an individual theme interview method. The data was analysed by inductive content analysis. The new ideas collected during the brainstorming session were categorised into groups based on their similarities and differences. By using a points system, the ideas and categories were analysed and the most significant ideas were utilized in the design of the new care process.

The results of the patient interviews show that patient centeredness is empathic interaction and entire consideration of the patient. The patients felt that the current care process was fluent, but uncontrollable. Positive things in the current treatment process were empathic and individual encounter with the caregivers and the individuality of the treatment process. According to analysed data, a diverse range of treatment methods, individual planning of the treatment process, and the psychological burden of the treatments are things which should be taken carefully into account when planning new treatment processes. Previous studies show similar results about patient centeredness.

Keywords: Infertility, Ovum donation, Patient centeredness, Treatment process

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Asiakaslähtöinen kehittämistyö	8
2.1	Asiakaslähtöisyys, asiakaskeskeisyys ja potilaslähtöisyys	9
2.2	Kehittämistyö	10
3	Lapsettomuus	12
3.1	Lapsettomuuden hoito Suomessa.....	13
3.2	Munasolunluovutushoito.....	15
4	Munasolunluovutushoidon hoitoprosessin nykytilanne ja sen ongelmakohdat	16
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset	22
6	Kehittämistyön toteutus	22
6.1	Toimintatutkimus kehittämistyön lähestymistapana	22
6.2	Aineistonkeruu menetelmät.....	25
6.2.1	Teemahaastattelu.....	25
6.2.2	Aivoriihi	27
6.3	Aineiston analysointi.....	28
7	Tulokset.....	30
7.1	Asiakaslähtöisyys	31
7.2	Nykyinen hoitoprosessi	34
7.2.1	Hyvää nykyisessä hoitoprosessissa.....	37
7.2.2	Kehitettävää tai huonoa nykyisessä hoitoprosessissa	39
8	Uuden hoitoprosessin hahmotelma	42
9	Aivoriihi klinikalla hoitoprosessin kehittämiseksi	44
9.1	Aivoriihen toteutus	44
9.2	Aivoriihestä esille nousseet asiat hoitoprosessin kehittämiseen.....	46
10	Uusi hoitoprosessi	46
10.1	Päätös od-jonoon asettamisesta.....	47
10.2	Odotusaika.....	48
10.3	Hoidon suunnittelu ja päätös hoitoon lähdöstä	49
10.4	Hoidon toteutus	49
11	Pohdinta	49
11.1	Eettiset kysymykset.....	49
11.2	Luotettavuus	51
11.3	Tulosten tarkastelu	52
11.4	Asiakaslähtöinen munasolunsaajien hoitoprosessi.....	54
11.4.1	Asiakaslähtöinen.....	54
11.4.2	Hoitoprosessi	55
11.5	Hyödyllisyys	56
11.6	Jatkokehittämiskohteet.....	57

Lähteet	58
Kuviot..	62
Taulukot	63
Liitteet.....	64

1 Johdanto

Lapsettomuus on monelle ihmiselle yksi suurimmista kriiseistä elämässä (Benward 2015, 507). Lapsettomuus koskettaa ihmistä usein todella syvälle omaan identiteettiin. Kun raskaus ei toiveista huolimatta ala, muuttuu elämä helposti jatkuvaksi toiveikkuuden ja pettymysten vuoristoradaksi. Jos lapsettomuuteen liittyy tämän lisäksi vielä se, että omat sukusolut eivät ole tarpeeksi hyviä raskauden aikaansaamiseksi, tai jos sukusoluja ei ole ollenkaan, lisää se vielä entisestään lapsettomuuden tuskaa (Applegarth, Kaufman, Josephs-Sohan, Christos, & Rosenwaks 2016, 2). Toisinaan on tilanteita, että lapsettomuushoidoissa joudutaan käyttämään luovutettuja sukusoluja. Luovutetut sukusolut voivat olla joko munasoluja, siittiöitä tai alkioita (ESHRE 2002).

Suomessa terveydenhuoltoa ja lapsettomuushoitoja ohjaavat monet säännökset ja lait. Ne antavat lapsettomuusklinikoille raamit ja ohjeet, joiden varassa toimitaan. Yksi niistä on hedelmöityshoitolaki (Finlex 2015). Suomessa on myös perinteisesti ollut melko korkea moraalinen hoidettaessa lapsettomuutta. Suomessa ei esimerkiksi lähdetä toteuttamaan kaikkia potilaan toiveita, jos lääkärit eivät näe hoitoa turvallisena tai eivät usko sillä olevan mitään hyötyä. Lapsettomuusklinikoilla moniammatilliset tiimit pohtivat missä menee hoidon rajat ja vuosittaisissa alan asiantuntijoiden koulutustilaisuuksissa mietitään yhdessä uusien hoitomuotojen hyviä käytäntöjä. Suomen Fertilitiiteettiyhdistys muun muassa voi antaa ohjeistuksia hyviin käytäntöihin jostakin alalle tulevasta uudesta käytännöstä tai hoidosta. (SFY 2015.)

Väestöliiton klinikat Oy on vanhin Suomessa toimiva lapsettomuusklinikka. Väestöliiton klinikoilla on aloitettu vuonna 1991 hoidot luovutetuilla munasoluilla (Söderström-Anttila, Miettinen, Rotkirch, Nuojua-Huttunen, Poranen, Sälevara, & Suikkari, 2016, 599). Munasolunsääjien hoitoprosessi on vaativa ja taloudellisesti suuri panostus lapsettomuudesta kärsivälle pariskunnalle. Käytännön työssä munasolunsääjapariskuntien parissa on nostanut esille kysymyksiä, jotka ovat herättäneet mielenkiintoni kehittää heidän hoitoaan. Pariskunnilla saattaa olla taustalla monia pettymyksiä lapsettomuuden takia. Pariskuntien kanssa työskentely on nostanut esille tarpeen saada hoitoprosessi niin toimivaksi, että he eivät ainakaan hoitoprosessin toimimattomuuden takia joutuisi uudestaan näiden pettymysten eteen.

Monissa tutkimuksissa on todettu, että melko moni pariskunta lopettaa hoidot kesken tai eivät lähde niihin ollenkaan lapsettomuushoitoihin liittyvän henkisen taakan takia (Huppelschoten, Dongen, Verhaak, Nelen & Kremer 2013, 2178; Brandes, van der Steen, Bokdam, Hamilton, De Bruin, Nelen & Kremer 2009; Domar, Smith, Conboy, Iannone & Alper 2009). Toisaalta tutkimuksissa on saatu myös viitteitä siitä, että klinikan potilaskeskeisillä toimintatavoilla ei olisi yhteyttä pariskuntien ennenaikaiseen hoidoista pois jäämiseen (Huppelschotel ym 2013, 2177), mutta klinikan vaihtaminen toiseen klinikkaan johtuisi klinikan potilaskeskeisyyden

puutteesta (Van Empel, Dancet, Koolman, Nelen, Stolk, Sermeus, D'Hooghe & Kremer 2011, 584). Aartsin, Huppelschotenin, Ven Empelin, Boivinin, Verhaakin, Kremerin ja Nelenin (2012) tekemässä tutkimuksessa löydettiin yhteys potilaan henkisen hyvinvoinnin ja lapsettomuushoitajien potilaskeskeisyyden välillä.

Lapsettomuusklinikan henkilökunnan on pystyttävä kehittämään omia hoitoprosesseja niin toimiviksi, laadukkaiksi ja asiakaslähtöisiksi, että ainakaan niistä johtuvien puutteiden takia asiakkaat eivät vaihtaisi klinikkaa toiseen. Jos pariskunta haluaa kaikesta huolimatta lopettaa hoitonsa, niin sen tulisi olla päätös, joka on tehty riittävän tiedon saannin ja rauhallisen harkinnan jälkeen, eikä hoitoprosessin toimimattomuuden takia. Lapsettomuuden hyväksyminen, epäonnistuneiden hoitojen jälkeen, edistää selviytymistä lapsettomuuden surusta (Kettula-Pihlaja, Aho & Kaunonen 2015, 298). Hoitojen keskeyttäminen tai se, että niihin ei lähde ollenkaan, voi jäädä vaivaamaan pariskuntaa, jos se ei ole ollut heille selkeä oikealta tuntuva ratkaisu, vaan lapsettomuuden taakan ja klinikan toimimattomien käytäntöjen aiheuttama pakko.

Tässä opinnäytetyössä on tarkoitus kehittää munasolunsaajien hoitoprosessia asiakkaan näkökulmasta. Työssä haastatellaan munasolunsaajapariskuntia liittyen heidän läpikäymäänsä munasolunluovutushoitoon ja sen asiakaslähtöisyyteen. Uuden hoitoprosessin kehittämisessä huomioidaan myös henkilökunnan näkökulma. Kehittämistyön lähestymistapana on toimintatutkimus ja aineisto kerätään munasolunluovutushoidon läpi käyneiden saajien teemahaastattelulla ja henkilökunnan aivoriihi ideoinnin avulla. Tutkimuksen tuloksia ja tehtyä kehittämistyötä voidaan soveltaa ja käyttää siittiösolujen ja alkioiden saajien hoitoon, mutta sitä voidaan varmasti hyödyntää myös muiden lapsettomuudesta kärsivien hoidossa.

2 Asiakaslähtöinen kehittämistyö

Tämän opinnäytetyön keskeisenä tarkoituksena on kehittää munasolunsaajien hoitoprosessia mahdollisimman asiakaslähtöiseksi (customer oriented). Monissa tutkimuksissa nähdään käytettävän myös käsitettä potilaslähtöinen (patient centeredness tai patient-centred). Käsitettä asiakaskeskeinen (client-centred) nähdään myös käytettävän. Uutena käsitteenä nähdään nykyisin myös käsitettä asiakasläheisyys (customer intimacy). Sillä tarkoitetaan palvelujen käyttäjän kohtaamista uudella tavalla ja näin antaa palvelun käyttäjälle tasavertaisen osallisuuden niin palveluiden suunnittelussa kuin tuotannossakin. (Virtanen & Stenvall 2014, 146.) Tässä työssä käytetään käsitettä asiakaslähtöinen, koska lapsettomuusklinikalla hoidetaan terveitä itsenäisesti toimivia ihmisiä, jotka eivät ole niinkään potilaita. Samasta syystä käytän asiakas käsitettä potilas käsitteen sijasta. Toisaalta, jos lähteessä käytetään toista käsitettä, käytän samaa käsitettä viitatessani lähteeseen. Seuraavaksi työssä käsitellään asiakaslähtöisyyttä, mutta myös asiakaskeskeisyyttä ja

potilaslähtöisyyttä, koska nämä kaikki käsitteet ovat lähes toistensa synonyymeja ja varsinkin ulkomaisissa tutkimuksissa käytetään paljon potilaslähtöisyys käsitettä.

Palveluiden muutosprosessia on viime vuosikymmeninä vauhdittaneet lainsäädännölliset asiat(kuluttajasuoja), tiedotusvälineiden kautta tapahtuva tiedotus palveluiden käyttäjien oikeuksista, teknologian kehitys ja laatu järjestelmien mukana tuomat toimintamallit. Voidaan sanoa, että palvelun käyttäjä on muuttunut muutamassa vuosikymmenessä toiminnan kohteesta aktiiviseksi toimijaksi. Asiakaslähtöisyys edellyttää, että organisaatiolla on tietoa palvelun käyttäjän mieltymyksistä, palvelun käyttämisen profiilista, syvällistä asiakasymmärrystä ja tietoa palvelun käyttäjästä. (Virtanen & Stenvall 2014, 156.)

2.1 Asiakaslähtöisyys, asiakaskeskeisyys ja potilaslähtöisyys

Suomen kuntaliiton tekemän (2011) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuaan mukaan asiakaskeskeisyys on määritelty seuraavasti:

”asiakas/potilas voi toiminnallaan, valinnoillaan ja päätöksillään vaikuttaa omaan terveyteensä tai sosiaaliseen pärjäämiseensä. Hänellä on mahdollisuus vaikuttaa saamiinsa palveluihin ja tehdä valintoja. Potilaan oma näkemys hoidon tarpeesta ja merkityksestä tulee huomioon otetuksi. Hänen asiantuntijuutensa oman terveyden- ja elämäntilanteensa tuntijana kunnioitetaan. Hoitosuhde perustuu vuorovaikutukseen hoitohenkilökunnan ja potilaan sekä hänen omaistensa ja läheistensä kanssa. Asiakaskeskeisyys on ammatillista potilaan tarpeisiin, toiveisiin ja odotuksiin vastaamista hoidossa.” Suomen terveydenhuoltolain mukaan potilaan terveydenhuollon on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti järjestettyä.”

Sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuuden muutossuunnista (megatrendeistä) yksi osa-alue on se, että asiakaslähtöisyyden merkitys tulee lisääntymään. Tulevaisuudessa hoitoprosesseja tullaan kehittämään asiakasprosesseiksi. (Vesterinen 2011, 31.) Väestöliiton klinikoiden laatu-tavoite kohdistuu myös asiakaslähtöisyyteen (Väestöliiton laatukäsikirja 2015). Tulevassa sosiaali- ja terveydenhuollon (sote) uudistuksessa asiakaslähtöisyys on myös nostettu yhdeksi lähestymisnäkökulmaksi (STM 2016). Asiakaslähtöisyys on tällä hetkellä vahvasti esillä joka puolella, kun puhutaan tulevaisuuden kehityssuunnista terveydenhuollossa niin ulkomailla, kun Suomessakin.

Asiakaslähtöisyyden, asiakaskeskeisyyden ja potilaslähtöisyyden tärkeys on viime aikoina tunnustettu lapsettomuushoidoissa. Aikaisemmin on vain arvioitu lapsettomuushoitajien raskaustuloksia hyvän hoidon mittarina. Nyt ollaan kuitenkin heräämässä siihen, että hoidonlaadulle voi ja täytyy olla muitakin mittareita. Osa lapsettomuuden takia hoidoista olleista pariskunnista

jää kuitenkin lapsettomiksi ja se, että näin käy, ei automaattisesti tarkoita sitä, että hoito olisi ollut huonoa. Toisaalta suurin syy vaihtaa lapsettomuusklinikkaa lääketieteellisten syiden jälkeen on potilaskeskeisyyden puute. (Dancet Van Empel, Rober, Nelen, Kremer & D'Hooghe 2011, 827-828; Van Empel ym. 2011, 584.)

Dancet ym. (2011) ovat jaotelleet lapsettomille pariskunnille suunnatun laadullisen tutkimuksen perusteella potilaskeskeisyyden kolmeen eri ulottuvuuteen: systeemitekijöihin, inhimillisiin tekijöihin ja edellisten yhteistekijöihin. Tutkimukseen osallistuneet potilaat määrittelivät itse niitä tekijöitä, joita he pitivät tärkeinä, kun lapsettomuutta hoidetaan. Tutkijat rakensivat potilaiden näkemysten pohjalta mallin, jossa esitetään yksityiskohtaisesti, miten potilaskeskeisyys voidaan määritellä. Tutkimuksen mukaan systeemitekijöihin kuuluvat: riittävä tiedonsaanti, henkilökunnan ammattitaito, sujuvuus, saatavuus, hoidon jatkuvuus ja siirrettävyys sekä klinikan fyysinen mukavuus. Inhimillisiin tekijöihin tutkimuksen mukaan voi luetella: henkilökunnan asenteen ja suhteen potilaisiin, vuorovaikutuksen henkilökunnan kanssa, potilaan osallisuuden ja yksityisyyden huomioimisen ja henkisen tuen. Edellisten tekijöiden yhteistekijöihin puolestaan kuuluu tasapainotus ja vahvistus. Tasapainotus tarkoittaa sitä, että jos esimerkiksi potilas kokee inhimillisissä tekijöissä puutetta, ja systeemitekijöissä vahvuuksia, niin vahvuudet tasapainottavat näitä puutteita. Vahvistus puolestaan tarkoittaa sitä, että jos inhimillisyystekijöissä oli puutetta, oli usein myös systeemitekijöissä puutetta, tai toisinpäin, jos toisessa oli vahvuuksia, vahvasti se myös toisen tekijän vahvuuksia.

2.2 Kehittämistyö

Kehittäminen käsitetään usein konkreettisenä toimintana, jonka päämääränä on saavuttaa jokin selkeästi määritelty tavoite. Kehittämisen tavoitteena on muutos, joka on parempaa ja tehokkaampaa kuin aikaisemmat käytännöt tai rakenteet. Kehittämisen lähtökohtana voi olla jokin nykyinen ongelma tai ajatus jostakin uudesta. (Toikko & Rantanen 2009, 14-16.) Kehittämistoiminta käsitettä pidetään usein kehitystyön synonyymina. Kehittyminen ja kehitys voi tapahtua passiivisesti tai sattumalta, ja ne ovat yksilöiden, asioiden, ilmiöiden ja toimintojen muutoksia. Kehittyminen on yleensä sekä prosessi, että sen tulos, ja sitä voi tapahtua ilman tutkimusta, mutta parhaiten tutkimus ja kehittäminen toimivat yhdessä. Tutkiva kehittäminen on työskentelytapa, jossa tutkimuksella, tutkimustiedolla tai tiedon tavoittelulla on tärkeä rooli kehittämisen yhteydessä. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 21-23.)

Kehittämistyötä saatetaan pitää hyvin tavallisena jokapäiväisenä toimintana. Todellisuudessa se on kuitenkin hyvin monipuolista toimintaa, joka vaatii tieteellisen toiminnan elementtejä, tiedon kriittistä arviointia ja sen, että toiminnan tarkoituksellisuus on hallinnassa. Kehittämistyön edellytykset ovat kriittisyys, reflektio, muutoksen tekeminen ja arviointi. Kehittämistyöhön vaaditaan aktiivisia toimijoita, jotka ovat sitoutuneet yhteisen tavoitteen saavuttamiseen. Kriittinen refleктоiva ajattelu on kehittämistyön ydinaluetta. Kriittinen ajattelu on

pohja sille, että olosuhteita, ihmisiä, tapahtumia, uskomuksia ja heidän toimintaansa tutkitaan ennakkoluulottomasti. (Kiikkala 2007, 62-64.)

Tässä kehittämistyössä lähtökohtana oli kiinnostus siitä, mitä asioita munasolunsaajat itse pitävät tärkeänä hoitoprosessissaan ja miten he itse kehittäisivät hoitoprosessia. Toisaalta tärkeää oli myös se, että hoitoprosessia kehittämällä saavutettaisiin sellainen toimintamalli, joka vähentäisi asiakkaille hoitoprosessista aiheutuvia ongelmia ja lisästressiä. Toisin sanoen hoitoprosessi olisi niin vakioitu ja hiottu, että sen toimimattomuuden takia aiheutuvat ongelmat saataisiin minimoitua. Kehittämistyöhön liittyvä tutkimuksellisuus ilmeni tämän opinnäytetyön kohdalla niin, että asiakkailta kerättiin tietoa haastattelemalla ja haastatteluaineistot analysoitiin tieteellisten periaatteiden mukaan. Kriittistä ajattelua ja reflektointia hyödynnettiin koko prosessin ajan, jotta asioiden eri näkökulmat tulisi huomioitua. Kehittämistyön lähtökohtana oli myös se, että organisaation erittäin kokenut ja ammattitaitoinen henkilökunta voi osallistua kehittämistyöhön, jolloin pystyttiin hyödyntämään usean ihmisen ideoita ja ajatuksia. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää hoitoprosessi, joka olisi toimiva myös lapsettomuusklinikan näkökulmasta.

Kehittämistyöllä pyritään yleensä luomaan yrityksessä tai organisaatiossa uusia toimintatapoja, menetelmiä, tuotteita tai palveluita. Kehittämistyötä tarvitaan esimerkiksi kasvun aikaansaamiseksi tai kannattavuuden parantamiseksi, toimivan organisaatio rakenteen luomiseen, asiakkaiden mieltymysten ymmärtämiseen, tulevaisuuden tarpeiden tunnistamiseen, prosessien ja toiminnan kehittämiseen, uusien liiketoimintamallien, tavaroiden ja palveluiden kehittämiseen, laajenemiseen, kansainvälistymiseen ja organisaatiossa ilmeiden ongelmien ratkaisemiseen. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 11-12.)

Väestöliiton lapsettomuusklinikka on yksityinen lapsettomuusklinikka. Yksityisellä terveydenhuolto sektorilla vallitsee tällä hetkellä kova kilpailu ja sen lisäksi asiakkaat ovat tottuneet vaatimaan yksityiseltä hoidolta enemmän, kuin kunnalliselta hoidolta. Uusia palveluita luodaan ja jokainen toimija pyrkii olemaan kilpailun kärjessä. Kansainvälistyminen ja yli valtion rajojen tapahtuvat hoidot tuovat vielä omat haasteensa käytännön työhön ja klinikoiden kilpailu tilanteeseen. On tärkeää, että pystyisimme kehittämään toimintaamme paremmin asiakkaiden tarpeita vastaavaksi ja sitä kautta Väestöliiton klinikat pysyy kilpailukykyisenä muihin palveluntarjoajiin nähden. Huppelschotenin, Aarts, Van Empel, Cohen, Kremer & Nelen. (2013a, 1425) tutkimuksessa tuodaan esille, että tulevina vuosina lapsettomuusklinikoiden kova kilpailu voi nopeuttaa klinikoiden tavoitetta olla mahdollisimman potilaskeskeinen.

3 Lapsettomuus

World Health Organization, WHO:n, mukaan lapsettomuus on tilanne, jossa raskaus ei ole alkanut vuoden yrittämisen jälkeen hedelmällisessä iässä olevalla pariskunnalla, jolla on säännöllisiä suojaamattomia yhdyntöjä (WHO 2015). Syitä lapsettomuuteen voi olla tukossa olevat munatorvet, epäsäännöllinen kuukautiskierto tai huono spermanlaatu. Lapsettomuuden syy voi jäädä myös epäselväksi. Osa lapsettomuuden syistä on sellaisia, jotka vain alentavat raskaaksi tulon mahdollisuutta, mutta eivät estä sitä kokonaan. Noin 25 % pariskunnista, jotka ovat yrittäneet raskautta vuoden, on lapsettomuuden syynä ongelma, joka tekee spontaanin raskauden mahdollisuuden lähes mahdottomaksi. Vastaavasti noin 75 % pariskunnista, jotka ovat yrittäneet raskautta vuoden, on mahdollisuus tulla raskaaksi toisen vuoden yrittämisen aikana. (De Haan, Spelt & Göbel 2010, 21-22.) Täydellinen steriliteetti, kyvyttömyys saada lasta, on harvinaista. Vain noin 4 prosenttia lapsettomuuden syynä on täydellinen steriiliys. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 92.)

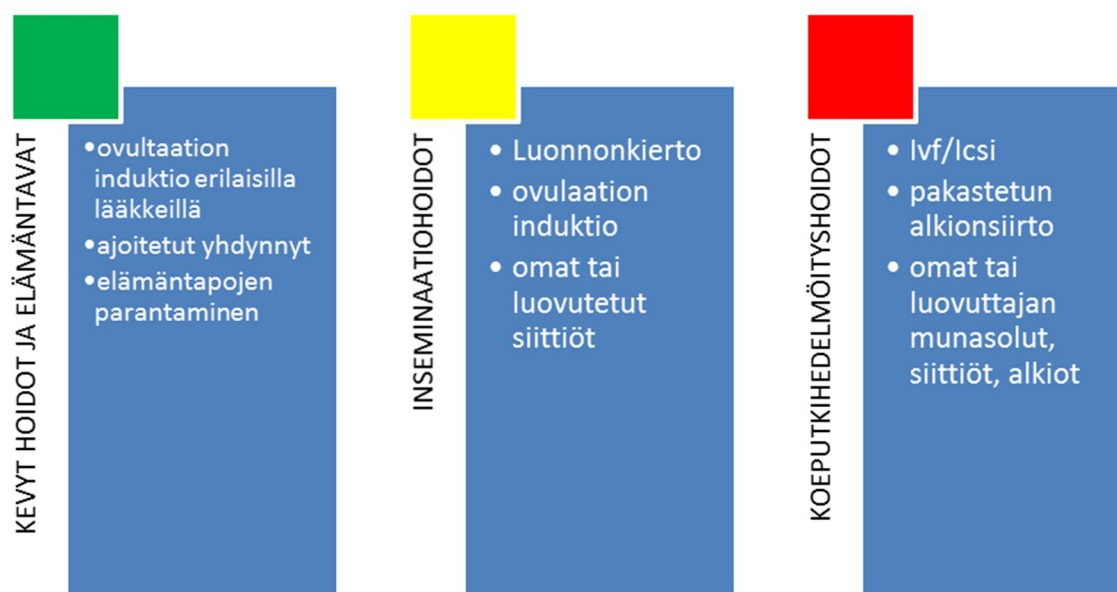
Maaailman laajuisesti noin joka kuudes pariskunta kärsii lapsettomuudesta, jossakin vaiheessa hedelmällistä ikää. Lapsettomuuden syistä naisesta johtuvaa on noin 20-35 %, miehestä johtuvaa noin 20-30% ja noin 25-40 % lapsettomuuden syinä on molemmista osapuolista johtuvia syitä. Suurin osa kaikista maailman lapsettomuushoidoista tehdään 30-39 vuotiaille naisille. (ESHRE 2015). Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel ja Stevens (2012) tekemässä systemaattisessa 277 tutkimuksen analyysissä ilmeni, että arviolta 48 miljoonaa pariskuntaa maailman laajuisesti ei ole onnistunut tulemaan raskaaksi viiden vuoden yrittämisen jälkeen. On huomattavaa, että nykyisin lasten hankkimista lykätään myöhempään ikään. Naisen iän noustessa myös hedelmällisyys heikkenee. Naisen hedelmällisyys alkaa heiketä jo 30 ikävuoden jälkeen, 35 vuotiaalla vielä selkeämmin ja 40 ikävuoden jälkeen erittäin merkittävästi. (Söderström-Anttila 2010, 3123; Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 92.)

Lapsettomuushoidoilla tarkoitetaan naisen, miehen, tai parin hedelmättömyyden takia suoritettavia toimenpiteitä, joiden tarkoituksena on parantaa raskauden alkamisen todennäköisyyttä (Papunen-Morin & Koivunen 2012, 1478). Vuonna 1978 tehtiin ensimmäinen onnistunut koeputkihedelmöityshoito. Sitä ennen käytössä oli ainoastaan inseminaatiohoito, keinosiemennys, jolla voitiin parantaa lapsettomuudesta kärsivien pariskuntien raskauden mahdollisuutta. (De Haan ym. 2010, 101.) Hedelmällisyyttä voidaan parantaa poistamalla fysiologisia esteitä raskauden alkamiselle (painon lasku tai nosto), tautien hoitaminen (akuutti infektio), vahingollisten elintapojen poistaminen (tupakointi, päihteet), erilaiset kirurgiset toimenpiteet, hormonaaliset hoidot (ovulaation induktio tai stimulaatio). (Klemetti 2006, 17.)

Lapsettomuuden hoitoon on monia erilaisia hoito mahdollisuuksia. Hoitomuoto valitaan usein lapsettomuuden syyn, naisen iän ja lapsettomuuden keston perusteella.

Lapsettomuushoitoihin kuuluu inseminaatiohoito eli IUI, luonnonkierrossa tai yhdistettynä

ovulaation induktioon erilaisten hormonaalisten lääkkeiden avulla. Samoin koeputkihedelmöityshoito, joko perinteisellä maljahedelmöityksellä eli IVF-hoito, tai mikroinjektiohoito eli ICSI-hoito. IVF ja ICSI hoidoista syntyneitä pakastettuja alkioita voidaan sulattaa ja siirtää kohtuun myöhemmin, joko luonnonkierrossa tai hormonilääkityksen tuella, FET. (Klemetti 2006, 16.) Lapsettomuuden hoidoissa voidaan käyttää myös luovutettuja sukusoluja, siittiöitä ja munasoluja ja alkioita.



Kuvio 1: Lapsettomuushoitojen jaottelu

3.1 Lapsettomuuden hoito Suomessa

Suomessa toimi vuonna 2013 25 hedelmöityshoitoklinikkaa. Näistä klinikoista koeputkihedelmöityshoitoja tehdään omilla sukusoluilla yhteensä 19 klinikalla. Koeputkihedelmöityshoidoista 49,6 prosenttia tehtiin julkisella puolella (yliopistolliset sairaalat, keskussairaalat). Julkisen puolen osuus hedelmöityshoidoissa on viime vuosina kasvanut. Julkisella puolella toimi vuonna 2013-2014 10 hedelmöitysklinikkaa. Eniten klinikoita on Helsingin Yliopistollisen sairaalan piirissä, 8 kpl. (Heino & Gissler 2015, 9-10.)

Vuonna 2013 Suomessa aloitettiin 13500 hedelmöityshoitoa. Viime vuosina koeputkihedelmöityshoitojen määrä on hieman laskenut, mutta jos katsotaan koko 2000-lukua, niiden määrä on noussut voimakkaasti. Koeputkihoidosta lapsen syntymään johtaneiden hoitojen määrä on hieman noussut, sen ollen vuonna 2013 20,2 prosenttia per koeputkihedelmöityshoito. Alle 30-vuotiaiden naisten osuus hedelmöityshoidoissa on laskenut viime vuosina. Heidän osuus vuonna 2013 koeputkihedelmöityshoidossa oli 17,1 prosenttia. Yli

40-vuotiaiden naisten osuus koeputkihedelmöityshoidoista oli vuonna 2013 13,9 prosenttia. Viime vuosina nuorempien naisten osuus on laskenut ja vanhempien naisten osuus noussut koeputkihedelmöityshoidoissa. Suomessa lainsäädäntö ei aseta hoidoille mitään yläikärajaa. Useimmilla klinikoilla on kuitenkin omat ikärajat hoidettaville naisille. Monissa klinikoissa naisten ikäraja hoidoille on 40-45 vuotta, munasolunluovuttajalle 35 vuotta ja spermanluovuttajille 40-46 vuotta. Vain muutama klinikka Suomessa ilmoitti, että heillä on yläikäraja hoidettaville miehille, sen ollen näillä klinikoilla 60-65 vuotta. (Heino & Gissler 2015, 3-4.) Hedelmätyshoitoihin hakeutuvien koulutustaso on Suomessa selkeästi keskitasoa korkeampi, samoin heistä työssä käyviä oli selkeästi enemmän kuin saman ikäisellä väestöllä keskimäärin (Miettinen 2011, 14.)

Suomeen tuli vuonna 2007 uusi hedelmätyshoitolaki, jonka jälkeen sukusolujen luovutushoitosten määrässä tapahtui laskua. Lasku johtui todennäköisesti siitä, että uuden lain mukaan kaikki sukusolunluovuttajat tulee jatkossa rekisteröidä. Se tarkoittaa sitä, että luovuttajan henkilötiedot lähetetään Valviraan (sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto) ja hoidosta mahdollisesti syntyneellä lapsella on oikeus saada, sitä halutessaan, 18-vuotta täytettyään luovuttajan henkilötiedot tietoonsa. (Finlex 2015). Tämä aiheutti luovuttajissa epätietoisuutta siinä, mitä asia tarkoittaa. Viime vuosina luovutetuilla sukusoluilla tehtyjen hoitojen määrä on kasvanut. Munasolunluovutushoitosten määrä on pysynyt melko vakaana, mutta siittiösoluilla tehdyt luovutushoidot on lisääntynyt huomattavasti. Suomessa 15 klinikka teki vuonna 2014 hoitoja luovutetuilla sukusoluilla. Näistä vain kaksi oli julkisia klinikoita, näin ollen 96 prosenttia hoidoista luovutetuilla sukusoluilla tehtiin yksityisillä klinikoilla. Kaikista hedelmätyshoidoista 18% tehtiin luovutetuilla sukusoluilla. (Heino & Gissler 2015, 2-3.)

Hedelmätyslain mukaan hedelmätyshoitoja tarjoavan klinikan on arvioitava se, kenelle hedelmätyshoitoja voidaan antaa. Hedelmätyshoidon antamisen esteenä on esimerkiksi se, että hoitoa saava on avioliitossa kolmannen osapuolen kanssa, syntyvän lapsen tasapainoista kehittymistä ei voida taata, raskaus aiheuttaa liian suuren riskin äidin tai lapselle terveydelle, asian mukaista hoitosuostumusta ei ole allekirjoitettu, hoitosuostumus on peruutettu tai sen antanut on kuollut ja on syytä olettaa, että syntynyt lapsi annettaisiin ottolapseksi. (Finlex 2015).

Noin 80% hoidetuista lapsettomista pariskunnista saa lapsen. Lapsettomuuden hoidossa toteutetaan kiireettömän hoidon perusteita. Osa perustutkimuksista voidaan tehdä perusterveydenhuollossa tai yksityisellä sektorilla. (Papunen-Morin & Koivunen 2012, 1478.) On huomioitavaa, että osa pariskunnista jää lapsettomaksi hoidoista huolimatta. Tällöin he joutuvat pohtimaan jatkavatko elämäänsä kahdestaan, hakeutuvatko he sijaisvanhemmiksi vai lähtevätkö he adoptioprosessiin

3.2 Munasolunluovutushoito

Munasolunlahjoitushoidolla tarkoitetaan hoitoa, jossa käytetään toisen naisen munasoluja lapsettomuudesta kärsivän parin hoitoon. Munasolujen laatua ei voida parantaa millään tavalla, näin ollen munasolujen huonosta laadusta johtuvan lapsettomuuden hoitoon jää ainoaksi hoitovaihtoehdoksi munasolunluovutushoito eli od-hoito (ovum donation) (Söderström-Anttila 2010, 3126). Munasolunluovutushoito esiteltiin ensimmäisen kerran vuonna 1984. Sen jälkeen munasolunluovutushoito on levinnyt laajalti maailmalla, ollen nykyisin yksi standardi lapsettomuuden hoitomuoto muiden joukossa. (Söderström-Anttila 2001, 28.) Toisaalta on muistettava, että kaikissa maissa munasolunluovutushoito ei ole laillista ja muutenkin käytännöt eri maissa hoitojen suhteen voivat olla hyvinkin erilaisia. Maailman laajuisesti on vaikea arvioida, kuinka paljon od-hoitoja tehdään vuosittain. Yksistään USA:ssa tehtiin vuonna 2010 18011 od-kiertoa. (Weissman 2014, 443.) Munasolunluovutusoidon 30 vuoden historian aikana arvioidaan noin 200 000 lapsen syntyneen hoidon avulla (Woodriff 2014, 662). Vuonna 2013 suomessa tehtiin 740 alkionsiirtoa luovutetuilla munasoluilla aikaan saaduilla alkioilla. Näistä siirroista syntyi 199 lasta. Vuosien 2008-2013 välillä od-hoitoja on tehty Suomessa vuosittain vaihdellen 693-748 hoidon välillä. (Heino & Gissler 2014, 7.)

Munasolunluovutushoitoa tarvitaan, jos naisella ei itsellä ole munasoluntuotantoa ennenaikaisesta munasarjan toimimattomuudesta, POF (Premature ovarian failure), johtuen. Syitä POF tilanteeseen voi olla kromosomipoikkeavuus, autoimmuunihäiriö, gonadal dysgenesis, idiopaattinen POF, leikkauksesta johtuva munasarjan toimimattomuus tai puuttuminen, syöpähoidoista johtuva munasarjojen toimimattomuus tai vaihdevuodet. Voi olla myös, että toistetut omilla soluilla tehtävät koeputkihedelmöityshoidot eivät tuota tulosta. Syynä voi olla huono vaste hoitoon tai huono munasolun laatu esimerkiksi naisen iästä johtuen. Näissäkin tapauksissa voidaan käyttää apuna od-hoitoa. Jos naisella on jokin vaikea periytyvä sairaus, voidaan harkita luovutettujen munasolujen käyttöä raskauden ja terveen lapsen aikaan saamiseksi. (Söderström-Anttila 1998, 10.)

Taulukko 1 Syitä munasolunluovutushoitoon

Ennen aikainen munasarjojen toiminnan hiipuminen=POF	Epäonnistuneet lapsettomuushoidot omilla munasoluilla	Vaikean periytyvän sairauden kantajuus	Ikä

Munasolunluovutusprosessi on melko vaativa prosessi munasolunluovuttajalle. Hänelle tulee useita käyntejä lapsettomuusklinikalle ja hän joutuu läpikäymään saman koeputkihedelmöityshoidon, jonka lapsettomat pariskunnan käyvät läpi. Luovuttajan hoitoon

liittyy usein sivuvaikutuksia hormonihoidosta ja munasolujenkeräyksestä johtuen, myös komplikaatiot ovat mahdollisia (Söderström-Anttila ym. 2016).

Suomen hedelmöityslain mukaan sukusolujen luovuttajaksi soveltuu henkilö, joka on 18-vuotta täyttänyt, terve ihminen. Hänellä ei ole vakavaa periytyvää sairautta tai tarttuvaa tautia, joka saattaisi vaarantaa hoidettavan naisen tai hoidosta syntyvän lapsen terveyden. Luovutuksesta ei saa myöskään koitua vaaraa hänen omalle terveydelleen.

Munasolunluovuttajalle ei lain mukaan myöskään saa hyötyä taloudellisesti luovutuksesta. (Finlex.) Klinikoilla on edellisten lain antamien raamien lisäksi omia ohjeita ja säännöksiä luovuttajien hoitoa ohjaamaan. Esimerkkinä klinikan omista ohjeista on ikäraja, monissa klinikoissa luovuttajalta edellytetään yli 20-vuoden ikää. Edellisten tekijöiden takia munasolunluovutushoitoihin on saattanut olla jopa kahden vuoden jono eli luovuttajia on ollut vähemmän, kun hoitoa tarvitsevia pariskuntia.

Munasolunsaajapariskunnilla saattaa olla pitkä lapsettomuushistoria takanaan, siinä vaiheessa, kun heidät asetetaan jonoon munasolunluovutushoitoa varten. On myös mahdollista, että nainen on tiennyt lapsuudesta tai nuoruudestaan asti, että ainoa vaihtoehto lasten hankintaan on hänen kohdallaan luovutettujen sukusolujen käyttö. Toisaalta on myös tilanteita, että tarve luovutetuille munasoluille tulee hyvinkin nopeasti ja yllättäen esimerkiksi siinä vaiheessa, kun lapsettomuuden syyn tutkiminen vasta aloitetaan. On tärkeää, että luovutettujen munasolujen käyttöä edeltää huolellinen valmistautuminen tulevaan hoitoon (Papunen-Morin & Koivunen 2012, 1574). Odotusaika munasolunluovutushoitoon on klinikka kohtaista. Vuoden 2015 lopulla odotusaika hoitoon Väestöliiton Helsingin klinikalla oli noin puolivuotta. Joskus voi olla myös tilanne, että potilaspariskunta ei itse ole valmis vielä tulevaan hoitoon ja näin ollen he jäävät odottamaan itselleen sopivaa ajankohtaa hoitoon.

4 Munasolunluovutushoidon hoitoprosessin nykytilanne ja sen ongelmakohdat

Väestöliiton lapsettomuusklinikan toiminnassa noudatetaan seuraavia arvoja: ihmisläheisyys, luotettavuus, yhteistyö, ennakkoluulottomuus ja oikeudenmukaisuus. Toimintaperiaatteisiin ja laatutavoitteisiin kuuluu asiakaslähtöisyys, luotettavuus, tuloksellisuus sekä turvallinen toiminta ja hyvien hoitotulosten saavuttaminen. Palveluiden laatua arvioidaan selvittämällä asiakastyytyväisyyttä, prosessien toimintaa, henkilöstön osaamista sekä heidän tyytyväisyyttään työhönsä. (Väestöliiton klinikat 2015.)

Helsingin Väestöliiton klinikoilla munasolunluovutushoidosta vastaa tällä hetkellä kaksi lääkäriä ja kaksi hoitajaa. He vastaavat ja koordinoivat hoitoja, mutta myös koko muu henkilökunta hoitaa munasolunluovuttajia ja munasolunsaajia tarpeen vaatiessa. Lääkäri

tekee päätöksen asiakaspariskunnan munasolunluovutusjonoon asettamisesta. Hoitoprosessi käynnistyy tästä päätöksestä. Syitä jonoon asettamisesta voi olla kuten jo aikaisemmin esitettiin enenaikainen munasarjatoiminnan hiipuminen, omat epäonnistuneet lapsettomuushoidot, jokin geneettinen sairaus tai sen kantajuus ja naisen ikä (Söderström-Anttila 2001, 28). Yleensä pariskunta on lääkärin vastaanotolla, kun päätös jonoon asettamisesta tehdään. Tällä käynnillä he saavat yleensä laajan informaatiopaketin tulevasta hoidosta, luovuttajien valinnasta ja lainsäädännöstä, myös psykologisista asioista keskustellaan ja sovitaan siitä, miten jatkossa edetään. Lääkäri määrää myös tarvittavia lisätutkimuksia, joita mahdollisesti tulisi tarkistaa ennen munasolunluovutushoitoa. Lääkärin käynnin jälkeen saajapariskunta näkee mahdollisesti hoitajan, joka vastaa munasolunsaajien hoidosta. Hoitajan tapaaminen on tärkeä käynti, koska siinä voidaan vielä kerrata lääkäriltä saatuja ohjeita, allekirjoitetaan hoitosuostumus ja hoitaja näkee saajaparin ulkonäön. Tämä auttaa häntä myöhemmin valitsemaan ulkoisesti sopivan luovuttajan pariskunnalle. Tämän jälkeen pariskunta saattaa vielä käydä laboratoriossa.

Ensimmäisen lääkärin käynnin jälkeen seuraa odotusaika. Odotusaikana saajanaiset ilmoittelevat kuukautisvuotojensa alkamiset vastuuhoidajalle puhelimitse tai sähköisen kommunikointipalvelun Kaikun kautta (Netmedi 2016). Pariskunnat käyvät odotusaikana myös psykologin luona keskustelemassa munasolunluovutushoidon psykologisesta puolesta, tunteista ja siitä, miten tärkeää nykytietämyksen mukaan syntyvälle lapsen on se, että hänelle kerrotaan hänen alkuperästään (Isaksson, Sydsjö, Skoog, Svanberg & Lampic 2012, 2999). Odotusaikana pariskunta voi olla tarvittaessa vastuuhoidajaan yhteydessä. Vastuuhoidaja koordinoi tulevat munasolunluovuttajien hoidot saajapariskunnille, ja esittelee hoitoehdotukset lääkärille. Lääkäri tekee lopullisen päätöksen, siitä kenelle saajapariskunnalle munasolunluovuttajan munasolut annetaan.

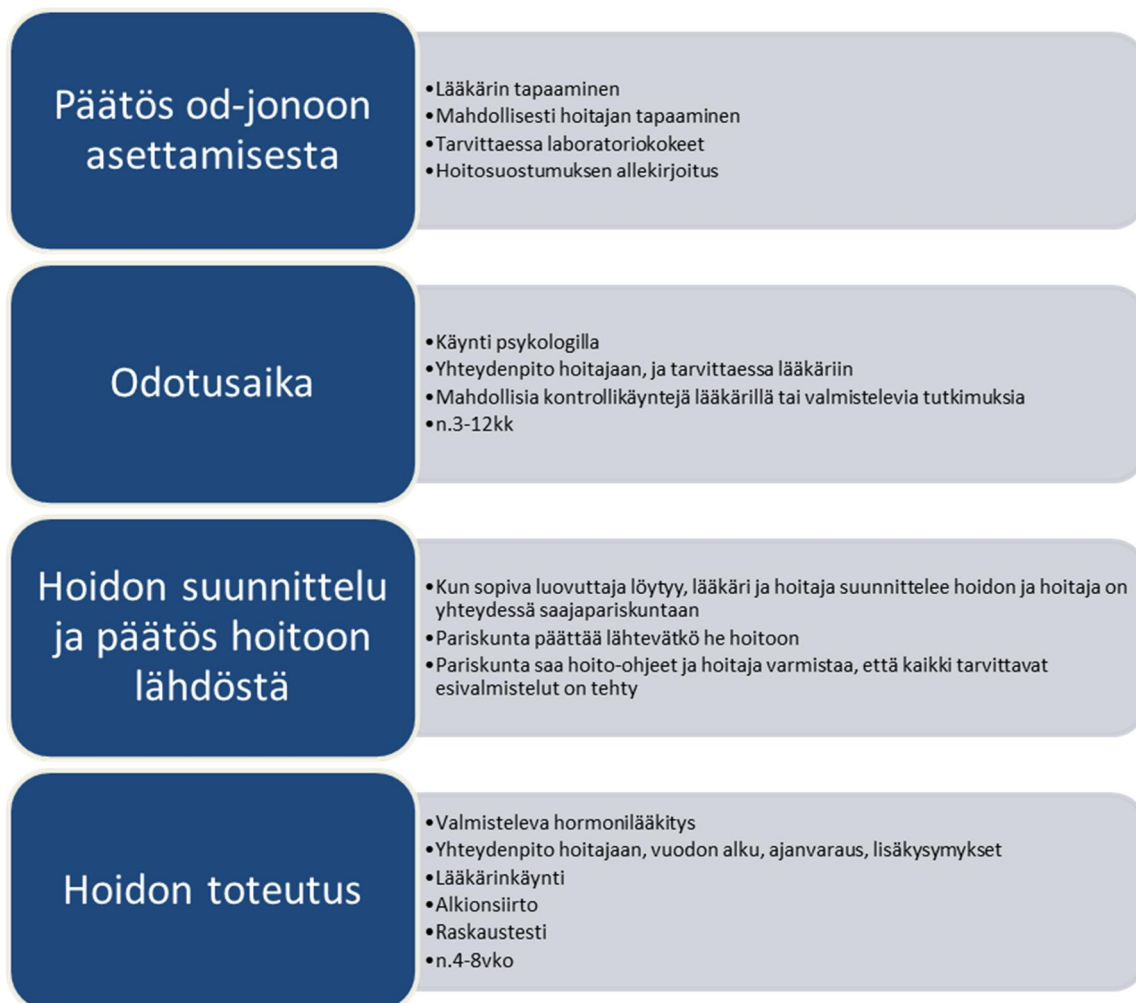
Kun sopiva munasolunluovuttaja on valittu pariskunnalle, vastuuhoidaja soittaa pariskunnalle ja tiedustelee heidän mahdollisuutta ja halukkuuttaan tulla munasolunluovutushoitoon tietyllä viikolla. Jos he eivät jostakin syystä halua tai pysty sitoutumaan hoitoon, jäävät he odottamaan seuraavaa mahdollisuutta hoitoon tai heidän kanssaan sovitaan, koska heille olisi sopiva aika tulla hoitoon. Jos pariskunta haluaa ja pystyy tulla tarjottuun hoitoon, heidän kanssaan sovitaan yleensä puhelimesta siitä, miten edetään.

Kun pariskunnan kanssa on sovittu hoidosta, nainen saattaa tarvita vielä lääkärinkäyntiä, miehstä otetaan viimeistään tässä vaiheessa infektionäytteet verestä laboratoriossa, he allekirjoittavat hoitosuostumuksen ja naiselle annetaan ohjeistus lääkityksistä, joita hän käyttää hoidon aikana. Tässä vaiheessa useasti saajapariskunta saattaa myös kysyä munasolunluovuttajan tuntomerkkejä. Tuntomerkeistä voidaan kertoa saajapariskunnalle luovuttajan pituus, hiusten ja silmien väri ja ikä. Vastuuhoidaja varmistaa, että kaikki asiat ovat hoidossa

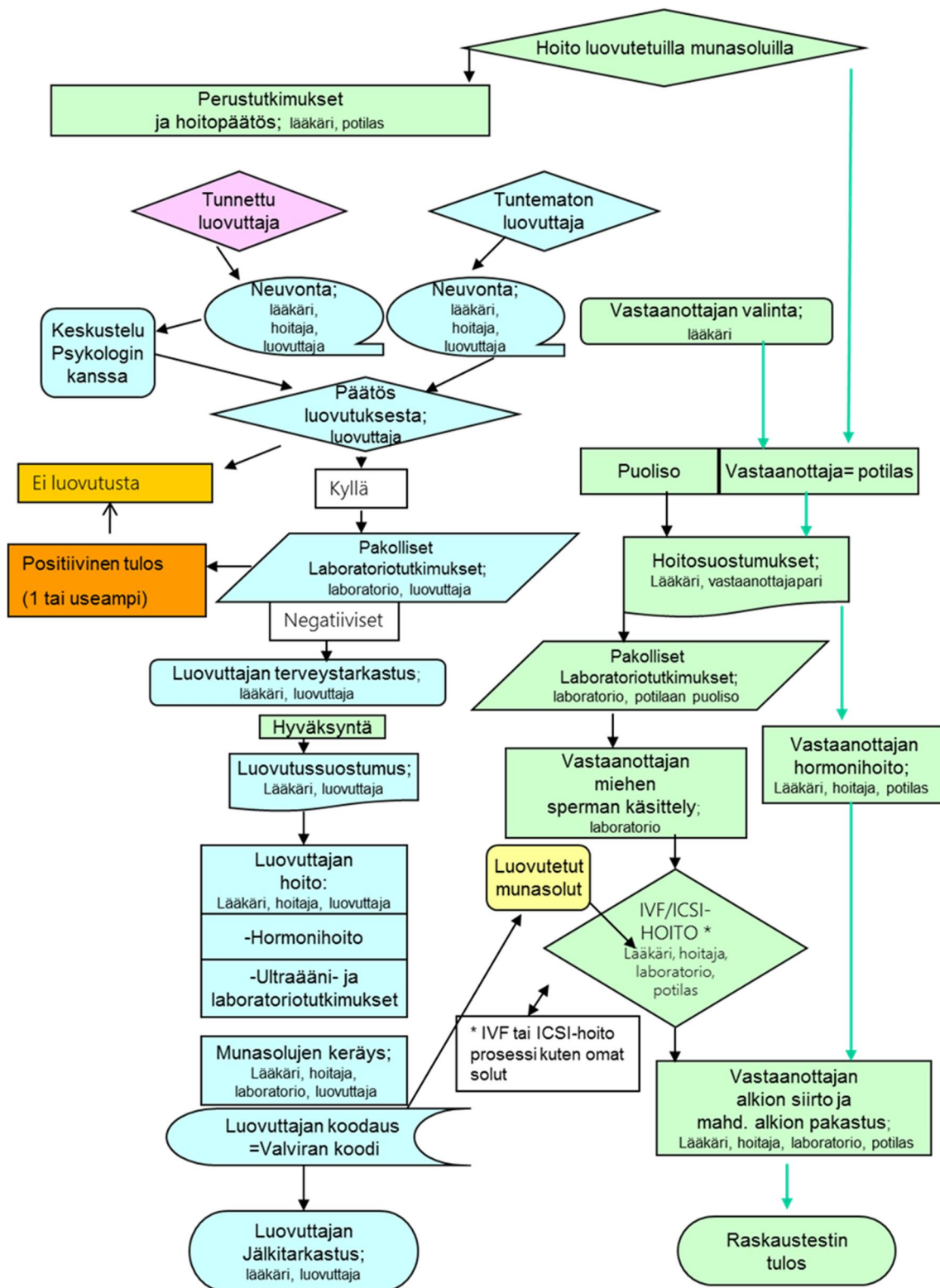
tässä vaiheessa ja hän myös ohjelmoi ja suunnittelee pariskunnan kanssa, miten asiat hoidetaan kuntoon. Kun saajanaisen hoitokierron kuukautisvuoto alkaa, on hän yhteydessä vastuuhoitajaan, ja silloin hänen kanssaan vielä kerrataan hoidon kulkua, lääkityksiä, annetaan aika ultraäänikontrolliin ja sovitaan siitä, miten tarvittaessa pidetään yhteyttä.

Lääkäri tekee ultraäänitutkimuksen kohdunlimakalvon paksuuden tarkistamiseksi noin kuukautiskierron 12-13 päivänä, ennen munasolunluovutushoidon alkionsiirtoa (Väestöliiton klinikat 2015). Samoihin aikoihin ultraäänitutkimuksen kanssa, alkaa munasolunluovuttajan hoito olla siinä vaiheessa, että saaja naiselle voi antaa jo tarkempaa tietoa luovuttajan munasolujen keräyspäivästä. Sinä päivänä, kun luovuttajalla on munasolujen keräys, tulee saajaparin miehen jättää siemenestenäytteensä laboratorioon. Hoitaja varmistaa vielä pariskunnalle munasolunkeräyspäivän puhelimitse ja kertaa spermanäytteen jättöön liittyvät ohjeet. Luovuttajan munasolunkeräyspäivänä laboratorio toteuttaa koeputkihedelmöityshoidon munasolunluovuttajan munasoluille ja saajaparikunnan miehen spermalle. Toimenpide puolelle nimetyt lääkäri ja hoitajat hoitavat munasolunluovuttajan toimenpiteen. Vastuuhoitaja soittaa saajaparikunnalle, ja kertoo kuinka monta munasolua he ovat saaneet luovuttajalta, ja sopii alkionsiirtoajankohdan yleensä kolmannelle päivälle munasolujen keräyksestä. Hän kertaa vielä alkionsiirtoon, lääkitykseen ja loppuhoitoon liittyviä asioita munasolunsaajanaisen kanssa.

Hedelmöittyneet luovutetut munasolut jakaantuvat laboratoriossa alkioiksi. Kolmantena päivänä keräyksestä lääkäri siirtää yleensä yhden alkion saaja naisen kohtuun ja loput alkiot pakastetaan laboratoriossa myöhempää käyttöä varten. Saaja nainen tulee laboratorioon raskaustestiin kahden viikon kuluttua alkionsiirrosta. Noin 40% siirretyistä luovutetuilla munasoluilla aikaan saaduista alkioista tuottaa raskauden (Väestöliiton klinikat 2015). Raskaustestiä ennen ja sen jälkeen pariskunnan on mahdollisuus olla yhteydessä vastuuhoitajaan ja -lääkäriin. Jos raskaustesti on positiivinen, tehdään raskausultraääni noin raskausviikolla 7 ja jos testi on negatiivinen, voidaan seuraavasta kuukautiskierrossa tehdä pakastetun alkionsiirto. Kuvassa 2 on kuvattu nykyinen hoitoprosessi asiakkaan näkökulmasta alusta loppuun. Kuvassa 3 on esitelty tämän hetkinen munasolunluovutushoidon hoitoprosessi Väestöliiton klinikoiden laatukäsikirjasta.



Kuvio 2 Nykyinen hoitoprosessi asiakkaan näkökulmasta



Hoito luovutetuilla munasoluilla, Väestöliiton klinikat, Helsinki

Kuvio 3 Nykyinen hoitoprosessi klinikan laatukäsikirjan mukaan

Käytännötyössä vuosien varrella on noussut esille muutamia ongelmakohtia munasolunsaajia hoidettaessa. Tiedonsaanti on varmasti asia johon ei koskaan olla täysin tyytyväisiä ihmisiä

hoidettaessa. Käytännöstä on lukuisia esimerkkejä tiedonsaannin ongelmista ja erilaisista asiakastyytyväisyys kyselyistä saadaan useasti tietoa siitä, että tällä saralla on ongelmia hoitotyössä. Munasolunsaajia hoidettaessa on käynyt niin, että asiakas ei ole saanut jostakin asiasta tietoa, toisin sanoen hänelle on jäänyt kertomatta jokin hoitoprosessiin liittyvä asia. Se saattaa aiheuttaa hämmennystä, lääkitysvirheitä, lisätä tyytymättömyyttä, lisähuolta, tai jopa kirjallisia valituksia. Joskus on ollut myös tilanteita, että ei olla oltu aivan varmoja siitä onko potilas saanut tiedon vai ei, ja onko kirjalliset ohjeet olleet ajan tasalla.

Asiakkaan kannalta tämän hetkessä hoitoprosessin ongelmana voisi olla se, että pariskunta ei välttämättä näe hoitajaa lääkärin käynnin yhteydessä. Hoitajan käynti voisi olla hyvä sen takia, että siinä olisi vielä mahdollista kerrata lääkäriä käytyjä asioita. Asiakkaille voi olla myös helpompi kysyä epäselviä asioita hoitajalta, kun lääkäriltä. Asiakkaille voisi olla myös helpompi olla myöhemmin yhteydessä hoitajaan, joka olisi jo tuttu. Tämä voisi parantaa asiakkaan kokemusta siitä miten hyvin hän on saanut informaatiota. Hoitajalle tämä käynti olisi myös tärkeä, jotta hän näkee saajaparin, näin sopivan luovuttajan valinta olisi helpompaa. Tällä hetkellä saaja parin tuntomerkit, pituus, hiusten ja silmien väri, kyllä kirjataan heidän potilaskertomuksiinsa ja joskus se ovat ainoa tiedonlähde, kun mietitään kenelle tuleva munasolunluovuttaja sopisi.

Käytännötyössä, hoidettaessa munasolunsaajia, asiakkaiden pettymykset hoitoon liittyen jäävät toisinaan myös harmittamaan hoitohenkilökuntaa. Ongelmalliseksi hoitoprosessin tekee sen epävarmuus ja se, että emme pysty lupaamaan asiakkaille ihan varmaksi hoidon toteutumista, sitä miten hyvin hoito menee (tuleeko luovuttajalta munasoluja, kehittykö alkioita, päästäänkö alkionsiirtoon) ja sitä alkaako raskaus. Näihin asioihin emme klinikalla pysty juuri-kaan vaikuttaa, mutta kun hoitoprosessi on muuten toimiva ja sujuva, voisi epävarmuudesta johtuva henkinen taakka vähentyä hieman.

Hoitajien keskuudessa on esiintynyt kritiikkiä siitä, että vain yksi hoitaja (ja toinen hoitaja vastuuhoitajan poissa ollessa) hoitaa pariskuntia. Tämä saattaa aiheuttaa sen, että jos jotain odottamatonta tapahtuu, niin toisten hoitajien on vaikea ottaa vastuu asiasta, josta heillä ei ole kokemusta tai tietoa. Usea klinikan hoitaja on tuonut esille sen, että hoitajia tulisi olla aina kaksi ottamassa vastuuta munasolunluovutushoidoista. Munasolunluovutushoitajien vastuuhoitaja tekee klinikalla myös muita töitä, ja asiakkaiden yhteydenpito vastuuhoitajaan voi olla hankalaa hänen ollessaan muissa työtehtävissä. Samoin hoitajan voi olla toisesta työpisteestä hankala reagoida, välillä nopeastikin muuttuviin hoitoprosessin vaiheisiin. Toisaalta kehittämistyössä pyrittiin saada tietoa siitä, ovatko asiakkaat kokeneet sen, että hoitoprosessia hoitaa vain yksi hoitaja, ongelmaksi esimerkiksi yhteydenpidon tai hoidon jatkuvuuden kannalta. Asiakkailta kysyttiin haastattelussa, miten he ovat kokeneet sen, että on yksi tai kaksi vastuuhoitajaa tai sen, että kaikki hoitajat hoitaisi munasolunsaajia. Edellisten kommenttien

lisäksi muita kommentteja tai ajatuksia ei ole esitetty minulle klinikan henkilökunnalta nykyisestä hoitoprosessista.

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää lapsettomuuslinikalla asiakaslähtöistä munasolunsaajien hoitoprosessia. Tarkoituksena on tuottaa uusi hoitoprosessi asiakkaan näkökulmasta. Hoitoprosessin kehittämisessä huomioidaan myös kokeneen henkilökunnan näkökulma.

Kehittämistyön tavoitteena on kartoittaa haastattelemalla munasolunluovutushoidon läpikäyneiden asiakkaiden näkemyksiä munasolunluovutushoidon hoitoprosessista ja sen asiakaslähtöisyydestä ja sitä, miten asiakkaat itse kehittäisivät hoitoprosessia. Tavoitteena on saatujen tulosten perusteella kehittää munasolunsaajien hoitoprosessia niin, että se palvelee munasolunsaajia parhaiten heidän näkökulmastaan sekä osallistuttaa kokenut henkilökunta kehittämistyöhön. Opinnäytetyön tavoitteena on myös kehittää munasolunsaajien hoitoprosessia klinikan näkökulmasta niin, että hoitoprosessi olisi mahdollisimman tasalaatuinen, toimiva ja sujuva.

Opinnäytetyössä haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

Millainen on asiakaslähtöinen munasolunsaajan hoitoprosessi asiakkaan näkökulmasta?

Miten asiakkaat kuvaavat nykyistä munasolunsaajan hoitoprosessia?

Miten asiakkaat kehittäisivät munasolunsaajan hoitoprosessia?

Miten lapsettomuusklinikan henkilökunta kehittäisi munasolunsaajan hoitoprosessia asiakkailta saatujen tietojen perusteella?

6 Kehittämistyön toteutus

Kehittämistyö toteutettiin Helsingin Väestöliiton lapsettomuuslinikalla. Kehittämistyön lähestymistapana on toimintatutkimus. Tutkimus on laadullinen tutkimus ja sen aineistonkeruu menetelmänä oli munasolunluovutushoidon läpi käyneiden asiakkaiden teemahaastattelu. Haastatteluiden pohjalta tehtiin hahmotelma uudesta hoitoprosessista. Uusi hoitoprosessi esiteltiin klinikan henkilökunnalle, ja sitä työstettiin eteenpäin yhteisöllisten ideointimenetelmän, aivoriihen, avulla. Opinnäytetyön lopputuotoksena esitellään uusi munasolunsaajien hoitoprosessi.

6.1 Toimintatutkimus kehittämistyön lähestymistapana

Kehittämistyön lähestymistapana on toimintatutkimus. Toimintatutkimus soveltuu kehittämistyöhön hyvin, koska sen avulla tuotetaan tietoa käytännön kehittämiseksi.

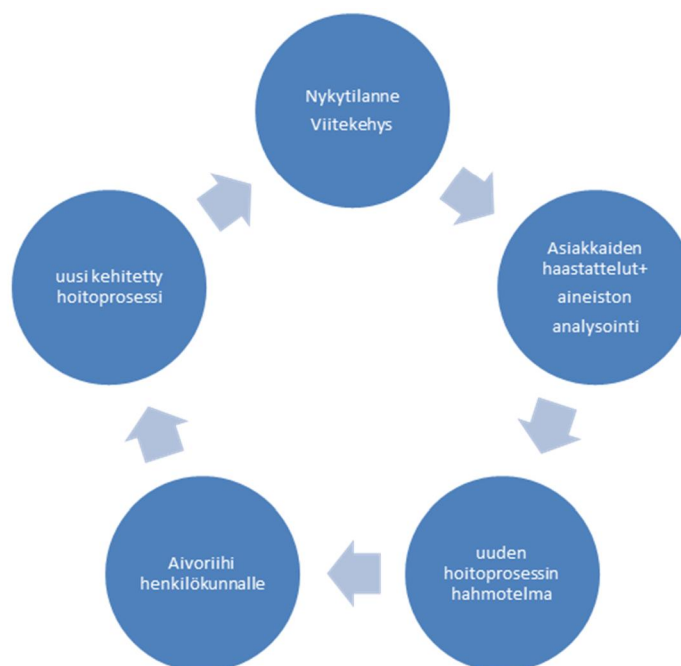
Toimintatutkimus tutkii ihmisen toimintaa ja sen avulla pyritään kehittämään käytäntöjä entistä paremmiksi järkeä käyttämällä. (Heikkinen 2006, 16.) Toimintatutkimus on osallistavaa tutkimusta ja sillä pyritään yhdessä toimijoiden kanssa ratkaisemaan käytännön ongelmia (Ojasalo ym. 2014, 58). Toimintatutkimuksen prosessi on reflektiivistä ja vähitellen, ja usean vaiheen kautta tapahtuvaa kehitystä. Toimintatutkimuksen erivaiheet kehittyvät ja etenevät tutkimusprosessin edetessä. Toimintatutkimus ei yleensä etene hyvässä järjestyksessä vaan erivaiheiden sykleissä. Eri osa-alueet limittyvät ja ne etenevät eri vaiheisena syklinä. (Heikkinen 1999, 36-39.)

Toimintatutkimuksen tarkoituksena on tutkimuksen avulla muuttaa vallitsevia käytäntöjä ja ratkaista erityyppisiä ongelmia. Siinä pyritään muuttamaan tutkittavaa todellisuutta, sosiaalisia käytäntöjä, ottamalla tutkittavilta eli käytännössä toimivat ihmiset aktiivisesti osallisiksi tutkimukseen. Toimintatutkimus on käytäntöihin suuntautuvaa, muutokseen pyrkivää, ja siinä pyritään siihen, että tutkittavat osallistuvat tutkimusprosessiin. Näistä piirteistä huolimatta sovellettavat ja kehiteltävät teoriat, itse tutkimusten kohteet ja kysymysten asettelu voivat olla hyvinkin erilaisia. Kyse ei ole niinkään mistään koulukunnasta, vaan pikemminkin erityisestä tavasta hahmottaa tutkimuksen ja tutkittavan todellisuuden välinen suhde. Kaikelle toimintatutkimukselle on olennaista tuottaa uutta tietoa ja pyrkiä tutkimisen avulla mahdollisen reaaliaikaisesti erilaisten asiantilojen muutokseen edistämällä ja parantamalla niitä tavalla ja toisella. (Kuula 1999, 9-11.)

Toimintatutkimuksessa tärkeimpiä tiedonkeruu menetelmiä on osallistuva havainnointi, tutkimuspäiväkirjat ja haastattelu. Aineistoja voivat olla myös erilaiset pöytäkirjat, muistiot, raportit, kirjoitelmat ja sähköpostiviestit. Aineistoa voidaan kerätä myös erilaisilla kyselylomakkeilla. Toimintatutkimuksessa voidaan yhdistää laadullista ja määrällistä aineistoa, mutta se vaatii tietoa näiden tapojen taustalla oleviin oletuksiin ja eroihin. Toimintatutkimuksessa voi olla vaikea määrittellä pistettä, jolloin materiaalia on saatu kerättyä tarpeeksi. Tätä pistettä sanotaan saturaatiopisteeksi. Toimintatutkimuksessa kun jotain toimintaa kehitetään, syntyy uusia ongelmia ja tapoja selvitä niistä. Tutkimus voi osoittautua jatkuvaksi suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin, reflektion ja uudelleen suunnittelun spiraaliksi. Tämän takia on hyvä sopia, joku tietty ajanjakso, kun seuranta tehdään. Toimintatutkimusprosessin aikana voi olla, että joudutaan tarkentamaan tai muuttamaan tutkimussuunnitelmaa. (Huovinen & Rovio 2006, 104-105).

Toimintatutkimus lähestymistapana soveltuu tähän kehittämistyöhön hyvin, sillä tavoitteena oli osallistuttaa kehittämiseen niin asiakkaita kuin kokenutta henkilökuntaakin. Toimintatutkimukselle on ominaista se, että ulkopuolinen tutkija ei tule kertomaan yritykseen, kuinka siellä pitäisi tutkimusten mukaan menetellä, vaan työntekijät itse tutkivat ja kehittävät työpaikkansa asioita. Toimintatutkimuksen menetelmällä voidaan tutkia, onko jokin yrityksen

toimintatapa riittävän hyvä vai tarvitseeko se kehittämistä. (McNiff & Whitehead 2011, 8.) Toimintatutkimuksen syklisyys tulee esiin tässä kehittämistyössä siten, että työ etenee osissa eteenpäin, osien välissä voi tapahtua suunnitelman hioutumista, reflektiota ja tarkennusta. Tämän opinnäytetyön toimintatutkimuksellinen syklisyys on esitetty kuviossa 4. Prosessi eteni kuvassa myötä päivää kello kahdestatoista alkaen. Prosessin joka vaiheen välissä tapahtui havainnointia, reflektointia, tarkennuksia, keskusteluja ja jopa suunnitelmien muutoksia.



Kuvio 4 Työn toimintatutkimuksellinen syklisyys

Opinnäytetyön ensimmäisessä vaiheessa määriteltiin munasolunluovutusprosessin nykytilanne Väestöliiton Helsingin klinikoilla. Hoitoprosessin nykytilanteen määrittämisen yhteydessä pohdittiin niitä tekijöitä, jotka olisivat tämän kehittämistyön kehittämiskohteita ja joihin tulisi kiinnittää huomiota uutta hoitoprosessia tehdessä. Viitekehyksessä esitellään aiheesta aikaisempaan tietoon pohjautuvia asioita, jotka tulee myös ottaa huomioon uutta prosessia pohdittaessa. Nykytilasta nousseiden ongelmakohtien ja viitekehyksestä esiin tulleiden tärkeiden asioiden pohjalta tarkennettiin vielä teemahaastattelun runkoa, jotta kaikki merkitykselliset asiat tulisi huomioitua aineistonkeruussa. Tämän jälkeen toisessa vaiheessa lähdettiin hankkimaan aineistoa siitä, mitä mieltä jo hoidetut asiakkaat olivat olemasta olevasta hoitoprosessista ja millaisia kehittämissuhteita heillä oli hoitoprosessiin.

Kolmannessa vaiheessa kehitin asiakkaiden teemahaastatteluiden tulosten, aikaisempien tiedon ja nykytilanteen ongelmien pohjalta hahmotelman uudesta hoitoprosessista. Neljännessä vaiheessa tämä uusi hahmotelma hoitoprosessista esiteltiin lapsettomuusklinikan

työntekijöille. Työntekijöille järjestettiin yhteisöllinen ideointimenetelmiin perustuva tilaisuus, aivoriihi, jossa yhdessä ideoitiin uutta munasolunsaajien hoitoprosessia. Viidennessä vaiheessa esittelin uuden munasolunsaajien hoitoprosessin lapsettomuusklinikan henkilökunnalle ja tavoitteena on, että se voidaan ottaa käyttöön heti kokonaan tai osittain. Tämän kehittämisprosessin ulkopuolelle jää uuden hoitoprosessin implementointi ja sen onnistumisen seuranta.

Toimintatutkimukselle tyypillisesti, tämä kehittämistyö täsmentyi kehittämisprosessin edetessä. Työntekijöitä kannustettiin koko prosessin ajan avaamaan minun kanssa vapaasti keskusteluja hoitoprosessin kehittämiseen liittyvistä ajatuksista ja kehittämisehdotuksista. Sain melko vähän näitä ehdotuksia, mutta vuosien varrella niitä on kertynyt kuitenkin useampia käytännön työssä. Pidin tutkimuspäiväkirjaa, keskustelin työkavereiden kanssa kehittämistyöhön liittyvistä asioista, havainnoin ja reflektoin asioita koko kehittämisprosessin ajan.

6.2 Aineistonkeruu menetelmät

6.2.1 Teemahaastattelu

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, jossa aineistonkeruu menetelmänä oli asiakkaiden teemahaastattelu. On muistettava, että laadullisessa tutkimuksessa ei ole tarkoituksena etsiä tarkkoja mitattavia vastauksia, vaan saada selville ihmisten syvällisiä ajatuksia asiasta niin, että he itse ovat saaneet valita painotettava näkökulman asiaan (Barbour 2008, 119). Haastattelulla oli tarkoitus saada tietoa asiakkailta siitä, miten he määrittelevät asiakaslähtöisyyden ja miten he kehittäisivät hoitoprosessia asiakaslähtöisemmäksi. Haastattelijana toimin vain minä, kehittämistyön tekijä. Haastattelu soveltuu aineistonkeruumenetelmäksi, kun halutaan saada tietoa tutkittavasta subjektina. Haastateltava luo merkityksiä ja on tutkimuksessa aktiivinen osapuoli. Haastattelemalla saadaan tietoa asiasta, jota ei ole vielä paljon kartoitettu. Haastattelu tuottaa aineistoa monitahoisesti ja tutkija voi haastattelun kuluessa tehdä tarkentavia kysymyksiä ja selventää saatuja vastauksia. Haastattelu soveltuu myös tilanteisiin, kun tutkitaan arkoja ja vaikeita asioita. Toisaalta osa tutkijoista ajattelee, että voisi olla helpompi vastata kyselylomakkeeseen arkojen aiheiden suhteen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 205-206.)

Suomessa ei ole juurikaan tehty aikaisempia tutkimuksia lapsettomuusklinikan asiakaslähtöisyydestä. Tämän takia haastattelu soveltuu parhaiten aineistonkeruu menetelmäksi. Hollannissa on kehitetty lapsettomuusklinikoille validi kvantitatiivinen kyselylomake, jolla voidaan tutkia potilaskeskeisyyttä lapsettomuushoidoissa (Van Empel Aarts, Cohlen, Huppelschoten, Laven, Nelen & Kremer 2010, 2516). Tässä tutkimuksessa haluttiin kuitenkin yksilöllisempää otetta aineistonkeruu menetelmään, aineisto olisi näin

monitahoisempi ja lisäkysymyksillä voisi saada jo tarkempia ja yksilöidympiä ehdotuksia hoitoprosessin kehittämiseen. Samoin Väestöliiton lapsettomuusklinikan asiakkaiden haastattelulla saatiin todennäköisemmin paremmin tietoja juuri kyseisen klinikan hoitoprosessin kehittämisen apuvälineeksi. Huppelschotenin ym. (2013a, 1425) tutkimuksessa ilmeni, että lapsettomuusklinikoilla on eri standardeja, kun potilaskeskeisyyttä määritellään. Jossakin klinikassa voidaan painottaa jatkuvuuteen ja toisaalla henkiseen tukemiseen. Näihin asioihin voi vaikuttaa klinikan koko, onko klinikka yksityinen vai julkinen ja millainen asiakasaineisto klinikalla on. Tämän takia haastattelu soveltui parhaiten tähän tutkimukseen, sillä sen avulla voitiin määritellä ensin mitä kohde organisaation asiakkaat pitävät tärkeimpinä elementteinä asiakaslähtöisyydessä.

Tutkimusaineisto kerättiin asiakkaiden teemahaastattelulla. Haastatteluun valittiin 11 suomea puhuvaa munasolunluovutushoidon läpi käynyttä naista. Haastateltavat valittiin vuoden 2015 alusta hoidetuista asiakkaista järjestyksessä niin, että puolet haastateltavista on tullut hoidosta raskaaksi ja toinen puoli ei ole tullut raskaaksi hoidosta. Tällä pyritään siihen, että sekä onnistuneiden hoitojen ja epäonnistuneiden hoitojen jälkeen saadut mielipiteet hoitoprosessista tulisi huomioida. Hoidon tuloksella voi olla merkitystä siihen, miten asiakas kokee läpi käydyn hoitoprosessin. Haastateltavat valittiin niin, että he asuvat Helsingin lähiseudulla, jotta haastatteluun tulo ei ole liian työlästä. Haastatteluun valittiin mukaan vain niitä asiakkaita, joille ei ole suunniteltu uutta hoitoa tai joiden hoito ei ole parhaillaan käynnissä. Tällä pyritään siihen, että haastateltavat pystyvät ilmaisemaan mielipiteensä rohkeammin pelkäämättä mielipiteiden vaikutusta tulevaan hoitoon. Tutkimukseen ei otettu mukaan niitä naisia, joilla on ollut oma, tunnettu, munasolunluovuttaja, koska heidän hoitoprosessinsa on erilainen.

Haastatteluun valituille lähetettiin kotiin kirje tutkimuksesta (liite 1) toukokuu 2016 alussa. Heille kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja sen vapaaehtoisuus. Viikon kuluttua tästä heille soitettiin ja kysyttiin halukkuutta osallistua tutkimukseen. Kaksi asiakasta kieltäytyi tutkimukseen osallistumisesta, 8 halusi osallistua tutkimukseen ja yhdeksän kanssa oli jo sovittu haastattelu-aika, mutta sen peruunnuttua uutta aikaa ei saatu sovittua. Haastatteluun osallistuville lähetettiin teemahaastattelun runko etukäteen tutustuttavaksi (liite 2) Haastatteluun osallistuneiden ikäjakauma oli 32-45 vuoden välillä. Lapsettomuuden kesto vaihteli 2,5-7 vuoden välillä. Osa ei ollut saanut lasta hoidosta, osa oli raskaana ja osa oli jo synnyttänyt. Joillakin oli useita epäonnistuneita munasolunluovutushoitoja taustalla ennen kuin raskaus oli alkanut.

Haastattelu on aina vuorovaikutusta ja se vaatii luottamuksellista ilmapiiriä. Haastattelu eroaa tavallisesta keskustelusta sillä, että haastattelija ohjaa keskustelun suuntaa toivomaan suuntaan. (Ojasalo ym. 2014, 110.) Haastattelijan on valmistauduttava haastatteluun

huolellisesti niin, että laitteet joita käytetään haastattelun aikana toimivat, haastattelu ympäristö on rauhallinen, luottamusta herättävä ja tilanteeseen ei tule keskeytyksiä.

Teemahaastattelussa haastattelun teema-alueet ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. (Hirsjärvi ym. 2009, 206,208.) Teemahaastattelun yhdenmukaisuuden vaade, onko kysymykset kirjaimellisesti kaikille haastateltaville samoja ja samassa järjestyksessä, vaihtelee tutkimuksesta toiseen (Tuomi & Sara-järvi 2009, 75). Tässä tutkimuksessa haastattelut eivät edenneet saman kaavan mukaan, mutta haastattelurunko ohjasi haastattelua niin, että ainakin siinä olleet kysymykset tuli kysytyä kaikilta haastateltavilta.

Yksilöhaastattelu teemahaastatteluna soveltui aineistonkeruu menetelmäksi tässä työssä sen takia, että aihe on herkkä ja salassa pidettävä. Näin ollen yksilöhaastattelu on ainoa keino pitää asiakkaiden munasolunluovutushoito salassa ja todennäköisesti yksilö haastattelussa heidän on helpoin puhua myös herkästä asiasta. Haastattelukysymysten järjestys on huomioitava arkaa aihetta käsitellessä niin, että kysymykset etenevät vähemmän herkistä kysymyksistä pikkuhiljaa herkimpiin kysymyksiin. Haastateltavan on myös varottava, että ei ole liian tunkeileva. Tarkoituksena on luoda rento ja luottamuksellinen ilmapiiri. (Barbour 2008, 116.) Haastattelun teemat olivat otettu tutkimuskysymyksistä, ja niitä on tarkennettu käytännön työssä nousseiden tilanteiden ja aikaisemmista tutkimustiedosta nousseiden asioiden pohjalta. Teemahaastattelu soveltui tämän kehittämistyön menetelmäksi, koska valmiin väljän rungon kanssa on helpompi toteuttaa selkeä, johdonmukainen haastattelu niin, että ilmapiiri säilyy rentona haastattelu tilanteessa. Haastattelun teemat liitteenä (liite 2).

Asiakkaiden haastatteluista viisi tehtiin lapsettomuusklinikan rauhallisissa tiloissa, ja kolme haastateltavan toiveesta hänen kotonaan. Haastattelut tapahtuivat touko-kesäkuun aikana. Haastattelun aluksi asiakas allekirjoitti suostumuksen (liite 3) osallistua tutkimukseen kahtena kappaleena. Hänelle myös muistutettiin tutkimuksen luottamuksellisuudesta, vapaaehtoisuudesta ja siitä, että tutkimukseen osallistumisen saa perua missä vaiheessa tahansa. Aluksi heidän kanssaan vaihdettiin kuulumisia tilanteen rentouttamiseksi. Haastateltaville annettiin mahdollisuus kysymyksiin vielä haastattelun päätyttyä ja heitä kannustettiin olemaan yhteydessä haastattelijaan, jos jälkikäteen tulee kysymyksiä. Haastattelut nauhoitettiin, litteroitiin eli puhtaaksi kirjoitettiin ja analysoitiin sisällönanalysilla. Aineiston litterointi ja analysointi tapahtuivat kesäkuun aikana. Haastattelut kestivät 15 minuutista 55 minuuttiin.

6.2.2 Aivoriihi

Aivoriihi on yksi tavallisimmista luovan ongelmanratkaisun menetelmistä. Sen avulla tuotetaan tietoa ryhmissä. Siihen osallistuu yleensä 6-12 osallistujaa ja ryhmänvetäjän avulla pyritään ideoimaan uusia lähestymistapoja ja ratkaisuja johonkin ongelmaan. On huomioitavaa, että

ideointi prosessissa ei ole sijaa arvioinnille, sillä se tyrehtyttää luovuuden. Ryhmänvetäjän on pystyttävä rakentamaan luova, rento, kiireetön ja avoin ilmapiiri ennen aivoriihen aloitusta, jotta luovuus pääsee syntymään. (Ojasalo ym. 2014, 158-160.) Tätä ongelman ratkaisun menetelmää olin päässyt jo aikaisemmin kokeilemaan opintojeni yhteydessä. Kävin vielä ennen aivoriihi tilannetta tarkasti omassa mielessäni läpi sen, miten tilanne tulee etenemään. Tällä pyrittiin varmistamaan aivoriihen onnistuminen.

Haastatteluaineiston analysoinnin ja niiden tulosten kirjoittamisen jälkeen hahmoteltiin uusi hoitoprosessi. Uuden hoitoprosessin hahmotelma ja haastatteluiden tulokset esiteltiin elokuussa 2016 lapsettomuusklinikan henkilökunnalle klinikan yhteisessä aivoriihi tilaisuudessa. Tässä vaiheessa haastateltavien vastaukset eivät olleet tunnistettavissa. Aivoriihessä oli mukana 5 lääkäriä, 5 hoitajaa ja kaksi klinikan muuta työntekijää eli kaikki jotka olivat sinä päivänä työpaikalla. Mahdollisimman monta osallistujaa aivoriiehen haluttiin sen takia, koska useamman ihmisen ideat ja ajatukset voidaan hyödyntää ja luova ajattelu pääsisi syntymään varmimmin. Uuden hoitoprosessin käyttöönoton onnistumiseen vaikuttaa myös se, että henkilökunta on saanut itse osallistua sen suunnitteluun. Aivoriihen tarkoituksena on saada uuteen hoitoprosessiin myös kokeneen henkilökunnan ideat mukaan, ja toisaalta saada henkilökunnan luova-ajattelu käyntiin. Kehittämishankkeen esittelykokouksessa olen tuonut myös esille koko henkilökunnalle sen, että minua saa lähestyä vapaasti aiheeseen liittyen, tämän tarkoituksena on se, että jokainen voisi vapaasti tuoda omia ajatuksia kehittämistyön tueksi. Tällaista vapaata keskustelua syntyi kuitenkin hyvin vähän koko prosessin aikana.

6.3 Aineiston analysointi

Laadullisen aineiston analyysi tarkoittaa aineiston lukemista useaan kertaan, tekstien sisällön pohtimista, niiden vertailua, tulkitsemista ja niiden teoretisointia. Tutkimuksen eri lähestymistavat (toimintatutkimus, narratiivianalyysi, etnografinen analyysi jne) vaativat erilaisia aineistoja ja niiden erilaista käsittelyä. Ne edellyttävät kuitenkin kaikki tutkijalta monipuolista aineiston luokittelua, vertailua ja tulkintaa. (Rantala 2015, 110.) Haastattelut kirjoitetaan tekstiksi ja se, että tutkija itse tekee sen, auttaa häntä aineistoon tutustumisessa. Sisällönanalyysi on systemaattinen aineiston analyysimenetelmä ja sen avulla voidaan kuvata analyysin kohteena olevaa tekstiä. On huomattava, että haastatteluiden kirjoittamiseen tekstiksi menee paljon aikaa. (Kylmä & Juvakka 2007, 110). Tämän kehittämistyön asiakkaiden haastattelu aineistot analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Kylmälän ja Juvakan (2007) teoksessa Laadullinen terveystutkimus kuvataan Alan Brymanin käsitystä sisällönanalyysistä. Hänen mukaansa laadullisessa sisällönanalyysissä sisältöä kuvaavien luokkien annetaan ohjautua aineistosta lähtöisin. Sisällönanalyysissä luokitellaan toisin sanoen tekstin sanoja ja niistä koostuvia ilmaisuja niiden teoreettisen merkityksen

perusteella. Sisällönanalyysi on induktiivista päättelyä, jota ohjaa tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät. Sisällön analyysissa ei tarvitse analysoida kaikkea tietoa, vaan siinä haetaan vastauksia tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. (Kylmä & Juvakka 2007, 112-113.)

Sisällönanalyysi etenee yleensä seuraavassa järjestyksessä: aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja viimeisenä abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä. Sisällönanalyysin avulla siitä pyritään luomaan sanallinen ja selkeä kuvaus. Tällainen aineistolähtöinen lähestymistapa on induktiivinen sisällönanalyysi, jota tässä opinnäytetyössäkin hyödynnetään (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Tässä työssä haastatteluaineistojen analyysi tehtiin tutkimuskysymysten ohjaamana. Aineistosta lähdettiin hakemaan vastauksia tutkimuskysymyksiin. Aineistosta alleviivattiin värikoodien eri tutkimuskysymykseen vastaavat lauseet. Tämän jälkeen värikoodatut lauseet pelkistettiin ja ryhmiteltiin samaan tutkimuskysymykseen vastaaviin lauseisiin. Sen jälkeen pelkistettyjä ilmauksia ryhmiteltiin samaa asiaa tarkoittaviin ryhmiin ja niistä muodostettiin edelleen alaluokkia etsimällä niille yhteistä teoreettista käsitettä. Alaluokista ryhmiteltiin edelleen yläluokkia ja siitä edelleen pääluokkia, ja näin päästiin luomaan teoreettisia käsitteitä tutkimuskysymysten vastauksiksi. Seuraavassa taulukossa 2 esitetään aineiston analyysia siitä, miten sain vastauksen tutkimuskysymykseen ”mitä asiakaslähtöisyys mielestäsi on?”.

Taulukko 2 Asiakaslähtöisyys käsitteen analysointi

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
-kuunnellaan asiakkaan tarpeita -kuunnellaan asiakasta -kuunnellaan asiakasta	-kuunteleminen	-toimiva yhteydenpito ja vuorovaikutus	-empaattinen vuorovaikutus
-nopea yhteys klinikkaan -voi soittaa aina -on saavutettavissa	-toimiva yhteydenpito		
-kontakti asiakkaaseen -vuorovaikutteista kommunikointia	-yksilöllinen kommunikointi		

-kommunikointi asiakkaan mukaan -lähestyminen asiakkaan mukaan -helposti lähestyttävä henkilökunta			
-inhimillisuus -tulee kohdatuksi -kohdataan ihmisenä -henkilökohtaisuus	-inhimillinen kohtaaminen	-inhimillinen kohtaaminen	
-ystävällisyys -kunnioitus -ystävällisyys -tuttavuus -hienotunteisuus -asiallisuus -tuntuu mukavalta	-ystävällinen kohtaaminen		

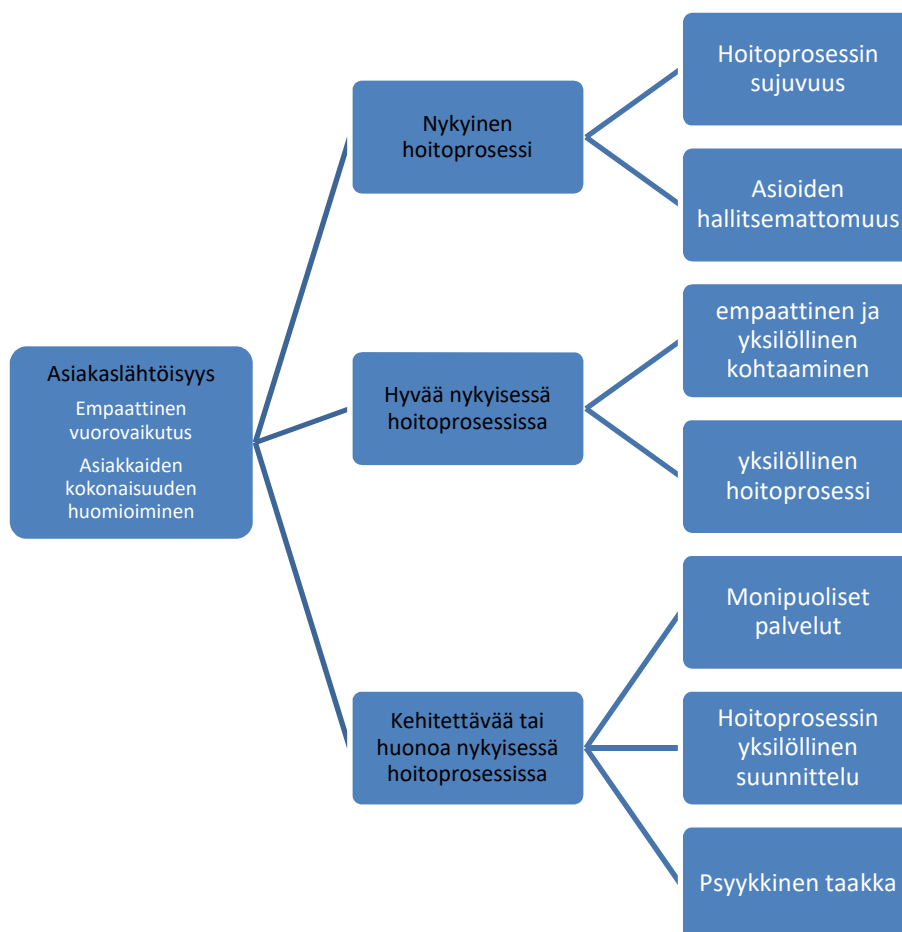
7 Tulokset

Haastatteluiden tulokset esitetään seuraavaksi neljässä eri osa-alueessa tutkimuskysymysten mukaan. Osa-alueet ovat: asiakaslähtöisyys, nykyinen hoitoprosessi, hyvää nykyisessä hoitoprosessissa ja kehitettävää tai huonoa nykyisessä hoitoprosessissa. Ensimmäisessä osa-alueessa esitellään tuloksia siitä, miten haastateltavat määrittivät ja kuvailivat asiakaslähtöisyyden. Seuraavana osa-alueena esitellään sitä, miten he kuvailivat nykyistä hoitoprosessia. Nykyisestä hoitoprosessista esitellään vielä tarkemmin seuraavina kahtena osa-alueena sitä, mitkä asiat he olivat kokeneet hyvänä nykyisessä hoitoprosessissa ja miten he kehittäisivät nykyistä hoitoprosessia, mihin he kiinnittäisivät huomiota sen kehittämisessä ja onko siinä ollut jotakin huonoa.

- Asiakaslähtöisyys
- Nykyinen hoitoprosessi
- Hyvää nykyisessä hoitoprosessissa
- Kehitettävää tai huonoa nykyisessä hoitoprosessissa

Haastatellut asiakkaat kuvailivat asiakaslähtöisyyden olevan asiakkaan kokonaisuuden huomioimista ja empaattista vuorovaikutusta. He kuvailivat nykyistä hoitoprosessia asioiden hallitsemattomuudella ja toisaalta kuitenkin hoitoprosessin sujuvuudella. Nykyisen hoitoprosessin hyvinä puolina he toivat esille hoitoprosessin yksilöllisyyden, sekä empaattisen

ja yksilöllisen kohtaamisen. Asioita, joita he kehittäisivät tai joihin he kiinnittäisivät huomiota uuden hoitoprosessin suunnittelemisessa, olivat psyykinen taakka, monipuoliset palvelut ja hoitoprosessin yksilöllinen suunnittelu. Samat aihealueet tulivat esille kaikissa eri osa-alueissa. Tämä kertoo siitä, että nämä asiat ovat tärkeitä ja herkkiä; asiakkaat kokevat niissä onnistumisia, mutta herkästi myös epäonnistumisia. Seuraavaksi näiden neljän osa-alueen haastatteluiden analyysin tuloksia tarkastellaan yksityiskohtaisemmin.



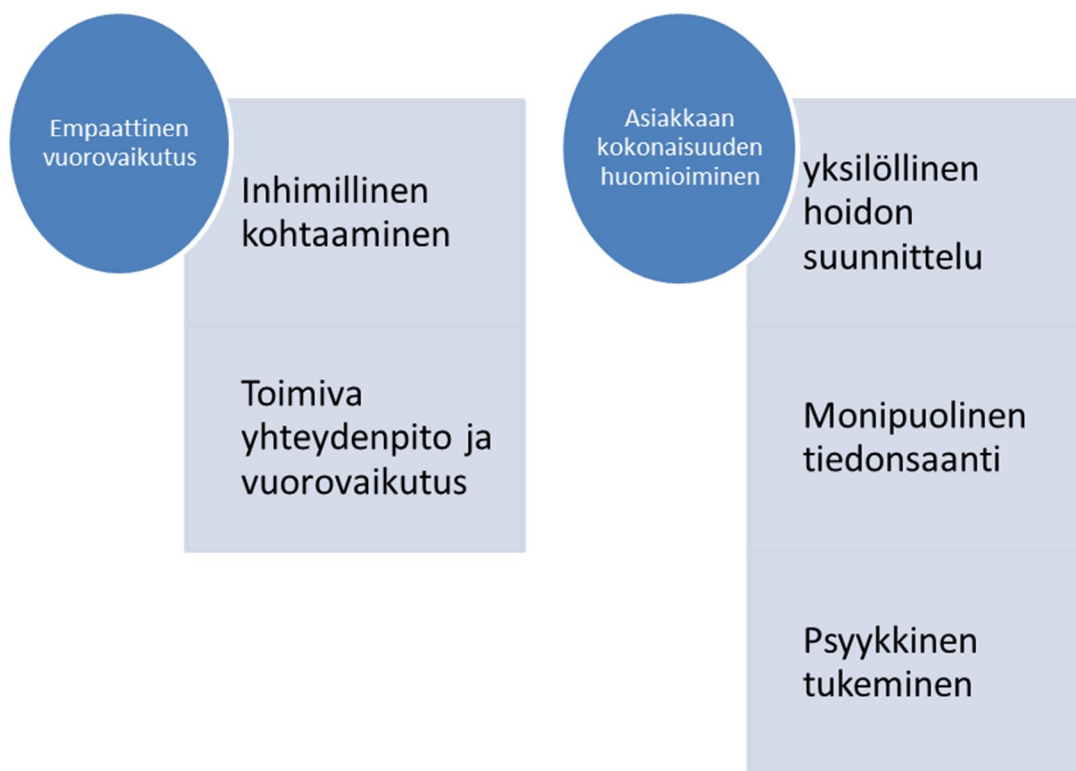
Kuvio 5: Haastattelu aineiston tulokset

7.1 Asiakaslähtöisyys

Aineiston analysoinnissa litteroiduista haastatteluista saatiin 57 pelkistettyä ilmausta asiakaslähtöisyydelle. Ryhmittelyn tuloksena niistä syntyi 12 alaluokkaa. Alaluokista muodostui 5 yläluokkaa ja niistä edelleen 2 pääluokkaa.

Asiakkaat määrittivät asiakaslähtöisyyden empaattisella vuorovaikutuksella ja asiakkaan kokonaisuuden huomioimisella. Empaattinen vuorovaikutus rakentui asiakkaan inhimillisestä kohtaamisesta ja toimivasta yhteydenpidosta ja vuorovaikutuksesta. Asiakkaan kokonaisuuden

huomioimiseen puolestaan sisältyi yksilöllinen hoidon suunnittelu, monipuolinen tiedonsaanti ja psyykkisen tukeminen. Kuviossa 7 on esitetty asiakaslähtöisyyden määritelmä haastatteluiden pohjalta.



Kuvio 6: Asiakaslähtöisyys aineiston mukaan

Inhimillinen kohtaaminen esiintyi haastatteluissa niin, että ihminen tulee kohdatuksi inhimillisesti ja ystävällisesti. Haastateltavat kuvailivat inhimillistä kohtaamista siten, että kohdataan ihmisenä ja kohtaaminen tuntuu henkilökohtaiselta. Ystävällistä kohtaamista he kuvailivat ystävällisyydellä, tuttavallisuudella, hienotunteisuudella, kunnioituksella ja siten, että heistä tuntuu mukavalta.

”ja sit semmonen hienotunteisuus ja kunnioitus niinku tavallaan jokaista niinku sitä asiakasta kohtaan”

”semmonen realistisuus ja kuitenkin inhimillisyys ja et tota semmonen henkilökohtaisuus”

Toimiva yhteydenpito ja vuorovaikutus muodostuivat yksilöllisestä kommunikoinnista, toimivasta yhteydenpidosta ja kuuntelemisesta. Yksilöllinen kommunikointi on sitä, että hoitohenkilökunta ottaa kontaktin potilaaseen, kommunikoi jokaisen asiakkaan yksilöllisyyden mukaan,

kommunikointi on vuorovaikutteista ja henkilökuntaa on myös helppo lähestyä. Toimivaan yhteydenpitoon kuului se, että klinikkaan saa helposti ja nopeasti yhteyden ja, että kaikista asioista voi aina olla yhteydessä hoitohenkilökuntaan. Asiakkaan kuuntelun haastateltavat määrittelivät yksiselitteisesti niin, että asiakasta kuunnellaan.

”pitäisi pyrkiä ja pystyä myöskin kommunikoimaan sen asiakkaan persoonallisuus tyyppin niinkun mukaan”

”se et on se puhelinnumero, mihin sä voit aina soittaa, oli mitä kysyttävää hoitoihin liittyen ollut, niin siellä aina vastataan”

Yksilöllinen hoidon suunnittelu on yksilöllisyyttä ja sitä, että otetaan asiakkaan tarpeen ja taustat huomioon. Yksilöllisyyttä haastateltavat määrittelivät sillä, että hoitoprosessissa huomioidaan potilaiden erilaisuus ja huolet. Asiakkaan tarpeiden huomiointi nousi haastatteluisissa vahvasti esille. He esittivät, että asiakkaan tarpeet on huomioitava, kaikki lähtee asiakkaan tarpeista, hoidossa ei edetä prosessin tai rutiinin mukaan, vaan asiakkaan tarpeiden mukaan ja tiedostetaan potilaan valmius hoitoon. Asiakkaan taustojen huomiointi nousi myös vahvasti esille haastatteluiden analysoinnissa. Siihen kuului asiakkaan kokonaisuuden huomiointi, hänen läheisten ja omaisten huomiointi, hänen taustaansa ja potilaspapereihin tutustuminen ennen vastaanottoa.

”vähän semmonen, että jokainen asiakas on aina vähän, tai siis on ihan erilainen ja toisella voi olla tosi paljon kerrottavaa ja on huolestunut tosi monistakin asioista ja on ehkä sillä tavalla vaativampi asiakas ja toinen voi sit taas olla semmonen, että haluaa vaan enemmän mennä asiaan”

”Varmaankin se potilaan taustojen huomioiminen ja kokonaisuuden huomioiminen, sit niinku ottaa se potilas mukaan niihin kaikkiin päätöksiin ja olla siinä niinku tukena ja antaa asiantuntevaa tietoa ja tota myös potilaan niinku omaisten ja läheisten mukaan ottaminen ja huomioiminen siinä hoidossa, varmaan siinä on ne pääasiat.”

Monipuolinen tiedonsaanti muodostui avoimesta tiedonsaannista, siitä että on mahdollisuus kysyä ja että asiakas on mukana päätöksissä. Avoimeen tiedonsaantiin kuului haastatteluiden perusteella pyrkimys avoimuuteen, ja asiantuntevan ja realistisen tiedon antaminen. Haastateltaville oli tärkeitä se, että hoitohenkilökunnalta voi aina kysyä ja kysymyksiin saa asiantuntevan vastauksen. Päätöksen teossa mukana oleminen luo turvallisuutta asiakkaille.

”no ehkä sit just että saa niinku helposti tietoa ja sitten must oli kiva et aina pysty niinku kysymään”

”Sit niinku ottaa se potilas mukaan niihin kaikkiin päätöksiin ja olla siinä niinku tukena ja antaa asiantuntevaa tietoa”

Psyykkinen tukeminen käsitteenä muodostui heti ryhmittelyn jälkeen alaluokan käsitteeksi ja siitä yläluokan käsitteeksi. Psyykkinen tukeminen käsitteenä ei mielestäni sopinut minkään toisen yläluokan alle, tämän takia se pysyi alaluokasta yläluokkaan samana itsenäisenä luokkana. Psyykkinen tukemiseen kuuluu haastatteluiden perusteella se, että henkinen puoli otetaan huomioon, hoidetaan kokonaisuutta, ollaan realistisia, jotta ei tule liian suuria pettymyksiä ja sen lisäksi potilaan tukemista. Asiakkaat kuvailivat sen merkitystä asiakaslähtöisyydessä seuraavasti:

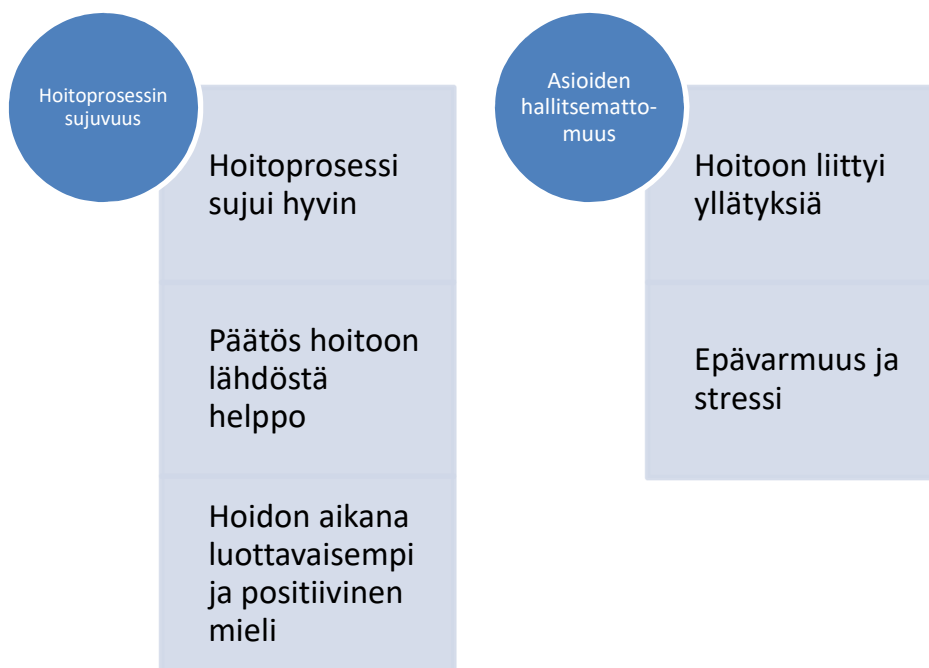
”niin no siinä vielä ehkä enemmän korustuu viel se psyykkinen tukeminen ja se henkinen puoli, et se on, se on niin semmonen voi olla joillekin arkakin aihe ja raskas niin se on varmaan se mikä siinä viel sen kaiken muun lisäksi.”

”ja semmonen et pyritään olla avoimii, sillee ku kuitenkin tähän liittyy niin paljon sitä semmosta henkisen puolen juttua, että tota pystyy huomaamaan myös ne semmoset signaalit, jotka kertoo et jotain on vialla.”

7.2 Nykyinen hoitoprosessi

Haastateltavia pyydettiin kuvailemaan haastattelussa nykyistä munasolunsaajan hoitoprosessia. Litteroidusta aineistosta saatiin 83 ilmaisua kuvaamaan nykyistä hoitoprosessia. Ryhmittelyn jälkeen niistä muodostui 14 alakäsitettä ja niistä edelleen 5 yläkäsitettä. Viidestä yläkäsitteestä muodostui lopulta 2 pääkäsitettä.

Asiakkaat kuvailivat nykyistä hoitoprosessia hoitoprosessin sujuvuudella ja toisaalta asioiden hallitsemattomuudella. Hoitoprosessin sujuvuus sisälsi hoitoprosessin yleisen sujuvuuden, sen, että päätös hoitoon lähdöstä oli helppo ja itse hoidon aikana oli positiivisempi ja luottavaisempi mieli. Asioiden hallitsemattomuus puolestaan sisälsi sen, että hoitoon liittyi yllätyksiä ja moni koki etenkin odotusaikana epävarmuutta ja stressiä. On mielenkiintoista huomata, että toisaalta haastateltavat näkivät, että prosessi itsessään oli sujuva, mutta toisaalta siihen liittyi epävarmuutta ja hallitsemattomia asioita.



Kuvio 7: Nykyinen hoitoprosessi

Hoitoprosessin sujuvuuteen vaikuttivat seuraavat asiat: resurssit olivat riittävät klinikalla, prosessi sujui kaiken kaikkiaan hyvin ja yhteydenpito oli toimivaa. Riittävät resurssit tarkoittivat sitä, että hoitohenkilökunnalla on ollut tarpeeksi aikaa asiakkaille, vastaanottoajat on ollut riittävän pitkiä ja tapaamisia on ollut tarpeeksi. Haastateltavat kuvasivat hoitoprosessin sujumista niin, että hoitoprosessi oli hyvä alusta asti ja se oli helppo itselle, asiat menivät hyvin ja, että ei ollut vahvoja pistettäviä lääkkeitä. Yhteydenpidon sujuvuudesta haastateltavat mainitsivat sen, että sähköinen kommunikointi palvelu Kaiku on ollut toimiva ja sen lisäksi tarvittaessa on voinut soittaa.

”ja varmaan tosiaan jos oisin halunnut niin niit vastaanottoaikoja ois järjestetty enemmän, mut et ihan riittävästi kyllä ollu joo.”

”joo kyl se oli mun mielestä niinku hyvä prosessi alun pitäen, et et meillä oli ainakin hyvä lääkäri hoitaja parivaljakko tässä, ja ja hyvin niinku tavallaan teidän asenne ja ammattitaito siinä niinku koko prosessin läpi ja yhteydenpito ja kaikki toimi.”

Yksi yläluokista oli se, että päätös hoitoon lähdestä oli helppo. Se sisälsi riittävän tiedonsaannin ja varman päätöksen hoitoon lähdestä. Riittävä tiedonsaanti oli sitä, että tietoa on saanut monipuolisesti ja riittävästi ja aina on voinut kysyä. Useat haastateltavat toivat esiin haastattelussa sitä, että päätös hoitoon lähdestä oli varma ja helppo. Se, että niin moni toi asian esille ilman asiasta erikseen kysymistä, on merkille pantavaa.

”siinä vaiheessa me oltiin jo aika varmoja et jos tämä on se meidän keino saada lapsi niin sit se on se”

Hoidon aikana luottavaisempi ja positiivisempi mieli ilmeni puolestaan niin, että hoitoprosessi oli jo usealle tuttu ja hoidon aikana tunteet olivat positiivisia. Haastateltavat kertoivat hoitoprosessin olleen helppo, koska se oli jo tuttu, ja he tiesivät, miten prosessi etenee. Tässä on varmasti eroja haastateltavien välillä sen mukaan, millainen lapsettomuusta hänellä oli. Hoidon aikana ilmenevät positiiviset tuntemukset tulivat puolestaan haastatteluissa esiin seuraavin ilmauksin: hoitoprosessi on jännää, tuntemuksena oli innostus ja täpinä, olin innoissani ja hoitoon pääsy oli positiivinen asia.

”niin kyllähän siin aina alkaa jännittää ja innostuu ja toiveet herää ja tulee tosi semmonen niinkun semmonen täpinä, täpinä päälle, ja tota, no sithän se tuli aika tutuksi se rutiini että.”

Yläluokka hoitoon liittyi yllätyksiä, sisälsi haastatteluiden mukaan sen, että jonon nopeus yllätti ja muutenkin hoitoon liittyi yllätyksiä. Yllätykset olivat pääsääntöisesti positiivisia yllätyksiä, mutta mukana oli myös negatiivisia yllätyksiä. Jonon nopeutta haastateltavat kuvasivat muun muassa seuraavasti: asiat etenivät suht nopeasti, hoitoprosessi oli tiivis, jonotusaika oli nopea, jonon nopeus oli yllätys. Hoitoon liittyviä yllätyksiä he kuvasivat puolestaan siten, että hoito tuli yllättäen, yllätys kuinka hyvin hoito meni ja jono tilanne vaihtui klinikalla.

”ja kyllähän se tuli vähän sitten yllättäen vaik me oltiin odotettu kevääks.”

”ja sit mä yllätyin sitä, että kuinka paljon niitä munasoluja sitten oli tullutkin.”

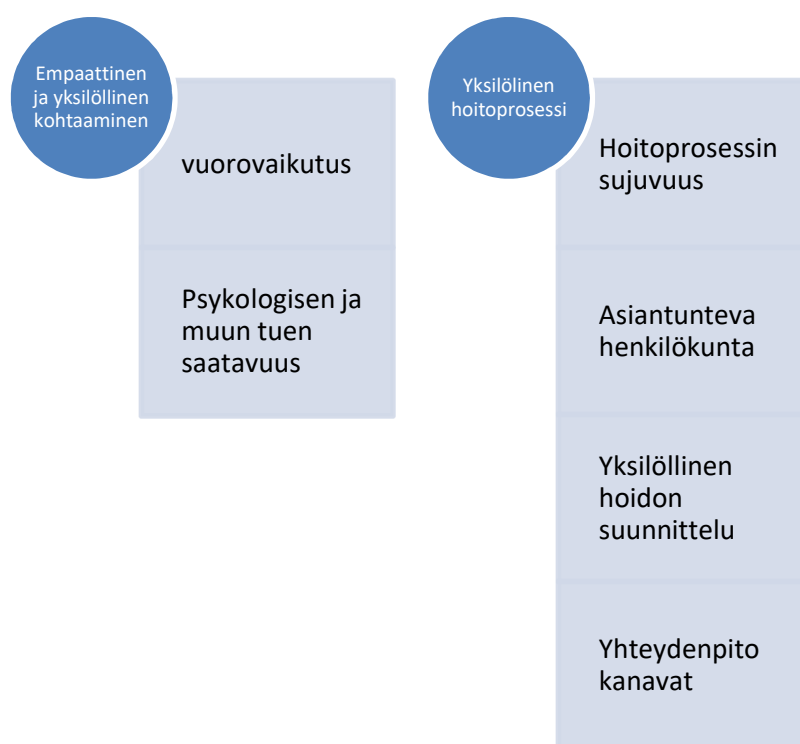
Hoitoprosessin epävarmuutta ja stressiä asiakkaat kuvailivat varsinkin hoidon odotusvaiheeseen liittyväksi. Odotusvaiheen stressiin sisältyi tunteita siitä, että odotus tuntui pitkältä ja yksinäiseltä, asiakkaat kokivat, että hoitoon liittyi epävarmuutta ja henkisen tuen tarvetta etenkin odotusvaiheessa ja pettymysten yhteydessä. He kokivat aikataulujen epävarmuuden ongelmalliseksi, koko hoidon toteutumisen epävarmaksi ja odottamisen epävarmaksi ajaksi. Haastateltavat kuvailivat hoitoprosessiin liittyvää henkisen tuen tarvetta seuraavasti; pakko oli mennä terapiaan, hain vertaistukea ja hoidot ovat henkisesti rankkoja.

”Se voi tuntua potilaasta tolkkuttoman pitkältä ajalta, riippuen tietyst siit kuink kauan pitää odotella mutta mutta se on aika yksinäinen hetki, se kun sä oot käynyt ekan kerran ja sitten ennen, kun se luovuttaja löytyy.”

”Siinä oli semmonen vähän niinku semmonen, no just se epävarmuus liittyen siitä, että milloinhan meihin otetaan yhteyttä, ja ehkä oli vähän semmonen, että tässä menee niinku ikuisuus, että sieltä otetaan niinku yhteyttä.”

7.2.1 Hyvää nykyisessä hoitoprosessissa

Litteroiduista teksteistä saatiin 120 ilmausta sille, mikä on ollut hyvää nykyisessä hoitoprosessissa. Niistä saatiin ryhmittelyn jälkeen 20 alaluokkaa ja niistä edelleen 6 yläluokkaa ja 2 pääluokkaa. Haastatteluiden perusteella nykyisessä hoitoprosessissa hyvää on empaattinen ja yksilöllinen kohtaaminen ja se, että hoitoprosessi on yksilöllinen.



Kuvio 8: Hyvää nykyisessä hoitoprosessissa

Edellisessä kuviossa 9 voidaan nähdä kaksi pääluokkaa asioista, jotka olivat tulosten mukaan hyvin nykyisessä hoitoprosessissa. Pääluokkien alla on yläluokat niistä tekijöistä, joista pääluokat rakentuivat. Seuraavassa kuviossa 10 on puolestaan vielä tarkemmin esitetty se mistä seikoista yläluokat rakentuivat haastatteluiden analyyseissa.



Kuvio 9: Yksityiskohtaisemmin hyvät asiat hoitoprosessissa

Haastateltavat kokivat, että nykyinen hoitoprosessi on pääsääntöisesti hyvä. Potilaan tarpeiden ja taustojen huomioimista tuotiin useasti esille. Haastateltavat mainitsivat, että hoitohenkilökunta tunsu potilaan taustat ja hoito suunniteltiin sen mukaan. He kokivat pääsääntöisesti myös saaneensa tarpeeksi tietoa asioista ja henkilökunnalta oli helppo kysyä epäselväksi jääneitä asioita. Realistisen tiedon antoa pidettiin hyvänä, se vähentää mahdollisia suuria pettymyksiä. Klinikkan henkilökunta koettiin ammattitaitoiseksi ja se ilmeni muun muassa henkilökunnan hyvänä asenteena, hyvänä neuvontana ja ohjauksena. Uusi sähköinen yhteydenpitoväline Kaiku koettiin hyväksi ja helpoksi, toisaalta puhelinoiton mahdollisuutta myös pidettiin hyvänä ja tarpeellisena.

Kun ollaan näin herkän asian kanssa tekemisissä, niin luonnollisesti vuorovaikutus nousi esille myös haastatteluissa. Asiakkaat olivat kokeneet sen pääsääntöisesti onnistuneeksi. He kokivat vuorovaikutuksen olleen asiallista, ystävällistä, tuttavallista, mutta ei kuitenkaan tultu liian iholle, asiakkaita arvostettiin ja kuunneltiin. Psykologin käynti ennen varsinaista hoitoa koettiin hyvänä ja tarpeellisena. Hyvänä koettiin myös hoitohenkilökunnan antamaa psyykkistä tukea. Se tuli aineistosta esille seuraavin ilmauksin: aina kysyttiin, että kuinka voit, tarjottiin tukea, annettiin toivoa, oltiin kannustavia, koettiin että asioihin oli molemmin puoleinen ymmärrys eikä tukea tyrkytetty liiaksi.

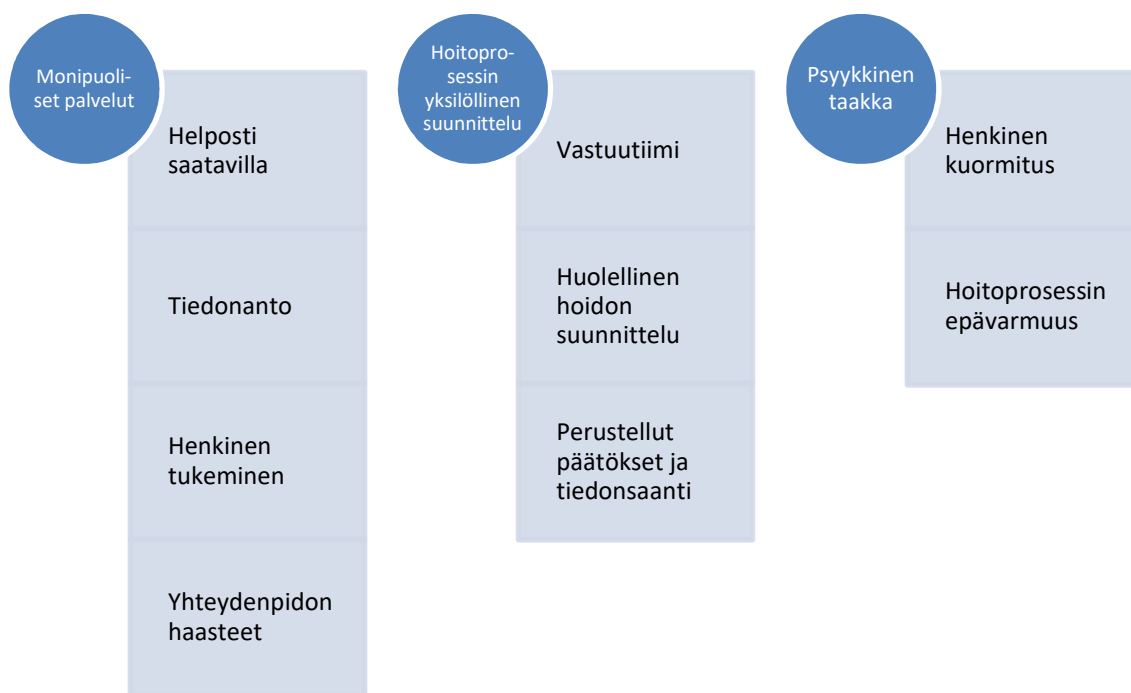
”mutta tota mä sain sitten puhelinajan lääkärille, Viveca Söderström-Anttilalle, hänelle tota puhelinajan, ja hän soitti sitten mulle, ja siinä me keskusteltiin siitä, että mitä tehdään ja kannattaako meidän enää, et ku oli pitkä historia taustalla, et kannattaaks tähän enää ryhtyä, ja sit hänen kanssaan tultiin niinku yhteisymmärryksessä siihen niinku lopputulokseen, et kokeillaan vielä tämä.”

”no siis hyvää oli mun mielestä just, että oli helppo pitää yhteyttä tänne, jos oli kysymyksiä, et ehdottomasti peukutan sen uuden sähköisen puolesta ja tota, et hyvää se et sai aina kyl vastauksia, jos oli jotain kysyttävää ja oli kyl niinku turvallinen olo silleen ja just se et kaikki käynnit mitä oli, niin kaikist sai hirveesti tietoo ja tota jäi niinku hyvä mieli, et oltiin kannustavia.”

”no siis se oli hyvä, että se psykologin käynti oli, mä en tiedä et onko se niinku pakollinen, se on suositeltava, ja hyvä siellä on käydä, kyllä se niinku antoi paljon ja se oli hyvä että he tarjos että niinku voi tulla sitten myöhemmin kun tää lapsi on syntynyt.”

7.2.2 Kehitettävää tai huonoa nykyisessä hoitoprosessissa

Haastateltavilta kysyttiin mikä oli ollut huonoa nykyisessä hoitoprosessissa, mihin he kiinnittäisivät huomiota tai mitä kehittämisehdotuksia heillä olisi uuden hoitoprosessin luomiseen. Litteroidusta aineistossa oli 108 ilmaista tähän aihealueeseen. Ryhmittelyn jälkeen alaluokkia tuli 19, niistä muodostui yläluokkia 9 ja niistä edelleen pääluokkia 3. Asiakkaiden kehittämisehdotuksia, huonoksi koettuja asioita tai asioita, joihin he kiinnittäisivät huomiota, olivat monipuoliset palvelut, hoitoprosessin yksilöllinen suunnittelu ja psyykkinen taakka, siis osittain samat aihealueet kun siinä mikä oli koettu hyväksi.



Kuvio 10: Kehitettävää nykyisessä hoitoprosessissa

Helposti saatavilla olo tarkoitti asiakkaille sitä, että palvelut ovat helposti saatavilla, esimerkiksi ilta-aikoja on tarjolla ja jonon pituus on kohtuullinen. Tiedonanto koostui haastatteluiden mukaan siitä, että saa perusteltua tietoa hoitopäätöksistä ja monipuolista tiedonsaantia eri väylien kautta. Toivottiin, että potilas on mukana päätöksen teossa ja päätöksiin saisi perusteltua tietoa. Haastateltavat toivoivat potilasohjeita nettisivuille, enemmän tietoa lahjasoluperheistä ja luovuttajasta, ja kirjallista vihkosta hoidosta. Henkiseen tukemiseen potilaat toivoivat odotusvaiheen tukea, joko lisäkäynti psykologin luona, hoitajan kanssa keskustelua tai jonkinlaista yhteydenpitoa klinikalta. Henkiseen tukeen kuului myös se, että psykologista tukea on monipuolisesti saatavilla, vertaistukea, epäonnistuneen hoidon jälkeinen keskustelu ja tietoisuus siitä, että psyykkistä tukea on saatavilla. Yhteydenpidon haasteista tuotiin esille Kaiku palveluun liittyvät ongelmat ja haasteet pitää yhteyttä klinikkaan esimerkiksi työpäivän aikana.

”et oliko ne kaikki tarpeen ne vähän samojen asioiden läpikäyminen niinku mun kohdalla, et se ehkä tuntu tarpeettomalta siinä.”

”niin soittaminen on hankalaa oman työn ohessa.

”niin sitä mä ehkä ajattelin et onks yks psykologin käynti riittävä tai jos se venyis se prosessi, että oisko siinä jotenkin ehkä hyvä sit ehkä ehdottaa jotain haluatteko tulla tänne juttelemaan tai varata sit aikaa psykologille, et joku semmonen ehdotus et se tuki pysyy yllä”

Vastuutiimistä haastateltavat sanoivat, että optimaalisinta olisi yksi vastuulääkäri, ja mieluiten sama lääkäri koko hoidon ajan. Suurin osa toivoi, että yksi tai kaksi hoitajaa olisi vastuussa hoitoprosessista, mutta toisaalta tuotiin myös esille se mahdollisuus, että kaikki hoitajat voivat olla vastuussa hoidosta, mutta silloin myös kaikkien hoitajien on tiedettävä potilaan tausta, suunnitelma ja tilanne. Huolellinen hoidon suunnittelu merkitsi potilaan yksilöllisyyden huomioimista, otetaan esimerkiksi heidän pelkonsa huomioon ja heidät otetaan yksilöinä. Huolellinen hoidon suunnittelulla asiakkaat tarkoittivat sitä, että henkilökunta tarjoaa parasta, selvitetään molemmat pariskunnan osapuolen tilanne ja henkilökunnan täytyy tietää asiakkaan asiat. Perustellut päätökset sisälsi sen, että asiakkaan ei tarvitse jälkikäteen pohtia miksi edettiin jollakin tietyllä tavalla, vaan hän on saanut tarpeeksi tietoa päätöksen perusteeksi.

”ja lääkärit ja hoitajat on tarpeeksi ammattitaitoisia et ne osaa myöskin tarjota meille asioita mitä me ei osata edes pyytää”

”jotenkin vähän semmonen semmonen kyllä jäi sitten mieleen, että ois kiva, että ihan oikeesti selvitetäis kuitenkin niinkun kaikki mahdollinen molemmista osapuolista.”

Hoitoprosessin psyykinen taakka tuli esille usein ja usealla tavalla. Se sisälsi henkisen kuormituksen ja hoitoprosessin epävarmuuden. Henkinen kuormitus hoitoprosessin aikana ilmeni sillä, että potilaat kokivat jonossa odottamisen stressaavaksi ja yksinäiseksi ja heillä saattoi olla erilaisia pelkoja esimerkiksi luovuttajaa kohtaan. Hoitoprosessin epävarmuus liittyi siihen, että hoitoprosessin aikana on monia epävarmuus tekijöitä ja itse ei voi vaikuttaa hoidon onnistumiseen, eikä edes klinikka voi antaa takeita siitä, miten asiat lopulta menevät.

”tottakai se oli se niinku munasolun odottaminen oli stressaavaa, tai sillee kun ei niinkun tiennyt sitä vaihetta ja oli aina sillai että nyt saattais olla tai sit ehkä ei ja näin.”

”et jotain takeita olis kiva saada jollain tavalla, et se on ehkä tän kaiken se negatiivinen puoli, et tää on ihan täysin luottamusta, luottamusta niinkun teidän kykyyn valita se luovuttaja ja tietysti se, että tekään ette sitä tiedä.”

Henkinen kuormitus, hoitoprosessin epävarmuus ja yhteydenpitoon liittyvät haasteet olivat asioita, jotka olivat haastatteluiden perusteella niitä asioita, jotka nousivat useasti esiin, kun keskusteltiin nykyisen hoitoprosessin huonoista kohdista. Muut tässä esitetyt asiat olivat

enemmänkin asiakkaiden kehittämisehdotuksia tai niitä asioita, joihin on syytä kiinnittää huomiota uuden hoitoprosessin kehittämisessä. On huomioitavaa, että jotkut haastateltavista kokivat samat asiat nykyisessä hoitoprosessissa hyvänä ja toiset haastateltavat kokivat ne huonona. Tämä kertoo siitä, että ne ovat juuri niitä asioita, joihin tulee kiinnittää jatkuvasti huomiota päivittäisessä työssä, mutta toisaalta myös uutta hoitoprosessia kehitettäessä. Kun asiat menevät hyvin, niin kyseisistä asioista halutaan kiittää, mutta kun asiat ei jostain syystä toimi tai niissä tulee epäonnistumisia, niin niistä ollaan valmiita huomauttamaan.

8 Uuden hoitoprosessin hahmotelma

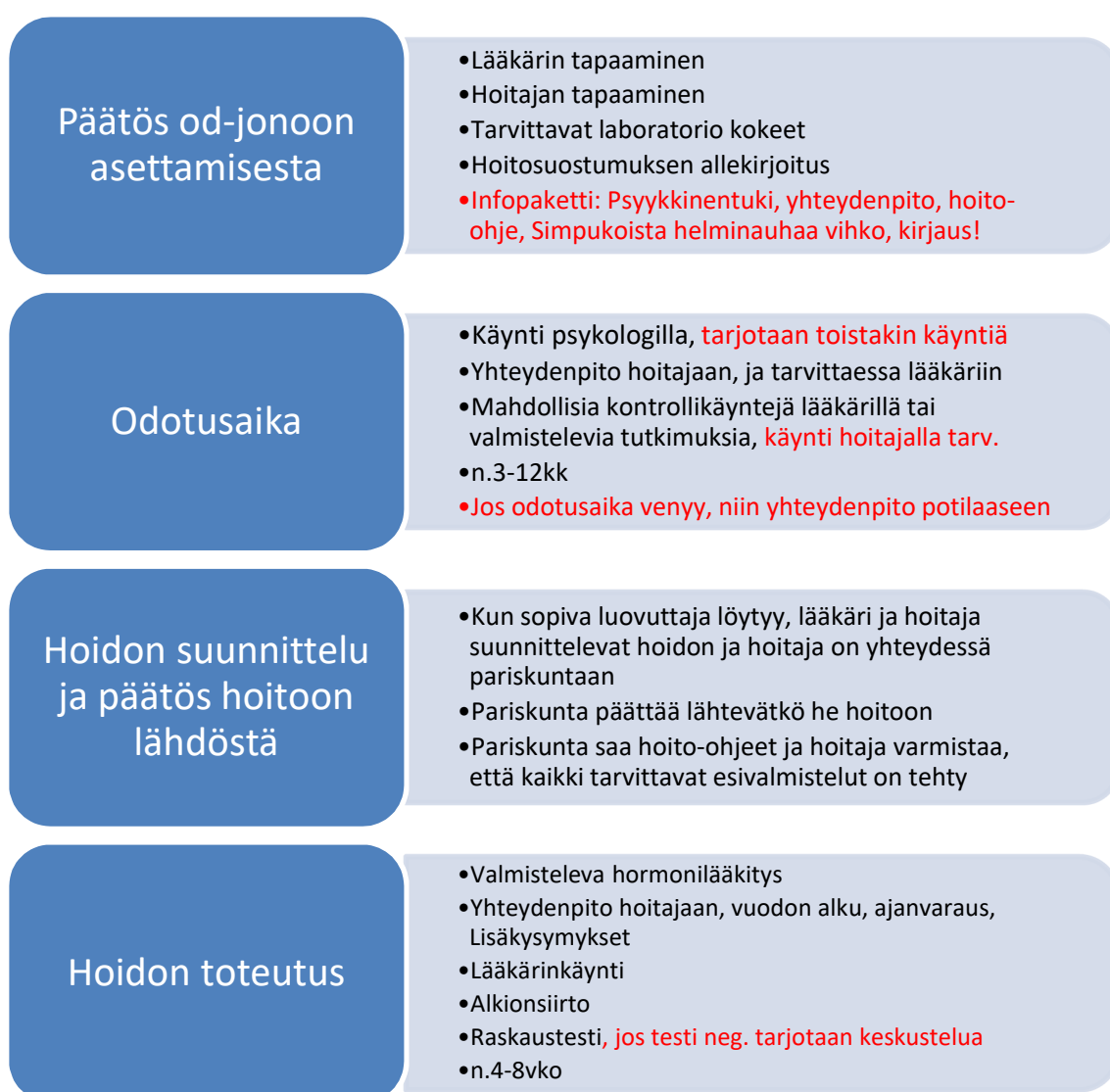
Aineiston analysoinnista saatujen tulosten pohjalta lähdettiin pohtimaan uuden hoitoprosessin hahmotelmaa. Esittelin uuden hoitoprosessin hahmotelman klinikalla yhteisessä workshopissa elokuussa 2016. Tämän jälkeen aloimme yhdessä muun henkilökunnan kanssa ideoida uudistuksia ja parannuksia hoitoprosessiin.

Haastatteluiden pohjalta tuli esille, että asiakkaille on tärkeää asiakaslähtöisyydessä muun muassa toimiva yhteydenpito, monipuolinen tiedonsaanti ja psyykinen tukeminen. Ne ovat asioita joihin on helppo vaikuttaa kliinisessä työssä, ja näin ollen lisäsin uuden hoitoprosessin hahmotelmaan sen, että jatkossa antaisimme kaikille potilaille tietopaketin lääkärinkäynnin yhteydessä, siinä vaiheessa, kun päätös munasolunsaajan jonoon asettamisesta tehdään. Tietopakettiin kuuluisi tietoa ja ohjeita hoitoon liittyvästä psyykkisistä asioista, joita hoitoa ennen, hoidon aikana ja sen jälkeen voi herätä. Infopaketissa olisi myös tietoa eri yhteydenpito-kanavista, ja ohjeissa rohkaistaisiin asiakkaita olemaan yhteydessä klinikkaan, jos on mitään vain kysyttävää tai epäselvyyksiä hoitoon liittyvistä asioista.

Asiakkaat kokivat haastatteluiden perusteella hoitoprosessin epävarmuuden ja psyykkisen kuormituksen taakaksi. Samoin he toivoivat palveluiden olevan monipuolisia ja helposti saatavilla. Infopaketilla voisi helpottaa mahdollisesti hoitoon liittyvää epävarmuutta ja psyykkistä taakkaa, kun asiakkailla olisi tietoa siihen, voi tarvittaessa ottaa yhteyttä ja millaisia palveluita on saatavilla. Samoin jokainen asiakas voisi ohjeista lukea eri yhteydenpitokanavista ja miettiä mikä niistä olisi hänelle paras kanava yhteydenpitoon. Nämä seikat edistäisivät varmasti potilaan tunnetta klinikan hyvästä saatavilla olosta ja monipuolisista palveluista. Kirjallinen infopaketti helpottaisi asioiden muistamisessa, sillä kaikkea informaatiota ei voi muistaa ulkoa. Kirjalliset ohjeet voisi olla hyvä tuki puhutun tiedon ohelle. Infopaketissa olisi myös jolla tällä hetkellä käytössä oleva munasolunsaajaa koskeva hoito-ohje ja Lapsettomien yhdistys Simpukan tekemä vihko lahjasoluperheille, Simpukoista helminauhaa. Tärkeää on myös se, että kun asiakkaalle annetaan infopaketti, kirjataan se asiakkaan potilastietoihin, jotta voidaan olla varmoja siitä, että jokainen asiakas on saanut sen.

Haastateltavat kokivat odotusajan epävarmaksi, yksinäiseksi ja raskaaksi. Edellisten asioiden takia, jos jonossa olo aika venyy yli 4 kuukauden pituiseksi, niin klinikalta voitaisiin olla yhteydessä asiakkaaseen, tämä toive tuli myös haastatteluissa esille. Heille voitaisiin tarjota odotusaikana toista käyntiä psykologille tai keskustelukäyntiä hoitajalle. Hoidon toteutusvaiheessa odotukset hoitotuloksesta on korkealla ja jos raskaus ei kuitenkaan ala, niin pettymys on valtava. Myös tässä vaiheessa olisi hyvä tarjota asiakkaille keskustelu mahdollisuutta.

Alla on kuvio 11 uudesta hoitoprosessin hahmotelmasta. Punaisella kirjoitetut tekstit ovat uusia omia ehdotuksiani hoitoprosessin kehittämiseksi. Tämän hahmotelman esittelin klinikan workshop tilaisuudessa osallistujille, samoin aineiston tulokset.



Kuvio 11: Uuden hoitoprosessin hahmotelma

9 Aivoriihi klinikalla hoitoprosessin kehittämiseksi

Kehittämistyön kohdeorganisaation henkilökunta kutsuttiin yhteiseen aivoriihi tapahtumaan elokuussa 2016. Koko lapsettomuusklinikan henkilökunta kutsuttiin tilaisuuteen sähköpostikutsulla. Osallistujina aivoriihessä oli viisi lääkäriä, viisi hoitajaa, biologi ja kaksi klinikan sihteeriä. Aikaa tilaisuuteen oli varattu puolitoistatuntia. Tilaisuus alkoi asiakkaiden analysoitujen haastatteluiden tulosten ja uuden hoitoprosessin hahmotelman esittelyllä. Tämän jälkeen siirryttiin henkilökuntaa osallistavaan yhteiseen ideointiin. Tällä pyrittiin saada syntymään vielä uusia ja monipuolisempia ideoita, jotka henkilökunta myös kokee tärkeiksi, hoitoprosessin uudistamisessa.

9.1 Aivoriihen toteutus

Aivoriihi järjestettiin klinikan kokoustilassa ja ruokailutilassa. Tilan seinällä oli asetettu asiakas haastatteluiden tulokset ja uuden hoitoprosessin hahmotelma. Niiden tarkoitus oli toimia apuvälineenä henkilökunnalle uusien ideoiden keksimisessä niin, että he voivat tarkistaa, mitkä kohdat hoitoprosessissa olivat asiakkaiden haastatteluiden pohjalta sellaisia, jotka tarvitsevat lisähuomiota tai jotka asiakkaat oli kokenut tärkeiksi tai jotka vaativat uudistuksia. Sen lisäksi seinälle oli asetettu rivistö kirjaimia vaakatasoon ja rivistö numeroita pystytasoon. Tämän taulukon tarkoituksena oli helpottaa ja selkeyttää aivoriihessä syntyneiden ideoiden paremmuus järjestykseen asettamisessa ja lajittelussa samaan aiheeseen kuuluviin ideoihin myöhemmässä vaiheessa. Alla olevassa kuvassa oikealla näkyvät seinälle asetettuna tulokset, nykyinen hoitoprosessi ja uuden hoitoprosessin hahmotella, sekä keskellä ja oikealla numero- ja kirjainrivistöt.



Kuvio 12: Aivoriihi työskentely klinikalla

Jokainen aivoriiheen osallistuja sai kirjoittaa vähintään kaksi ideaa uuden hoitoprosessin kehittämiseksi paperille. Jokainen vei paperille kirjoitetut ideat seinälle toisten osallistujien tutustuttavaksi. Henkilökunta sai noin 30 minuuttia aikaa ideointiin ja toisten ideoihin tutustumiseen. Näiden vaiheiden jälkeen jokainen kävi merkitsemässä seinälle asetettuihin ideoihin pisteytyksen sen mukaan, mikä oli ollut heidän mielestään paras, toiseksi paras ja kolmanneksi paras idea. Kun jokainen oli tehnyt tämän, kaikki alkoivat yhdessä järjestellä ideoita ensin samaa aihealueeseen kuuluviin ideoihin ja tämän jälkeen vielä saman aihealueen asiat järjestettiin paremmuus järjestykseen osallistujien pisteytyksien mukaan. Tämän aivoriihen tarkoitus oli saada esille ne ideat uuden hoitoprosessin kehittämisen avuksi, jotka saivat eniten kannatusta henkilökunnalta. Tällä tavalla taataan se, että asiat, joita lähdetään kehittämään, on useamman henkilökuntaan kuuluvan mielestä tärkeitä asioita. Se, että asia on tärkeä useammalle hoitohenkilökuntaan kuuluvalle, lisää sitoutumista uudistuksen toteuttamiseen ja se myös lisää työntekijöiden työn mielekkyyden tunnetta (Martela 2010). Alla olevassa kuvassa on vielä esitetty aivoriihen vaihetta, jossa henkilökunta tutustuu ideoihin ja antaa ideoille pisteitä.



Kuvio 13: Aivoriihi ideointia klinikalla

9.2 Aivoriihestä esille nousseet asiat hoitoprosessin kehittämiseen

Klinikan henkilökunnan ideoinnin tuloksena syntyi 22 eri ideaa uuden hoitoprosessin kehittämiseksi. Henkilökunta antoi parhaimmille ideoille pisteitä yhdestä kolmeen ja sen lisäksi he ryhmittelivät ideat samaan aihealueeseen kuuluviin ideoihin. Ideoiden ryhmittelyllä saatiin kuusi eri aihealuetta ideoista. Liitteessä 4 on esitetty kaikki ideat samoihin aihealueisiin ryhmiteltynä ja ideoiden pisteytykset. Kolme eniten pisteitä saanutta ehdotusta olivat:

1. kaksi käyntiä klinikalle kaikille munasolunsaajille, 12 pistettä.
2. Asiakkaalla sama hoitotiimi koko hoidon ajan, 11 pistettä.
3. Yhteydenpidon lisääminen asiakkaaseen, 8 pistettä.

Kunkin aihealueen ideat olivat kaikki niin samanlaisia, että ne oli helppo yhdistää yhdeksi huomioitavaksi asiaksi uuden hoitoprosessin uudistamisessa. Aihealueiden yhdistetyt uudistus ideat olivat:

1. Asiakkaille kaksi käyntiä klinikalle aina ennen hoitoa
2. Sama hoitotiimi koko hoidon ajan
3. Fertiqol-kaavakkeen, psykologin ja muiden psyykkisen tuen menetelmien hyödyntäminen
4. Infopaketti asiakkaille ennen hoitoa
5. Pyrkimys lyhyeen jonoon ja munasolupankin kehittäminen
6. Yhteydenpito klinikalta asiakkaaseen odotusaikana

Edellä esitetyt kohdat otetaan huomioon uuden hoitoprosessin kehittämisessä, lukuun ottamatta ”Pyrkimys lyhyeen jonoon ja munasolupankin kehittäminen” sillä jonon pituus ei ole varsinaisesti klinikan hallittavissa, vaan riippuu, siitä kuinka paljon vapaaehtoisia luovuttajia meille ilmoittautuu ja munasolupankin kehittäminen rajautuu tämän kehittämistyön ulkopuolelle.

10 Uusi hoitoprosessi

Potilas haastatteluiden tulosten ja klinikan henkilökunnan aivoriihi työskentelyn tulosten avulla saatiin kehitettyä uusi hoitoprosessi. Uusi hoitoprosessi ei eroa aikaisemmasta radikaalisti, koska asiakkaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä nykyiseen hoitoprosessiin. Uuden hoitoprosessin kehittämisen tukena oli myös ESHRE:n vuonna 2015 julkaisema suositus psykologisesta tuesta: Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction - A guide for fertility staff (ESHRE 2016). ESHRE:n suositukset mukaili hyvin paljon asiakas haastatteluiden perusteella esiin tulleita asioita, siitä mitä on hyvä huomioida lapsettomia asiakkaita hoidettaessa. Asiakkaiden valmistelua ja informoimista pyrittiin parantamaan uudessa

prosessissa ja odotusaikaan kiinnitettiin huomiota kehittämisessä, sillä haastateltavat kokivat tämän ajan erityisen vaikeaksi. Seuraavaksi esitellään uusi hoitoprosessi kaaviona ja tämän jälkeen kerrotaan muutokset, joita hoitoprosessiin tehtiin jokaisesta hoitoprosessin vaiheesta, ja perustelut näille muutoksille.



Kuvio 14: Uusi hoitoprosessi

10.1 Päätös od-jonoon asettamisesta

Asiakkaiden haastatteluiden pohjalta ilmeni, että varsinkin odotusaika hoitoon koetaan kuormittavana ajanjaksona. Tätä kuormitusta voitaisiin helpottaa sillä, että asiakkaita informoitaisiin jonoon asettamisvaiheessa lääkärin ja hoitajan vastaanotolla jonon pituudesta, yhteydenpito kanavista, kerrottaisiin tuntemuksista, joita odotusaikana saattaa herätä ja siitä, että klinikan vastuutiimiin voi olla aina yhteydessä ja psykologi on tarvittaessa myös käytettävissä. Nämä asiat tulisi olla myös kirjallisena informaatiopakettina, sillä ensikäynnillä tulee niin pal-

jon uusia asioita asiakkaiden tietoon, että harva ihminen pystyy kaikkea omaksumaankin ainoastaan puheesta. Asiakkaan potilastietoihin tulisi myös kirjata se, että hän on saanut informaatiopaketin, jotta voidaan varmistua, että jokainen potilas varmasti saa sen. Mouradin, Hermesin, Cox-Witbraadin, Grolin, Nelenin ja Kremerin (2009) tekemän tutkimuksen mukaan kokeneen lapsettomuushoitajan mukana olo lapsettomuushoidon eri vaiheissa ja erillisen ”checklistan” käyttö lapsettomuushoidossa parantavat potilaan riittävää informaation saantia.

Dancet, Nelen, Sermeus, De Leeuw, Kremer ja D’Hooghe (2010) ovat osoittaneet myös, että yksi helpoimmista keinoista parantaa potilaan kokemuksia hoidosta on parantaa informaation antoa. Tämän takia kirjaus siitä, että asiakas on saanut infopakettin, on tärkeä, samoin kuin hoitajan erillinen tapaaminen jonoon asettamisvaiheessa. Tämän lisäksi jonoon asettamisvaiheessa jokaiselle asiakkaalle lähetettäisiin Fertiqol lapsettomien elämänlaatukysely, jotta erityistukea tarvitsevat potilaat tunnistettaisiin paremmin ja heille voisi kohdentaa vielä paremmin tukea (Cardiff University 2016). Gameiron, Boivin ja Domarin (2013, 304) katsauksen mukaan lapsettomuusklinikan asiakkaille tulisi jakaa selkeää informaatiota siitä, miten psykologista tukea saa sitä tarvittaessa.

10.2 Odotusaika

Asiakkaat kuvailivat odotusaikana ilmenneitä tuntemuksia seuraavasti: epätietoisuus, epävarmuus, yksinäisyys ja stressi. Odotusajan negatiivisiin tuntemuksiin tulisi kiinnittää huomiota. Jo edellisessä vaiheessa asiaa huomioitiin uudessa hoitoprosessissa asiakkaiden perusteellisella kirjallisella ja suullisella informoinnilla. Se, että asiakkaalla on perusteellista tietoa asioista vähentää hänen hoitoon liittyvää epätietoisuutta, ahdistusta ja stressiä (Aarts ym. 2012, 488). Tässä vaiheessa asiakkaat käyvät psykologin keskustelussa ja olisi jatkossa hyvä tarjota psykologin toista käyntiä kaikille asiakkaille. Psykologisen tuen arvo on tunnistettu lapsettomuushoidoissa jo jonkin aikaa. Monien tutkimusten mukaan lapsettomuus on stressaavaa, siihen sisältyy jatkuvia menetyksiä ja se herättää monenlaisia negatiivisia tuntemuksia. (Beanward, 2015, 507.)

Odotusaikana asiakkaiden olisi hyvä käydä toisen kerran lääkäriä tai vaihtoehtoisesti hoitajalla keskustelemassa. Asiakkaiden voisi olla helpompi kysellä asioista lääkäritä toisella tapaamiskerralla, koska hoitoon liittyvät asiat olisi voinut prosessoida rauhassa ensimmäisen käynnin jälkeen. Samoin kun hoitoon liittyvät asiat ja lääkäri olisi tullut tutuksi, asiakkaan voisi olla vapautuneempi ja rennompina olo vastaanotolla ja näin ollen helpompi myös kertoa peloistaan tai negatiivisista tuntemuksistaan. Toisaalta myös lääkärin voisi olla helpompi tällöin tunnistaa asiakkaat, jotka tarvitsevat lisätukea tai -tietoa.

Asiakkaiden haastatteluista nousi konkreettisesti esille tarve klinikan yhteydenottoon hoitoon odotusajan aikana. Täällä voidaan myös osaltansa vähentää asiakkaiden negatiivisia tunteita

odotusaikana. Se, että heillä on yhteydenoton yhteydessä mahdollisuus varmistaa epäselviä asioita, keskustella tuntemuksista, saada lisätietoa odotusajan pituudesta ja tuntee, että heitä ei ole unohdettu, vaikka aikaa kuluu ennen hoitoon pääsyä, helpottaa varmasti heidän hoitoon liittyvää henkistä taakkaansa. Uudessa hoitoprosessissa on määritelty, että jos munasolunsaaja ei pääse hoitoon neljän kuukauden sisällä jonoon asettamisesta, häneen otetaan yhteyttä klinikan toimesta, joko Kaiku palvelun kautta tai puhelimitse.

10.3 Hoidon suunnittelu ja päätös hoitoon lähdöstä

Hoidon suunnittelu ja päätös hoitoon lähdöstä on melko lyhyt vaihe ajallisesti. Tähän vaiheeseen ei tullut asiakkaiden haastatteluissa erityisiä kommentteja eikä henkilökunnan aivorihi työskentelyn avulla. Tätä vaihetta asiakkaat kuvailivat haastatteluissa niin, että päätös hoitoon lähdöstä oli helppo. Uudessa hoitoprosessissa tässä vaiheessa olisi tärkeää huomioida, että asiakas olisi käynyt toisen kerran lääkäriä tai hoitajalla, ja jos ei ole, niin järjestettäisiin käynti viimeistään tässä vaiheessa.

10.4 Hoidon toteutus

Hoidon toteutus vaihe oli haastatteluiden perusteella myös helppo ja jopa positiivinen vaihe hoitoprosessissa. Tämän takia tähän vaiheeseen ei tehty hoitoprosessissa muutoksia juurikaan. Se, mihin jatkossa voisimme kiinnittää huomiota, on se, että jos raskaustesti on negatiivinen, niin tarjoaisimme enemmän tukea asiakkaille.

11 Pohdinta

11.1 Eettiset kysymykset

Kehittämistyön tekemiseen saatiin lupa Väestöliiton Klinikoiden ylilääkäriltä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, HUS, eettisen lautakunnan puoltava lausunto kehittämistyön tekemiseen saatiin huhtikuussa 2016 (liite 5). Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK 2015) on antanut yleiset ohjeistukset hyvien tutkimuskäytäntöjen noudattamisesta. Sen mukaan tieteellinen tutkimus voi olla hyväksyttävää eettisesti ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia, vain jos tutkimus on suoritettu hyvän eettisen käytännön mukaan. Viime kädessä tutkija itse on vastuussa tutkimuseettisistä asioista, mutta myös tutkimusryhmä, oppilaitokset ja tiedekunnat ovat vastuussa siitä, että hyviä tutkimuseettisiä käytänteitä noudatetaan. (TENK 2015.) Tämän lisäksi oman kehittämistyön eettisyyttä ohjasivat oman ammattikuntani, kättilön ja sairaanhoitajan, eettiset ohjeet (Kättilöliitto 2016, Sairaanhoitajat 2016).

Terveystieteiden tutkimuskehittämistoiminnan ensisijaisena tavoitteena on potilaan hyvä. Tämän takia jo kehittämisaiheen valinnassa, tutkimusongelmien määrittämisessä ja rajaamisessa täytyy olla tarkka. On myös huomioitava, että ihmisiä tai ihmisryhmiä ei saa väheksyä tai

loukata tutkimuksella. Kehittämistoiminta nojaa aikaisempaan tutkimustietoon, käytännön kokemuksiin sekä ammattilaisten hiljaiseen tietoon. Tämän takia tietolähteet tulee valita huolella, niin että ne vastaavat niihin ongelmiin ja kysymyksiin, joihin haetaan vastauksia. Ihmisten on itse voitava päättää osallistumisesta tutkimukseen eli heidän itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava. Tämä edellyttää tutkimukseen osallistuvilta suostumusta tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimusaineiston analysoinnissa on oltava huolellinen ja tarkka. Johtopäätösten on oltava luotettavia ja rehellisiä. Tulokset on esitettävä rehellisesti, asiallisesti, perusteellisesti ja huolellisesti. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 43-44.)

Tämän kehittämistyön tarkoitus oli parantaa asiakkaiden hoitoprosessia niin, että se vähentää hoitoprosessista johtuvia pettymyksiä hoidon aikana ja asiakkaat saavat laadukkaampaa hoitoa. Opinnäytetyön päämäärä on asiakkaan hyvä ja näin ollen aihe on eettisesti hyväksyttävä. Jokaiselle asiakkaalle, jotka tutkimukseen valittiin, lähetettiin ensin saatekirje (Liite 1) tulevasta kehittämistyöhön liittyvästä haastattelusta. Saatekirjeessä perusteltiin kehitystyön tarkoitus ja merkitys. Haastatteluun osallistuville kerrottiin, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja siihen osallistumisen saa perua missä vaiheessa tahansa. Saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tietosuojasta ja luottamuksellisuudesta. Myös se kerrottiin, että haastattelun vastaukset eivät tule vaikuttamaan mitenkään heidän mahdolliseen uuteen munasolunluovutushoitoonsa. Tutkimukseen osallistuvien asiakkaiden tietoja käsiteltiin anonymisti ja huolehdittiin siitä, että he eivät ole tunnistettavissa vastauksistaan eikä heidän tietonsa päädy ulkopuolisille ihmisille. Haastateltavilta pyydettiin allekirjoitettu suostumus (Liite 3) haastatteluun osallistumisesta kahtena kappaleena, toinen jäi haastateltavalle ja toinen lapsettomuuslinikalle.

Haastattelunauhojen ja -tekstien säilyttämisessä on huomioitava, se että aineistot eivät saa joutua ulkopuolisten käsiin. Haastateltujen ihmisten tunnistetiedot on säilytettävä erillään varsinaisesta aineistosta, niin ettei ulkopuolinen voi yhdistää niitä. Tutkimuksen tekijä on vastuussa aineiston asianmukaisesta säilyttämisestä. (Kylmä & Juvakka 2007, 111.) Haastattelu nauhat tuhottiin heti niiden litteroinnin jälkeen ja litteroituja printattuja tekstejä säilytettiin lukollisessa kaapissa. Litteroiduissa teksteissä ei ollut haastateltavien tunnistetietoja. Tutkimukseen osallistuvien suostumukset säilytetään klinikan lukitussa kaapissa erillään muusta tutkimusmateriaalista.

Terveystieteellisessä tutkimuksessa sensitiivisiä tutkimusaiheita voivat olla esimerkiksi dramaattiset elämän muutosvaiheet ja vaikeat elämänvaiheet. On myös muistettava, että haastateltavan ja tutkijan käsitys sensitiivisyydestä voi olla erilainen. (Kylmä & Juvakka 2007, 145.) Haastateltaessa hoidon läpikäyneitä asiakkaita huomioitiin se, että asioiden uudelleen käsittely voi nostaa pintaa asiakkaiden kipeitä muistoja tai pettymyksiä hoitoprosessin ajalta.

Haastattelun loppuun varattiin aikaa vielä vapaaseen keskusteluun, jos haastateltava olisi halunnut käydä kipeitä asioita vielä läpi. Kerroin haastatteluun osallistuneille, että he voivat ottaa minuun jälkikäteen yhteyden, jos joku asia jää vaivaamaan tai mietityttämään haastattelun jälkeen. Toisaalta teemahaastattelun kysymykset olivat enemmän hoitoprosessiin liittyviä, ei niinkään lapsettomuus kokemukseen liittyviä, jotka saattaisi olla vaikeampia aiheita asiakkaalle käsitellä.

11.2 Luotettavuus

Tutkimuksen tulosten ja johtopäätösten tulisi olla oikeita, uskottavia ja luotettavia. Tutkimuksen yhtenä hyvyyden mittarina pidetään luotettavuutta. (Kananen 2012, 161.) Kvantitaavisen tutkimuksen luotettavuuden käsitteitä, reliabiliteetti ja validiteetti, ei voi suoraan soveltaa kvalitatiiviseen tutkimukseen. Kun tutkitaan ihmisten kokemuksia, on muistettava, että ihminen on ajatteleva ja tunteva yksilö, joka voi muuttaa mielipidettään ilman syytä. Laadullisen tutkimuksen siirrettävyyden vaatimus tarkoittaa sitä, että tutkimustulokset ovat pitävät vastaavanlaisessa tapauksissa. Dokumentaatio on yksi tärkeimmistä tekijöistä, joka tuo tutkimukselle uskottavuutta. On tärkeää, että kaikki ratkaisut ja valinnat tutkimuksen eri vaiheista perustellaan. Kaikki menetelmälliset ratkaisut on perusteltava; tiedonkeruun, analysointi ja tulkintamenetelmät. Usein pohditaan sitä, kuinka monta ihmistä tulee haastatella, jotta saadaan riittävä ja luotettava aineisto. Laadullisessa tutkimuksessa tässä yhteydessä puhutaan aineiston saturaatiosta eli siitä, että uudet haastateltavat eivät tuo enää uusia asioita tutkittavasta ilmiöstä esiin, vaan haastattelussa puhutaan samoista teemoista. Tätä pistettä kuvaa saturaatio (Kananen 2012, 174-175.) Tässä opinnäytetyössä haastateltiin 8 munasolunluovutushoidon läpi käynyttä naista. Tutkimuksessa haastateltujen asiakkaiden määrä oli melko pieni, mutta haastatelluissa käsitellyt asiat olivat kaikilla lähes samoja. Haastateltavien määrän lisääminen ei olisi todennäköisesti lisännyt laajoja isoja uusia tuloksia tutkimukseen, vaan pieniä yksityiskohtia, joilla ei ole varsinaista merkitystä tulosten kannalta.

Työskentelen itse lapsettomuuslinikalla munasolunluovutushoidon vastuuhoidtajana. Asiakkaat joita haastattelin ovat minulle hyvinkin tuttuja. Tein heille haastattelun koskien sitä, mitä asiakaslähtöisyys on ja millaisena he ovat kokeneet nykyisen hoitoprosessin. Tämä on mahdollisesti voinut vaikuttaa siihen, että asiakkaiden saattoi olla vaikea kertoa todellisia ajatuksiaan varsinkin negatiivisista asioista hoitoprosessiin liittyen. Toisaalta haastateltavat asiakkaat olivat jo hoidossa olleita, joten heidän ei tarvinnut välttämättä enää ajatella, että heidän antamansa rehelliset negatiiviset vastaukset vaikuttaisivat heidän tulevan hoitonsa laatuun. Asiakkaat ovat usein pitkän ja henkisesti rankan lapsettomuuden läpi käyneitä ihmisiä ja näin ollen voisi olettaa, että he toivoivat pystyvänsä auttaa munasolunluovutusprosessin kehittämisessä, jotta tulevien asiakkaiden hoitoprosessi olisi mahdollisimman hyvin toimiva. Toin haastattelun aluksi haastateltaville esille sen, että he

arvioivat hoitoprosessia ja haluamme saada tietoomme heidän todelliset ajatukset hoitoprosessista, jotta tuleva hoitoprosessi palvelisi asiakaslähtöisesti uusia asiakkaitamme. Moni asiakas oli tottunut hoitoprosessinsa aikana keskustelemaan kanssani hyvinkin suurista pettymyksistä ja niihin liittyvistä tunteista. Tämä helpotti mahdollisesti heidän asioista avoimesti puhumista haastattelussa.

Haastatteluita analysoidessa ja johtopäätöksiä tehdessä oli huomioitava se, että onko pariskunta saanut hoidosta lapsen vai ei. Se, että hoito on johtanut lapsen syntymään saattaa parantaa ajatuksia siitä, miten hoito on mennyt. Se, että hoidosta ei ole syntynyt lasta voi puolestaan taas huonontaa mielipidettä siitä, miten hoitoprosessi eteni ja mitä mieltä pariskunta siitä on. Tämän takia tutkimukseen valittiin sekä lapsen saaneita, että niitä, jotka eivät olleet saanut lasta hoidon avulla. Sisällönanalyysiä tehdessä kiinnitin huomiota siihen, että kokemukseni kautta tulleet käsitykset lapsettomuus asiakkaiden hoitoprosesseista ei ohjaa sitä, miten pelkistän, ryhmittelen ja luon teoreettisia käsitteitä. Haastatteluaineistojen analysoinnissa pyysin tukea ja vahvistusta ohjaavalta opettajalta, jotta analysoinnin tuloksena syntyisi mahdollisimman objektiiviset ja luotettavat tulokset. Kun teimme lopullisen hoitoprosessin työntekijöiden kanssa, esittelin heille haastatteluiden tuloksia, jotta heilläkin on asiakkaan näkökulma tiedossa uuden hoitoprosessin kehittämisessä.

Uutta hoitoprosessia kehittäessä oli huomioitava se, että tämän työn kehittämisen näkökulmana on asiakaslähtöisyys. Tällä tavoin pystyin välttämään sen, että minun tai muun henkilökunnan toiveet ja käsitykset ohjaavat hoitoprosessin kehittämistä.

11.3 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tavoite oli kartoittaa haastattelemalla munasolunluovutushoidon läpikäyneiden asiakkaiden näkemyksiä munasolunluovutushoidon hoitoprosessista ja sen asiakaslähtöisyydestä ja sitä, miten asiakkaat itse kehittäisivät hoitoprosessia. Tavoitteena on saatu- jen tulosten perusteella kehittää munasolunsaajien hoitoprosessia niin, että se palvelee munasolunsaajia parhaiten heidän näkökulmastaan sekä osallistuttaa kokenut henkilökunta kehittämistyöhön. Opinnäytetyön tavoitteena oli myös kehittää munasolunsaajien hoitoprosessia klinikan näkökulmasta niin, että hoitoprosessi olisi mahdollisimman tasalaatuinen, toimiva ja sujuva.

Kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksen menetelmin. Toimintatutkimus soveltui tämän työn tutkimusmenetelmäksi, sillä tavoitteena oli se, että asiakkaiden ääni saadaan kuuluviin, voin itse olla kehittämässä omaa työtäni ja ottaa myös siihen mukaan muun kokeneen henkilökunnan. Toimintatutkimukselle on tyypillistä se, että työntekijät tutkivat itse kehitettävää asiaa ja oivaltavat itse teorian merkityksen työllensä ja sen menestykselle hoitami-

selle ja kehittämislle. Toisin sanoen käytäntöä parannetaan oppimisen kautta. Se tuo kehitettävään asiaan syvempää ymmärrystä ja työntekijät voivat olla sitä kautta jopa tuotteliaampia tulevaisuudessa. Toimintatutkimus on työpaikkalähtöistä eikä sen toteuttajan tarvitse olla kokenut tutkija. (McNiff & Whitehead 2011, 21-22, 37.)

Edellinen oli tämän opinnäytetyön johtolankana ja ajatuksena; näyttää toteen ensin, mitä asiakkaat toivovat hoidoltansa ja tämän jälkeen vielä yhdessä jatko kehittää hoitoprosessia, jotta kaikki tuntevat saavansa osallistua kehittämistyöhön ja myös ymmärtävät, että kehittäminen tarve lähtee asiakkaan toiveista, eikä vain esimerkiksi klinikan johdon toiveesta. Hupelschoten ym. (2013a) tutkivat auditoinnin ja palautteen antamisen vaikutusta klinikan potilaskeskeisyyteen. Heidän tutkimuksen mukaan potilaskeskeisyyden parantamisen yksi edellytys on se, että henkilökunnalla on motivaatio ja tahtotila muutokseen. Se, että henkilökunta ymmärtää potilaskeskeisyyden merkityksen ja lähtökohdat, helpottaa osaltansa sitoutumista ja motivaatiota tähän muutokseen. Opinnäytetyön päämääränä oli myös se, että sen avulla voidaan toteuttaa käytännön läheinen ja oikeasti työpaikan kliinistä työtä parantava ja käytäntöön sovellettava tutkimus, ja siihen toimintatutkimus osoittautui soveltuvan hyvin. Opinnäytetyön läpi vieminen toimintatutkimuksen menetelmin todisti sen toimivuuden ja antoi rohkeutta viedä sen avulla muitakin kehittämishankkeita läpi tulevaisuudessa.

Asiakkaiden haastattelut antoivat monipuolista tietoa asiakaslähtöisyydestä ja klinikan nykyisestä hoitoprosessista. Aineiston tulokset olivat saman suuntaisia, kun ulkomailla tehdyt lapsettomuus asiakkaisen tutkimukset potilaskeskeisyydestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Niistä tarkemmin seuraavassa kappaleessa. Haastattelukutsu postitettiin yhdelletoista asiakkaalle ja kahdeksan asiakasta suostui haastatteluun. Tämä on ilahduttava määrä, kun kysymyksessä oli sensitiivinen haastatteluaihe. Ennakoajatuksena oli, että niitä joilla raskaus ei ole alkanut hoidosta, saattaa olla vaikea saada osallistumaan tutkimukseen, mutta se osoittautui vääräksi. Oliko kahdeksan riittävä määrä haastateltavia, mielestäni oli, sillä aikaisemmissa tutkimuksissa on saatu hyvin saman suuntaisia tuloksia kun, tämän kehittämistyö tulokset olivat ja toisaalta aiheet haastatteluissa pyörivät enimmäkseen samoissa asioissa.

Klinikan aivoriihi tilaisuuden olisi voinut järjestää kahtena eri tilaisuutena tai siihen olisi voinut varata enemmän aikaa. Näin aivoriihessä olisi voinut syntyä enemmän uusia ideoita käytännön kehittämisen tueksi. Omaa reflektiota tapahtui paljon koko tutkimusprosessin aikana. Pidin tutkimuspäiväkirjaa, joka auttoi toisinaan oivallusten tekemisessä ja selkeytti ajatuksiani, siitä miten työssä seuraavaksi tulisi edetä. Oma ymmärrys hoitoprosessista ja asiakaslähtöisyydestä lisääntyi ja kehittyi tutkimusprosessin aikana. Myös suunnitelmat kehittyivät ja tarkentuivat prosessin aikana useaan kertaan. Muiden työntekijöiden kanssa käytyä keskustelua hoitoprosessin kehittämisestä olisin kaivannut enemmän, mutta sen vähäisyyteen vaikutti varmasti se, että olin neljä kuukautta opintovapaalla tutkimusprosessin aikana.

11.4 Asiakaslähtöinen munasolunsaajien hoitoprosessi

11.4.1 Asiakaslähtöinen

Asiakaslähtöisyys merkitsi tämän työn tutkimusaineiston mukaan haastateltaville empaattista vuorovaikutusta ja asiakkaan kokonaisuuden huomioimista. Empaattinen vuorovaikutus määriteltiin inhimillisenä kohtaamisena ja toimivana yhteydenpitona ja vuorovaikutuksena. Asiakkaiden kokonaisuuden huomioiminen puolestaan koostui yksilöllisestä hoidon suunnittelusta, monipuolisesta tiedonsaannista ja psyykkisestä tukemisesta. Hyvää nykyisessä hoitoprosessissa oli asiakkaiden mielestä empaattinen ja yksilöllinen kohtaaminen ja yksilöllinen hoitoprosessi. Empaattinen ja yksilöllinen kohtaaminen koostui vuorovaikutuksesta ja psykologisen ja muun tuen saatavuudesta. Yksilöllinen hoitoprosessi puolestaan muodostui hoitoprosessin sujuvuudesta, asiantuntevasta henkilökunnasta, yksilöllisestä hoidon suunnittelusta ja yhteydenpito-kanavista.

Samansuuntaisia tuloksia on saatu potilaskeskeisyydestä lapsettomuushoitojen yhteydessä ulkomailla tehdyistä tutkimuksista. Dancet ym. (2011) tutkivat lapsettomuuspotilaiden näkemyksiä siitä, mikä heidän mielestään on potilaskeskeistä lapsettomuushoitoa. He muodostivat potilailta kerätyn aineiston perusteella kymmenen kohdan teorian siitä, mitä potilaskeskeisyys on lapsettomuushoitojen yhteydessä. Nämä kymmenen kohtaa ovat: riittävä tiedonsaanti, henkilökunnan ammattitaito, sujuvuus, saatavuus, hoidon jatkuvuus ja siirrettävyys, klinikan fyysinen mukavuus, henkilökunnan asenne ja suhde potilaisiin, vuorovaikutus henkilökunnan kanssa, potilaan osallisuuden ja yksityisyyden huomioiminen ja henkisen tuki. Dancetin ym. tutkimuksessa potilaiden määrittelemät ulottuvuudet potilaskeskeisyys käsitteestä ovat samoja, joita tämän opinnäytetyön tulosten perusteella saatiin. Tämä vahvistaa tämän tutkimuksen luotettavuutta ja sitä, että lapsettomat asiakkaat kokevat samat asiat tärkeiksi eri kansalaisuudesta huolimatta.

Gameiro, Boivin & Domar (2013) esittävät katsauksessaan näkemyksen, että optimaalisen lapsettomuushoidon aikaan saamisen edellytys on se, että vähennetään potilaan psyykkistä taakkaa hoitojen aikana ja toisaalta minimoidaan potilaiden ja hoitohenkilökunnan epäonnistuneita vuorovaikutustilanteita. Katsauksen mukaan luotettava, sensitiivinen ja arvostava lähestyminen hoitohenkilökunnalta takaa positiivisen vuorovaikutus tilanteen potilaille.

Mielestäni hyvä, yksinkertainen ja paljon tietoa tuova kysymys potilaalle olisi Van Empeliä, Neleniä, Hermensiä ja Kremeriä (2008) mukailten hoitojen aloitusvaiheessa: ”mitä sinä odotat hoidolta ja hoitohenkilökunnalta”. Näin pienellä, yksinkertaisella ja helpolla kysymyksellä päästäisiin varmasti jo hyvin pitkälle asiakaslähtöisyyden toteuttamisessa.

11.4.2 Hoitoprosessi

Haastatelluiden asiakkaiden mukaan nykyinen hoitoprosessi oli sujuva, mutta toisaalta siihen liittyi asioiden hallitsemattomuus. Sujuvuus liittyi siihen, että kaiken kaikkiaan hoitoprosessi sujuin hyvin, asiakkaiden päätös hoitoon lähdöstä oli helppo ja hoidon aikana oli positiivinen mieli. Haastatteluaineiston mukaan asiakkaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä nykyiseen hoitoprosessiin. Tämän kehittämistyön yksi lähtökohta oli se, että hoitoprosessin sujuvuudella voitaisi vähentää asiakkaille hoidon epävarmuus tekijöistä johtuvaa henkistä taakkaa. Edellinen tuli esille myös tuloksista, sillä asiakkaat kokivat nykyisen hoitoprosessin tulosten mukaan hallitsemattomaksi. Hoitoprosessin hallitsemattomuus muodostui hoitoon liittyvistä yllätyksistä, epävarmuudesta ja stressistä. Asiat, jotka aiheuttavat hoitoprosessin hallitsemattomuuden, on asioita, joita klinikka ei pysty kokonaan poistamaan, siihen miten hoito menee, vaikuttaa pitkälti se ihminen, jota hoidetaan sekä munasolunluovuttaja, ei ainoastaan klinikan käytännöt.

Analysoidun aineiston tulosten mukaan asiakkaat toivoivat hoitoprosessilta yksilöllistä suunnittelua. Edellinen tuli esille siinä, minkä asiakkaat olivat kokeneet hyvänä hoitoprosessissa, mutta toisaalta myös siinä, mihin he toivoisivat uuden hoitoprosessin kehittämisessä kiinnitettävän huomioita. Tämä osoittaa yksilöllisyyden olevan asiakkaille tärkeää. Dancetin ym. (2010) tekemässä systemaattisessa katsauksessa potilaan näkemyksistä siitä, mitä potilaskeskeisyys on, tämä sama potilaan toive tuli esille eri tutkimuksissa siten, että he toivovat, että hänen arvojaan, mieltymyksiään ja tarpeitaan kuunnellaan lapsettomuushoitojen yhteydessä. Yksilöllinen suunnittelu on tämän katsauksen tutkimuksien mukaan sitä, että suunnittelu lähtee potilaan taustoista ja tarpeista, ja klinikka on joustava hoidon suhteen. Tämän kehittämistyön yksi tavoitteista oli tehdä tasalaatuinen ja vakioitu hoitoprosessi. Edellisiin tuloksiin ja tämän opinnäytetyön tuloksiin viitaten, asiakkaiden toive yksilöllisestä hoitoprosessista on niin suuri, että vakioitua hoitoprosessia ei voida luoda, vaan jatkossakin jokainen potilaan kohdalla on edettävä heidän tilanteesta ja tarpeista lähtöisin. Uusi hoitoprosessi on vain raami hoidolle, se missä järjestyksessä asiat etenevät ja toimitaanko jokaisen asiakkaan kohdalla ihan samalla tavalla, muotoutuu sen mukaan mitä asiakas toivoo ja mikä hänen taustansa on.

Psyykinen kuormitus hoitoprosessin aikana, etenkin odotusvaiheessa, nousi tuloksissa esille useasti ja siihen toivottiin kiinnitettävän huomiota. Odotusvaiheen psyykkiseen taakkaan on jatkossa kiinnitettävä enemmän huomiota, ja klinikallamme on jo otettu käyttöön Fertiqol elämänlaatu kyselykaavake, jotta ne asiakkaat tunnistetaan paremmin, jotka tarvitsevat enemmän psyykkistä tukea (Cardiff University 2016). Jatkossa sen käyttöä on tehostettava ja huomioitava, että jokainen asiakas saa sen. Gameiro, Boivin & Domar (2013, 302) tuovat esille katsauksessaan, siitä miten koeputkihedelmoityshoidosta saataisiin optimaalinen, saman nä-

kemyksen psyykkisen tuen tarpeellisuudesta. Katsauksen mukaan asiakkaiden psyykkisen haavoittuvuuden seulominen olisi tärkeää ennen hoitoa. Samoin hoidon aikana olisi huomioitava ne kohdat, joissa asiakkaat saattavat tarvita lisätukea.

Asiakkaiden esiin tuomat kehittämisehdotukset tai asiat joihin tulisi kiinnittää huomiota hoitoprosessin aikana, liittyivät palveluiden monipuolisuuteen ja hoitoprosessin yksilöllisyyteen. Monipuolisiin palveluihin on jo Väestöliiton klinikoilla ryhdytty panostamaan muun muassa uuden sähköisen yhteydenpitoalustan Kaiku palvelun avulla. Sähköisten terveyspalveluiden voivat tuoda kilpailuetua kilpailijoihin nähden yksityisellä terveydenhuollon puolella (Helovuori 2012, 1).

Tämän kehittämistyön haastatteluissa ilmeni, että asiakkaat kokivat, että päätöshoitoon lähdöstä oli helppo. Tämä tuli useammassa haastattelussa esiin ilman erillistä kysymistä kyseisestä asiasta. Se on merkille pantavaa, oliko asiakkailla jokin tarve tuoda asia esille vai oliko päätös hoitoon lähdöstä tehty jo pariskunnan omissa ajatuksissa hyvissä ajoin ennen hoitoon lähtöä ja näin ollen se todella tässä vaiheessa tuntui helpolta. Samoin merkille pantavaa on se, että asiakkaat kokivat itse hoitoprosessin sujuvana, mutta toisaalta hallitsemattomana. Se osoittaa, että itse prosessi on tällä hetkellä pääsääntöisesti hyvä, mutta siihen liittyy asioita, joihin klinikka eikä asiakas itse voi vaikuttaa, ja se tekee asiakkaille hallitsemattomuuden tunteen. Tämä on asia, johon olisi jatkossa tärkeää etsiä asiakkaan hallitsemattomuuden tunnetta helpottavia menetelmiä yhdessä klinikan moniammatillisen tiimin kanssa.

11.5 Hyödyllisyys

Tämän kehittämistyön tuloksena syntyneen hoitoprosessin käyttöönoton jälkeen, voimme Väestöliiton klinikoilla kertoa asiakkaille, että klinikkamme munasolunsaajien hoitoprosessi on asiakaslähtöinen ja siinä on todella kuultu asiakkaan ääntä. Tämä tulee olemaan kilpailuetu muihin yksityisiin klinikkoihin nähden, niin markkinointi mielessä, kun myös hoidonlaadussa. Huppelschoten ym. (2013a, 1425) toivat myös tutkimuksessaan esille tämän ulottuvuuden merkitystä lapsettomuushoitojen yhteydessä.

Munasolunluovutushoidossa tulee olemaan aina pettymyksiä, sillä vielä tänä päivänä, vaikka lääketiede on hyvin edistyksellistä, lapsettomuushoidoissa on paljon asioita, mihin edes parhaalla mahdollisella suunnittelulla ja hoidon toteuttamisella ei voida vaikuttaa. Se, että tässä kehittämistyössä kuultiin asiakkaan mielipiteitä, tutkittiin muita aiheeseen liittyviä tutkimuksia ja huomioitiin henkilökunnan ideoita, parantaa suurella todennäköisyydellä munasolunsaajien, mutta myös muidenkin lapsettomuuspotilaiden hoitoa. Tämä voi osaltansa parantaa asiakkaan kokemusta elämänlaadusta, vähentää klinikan vaihtamista ja hoitojen keskeyttämistä, sekä vähentää hoidoista aiheutuvaa henkistä kuormaa. Aarts ym. 2012, tutkimuksessa klinikan potilaskeskeisyydellä ja potilaan elämänlaadulla näytti olevan yhteyttä. Pedron, Canavarron,

Boivin ja Gameiron (2013) tutkimuksessa puolestaan todettiin, että klinikan potilaskeskeisyys on yhteydessä potilaan aikomukseen viedä hoidot loppuun asti.

Tämän opinnäytetyön avulla saimme uutta tietoa siitä, mitkä kohdat asiakkaiden mielestä on nykyisessä hoitoprosessissa kuormittavia ja erityistä huomiota vaativia. Asiakkaiden kokemus jonotusvaiheen stressaavuudesta auttaa jatkossa klinikan henkilökuntaa huomioimaan tämä kuormittavuus asiakkaita hoidettaessa. Jatkossa on myös hyvä pohtia uusia palveluita, joita teknologian kehitys mahdollistaa, sillä asiakkaat kokivat monipuolisten palveluiden saatavuuden olevan asia johon tulisi kiinnittää huomiota. Asiakkaat toivovat monipuolisia palveluita, mutta toki on myös huomioitava se, että ne maksavat asiakkaille kaikki erikseen. Käytännössä voi olla niin, että asiakkaat toivovat uusia monipuolisia palveluita, mutta niiden maksullisuuden takia niitä ei kuitenkaan käytettäisi. Näin ollen ennen uusien palveluiden käyttöön ottoa, niiden todellinen hyöty pitää pohtia tarkasti tapauskohtaisesti.

11.6 Jatkokehittämiskohteet

Tämä kehittämistyö rajattiin loppumaan siihen, kun uusi hoitoprosessi on valmis. Sen käyttöön ottaminen ja käytön seuranta jäävät tämän työn ulkopuolelle. Jatkossa olisi hyvä tehdä ainakin jonkinlainen seurantatutkimus siitä, miten uuden hoitoprosessin käyttö on sujunut. Käytännössä tämä tarkoittaisi henkilökunnan kokemuksien kartoittamista, sillä asiakkaille ei haastattelua enää voisi uusia. Haastatteluiden vastaukset eivät ole laadullisessa tutkimuksessa ja näin pienellä otannalla vertailukelpoisia, ja sen lisäksi haastatellut asiakkaat eivät ole enää välttämättä klinikalla hoidossa uuden hoitoprosessin aikana.

Toisaalta myöhemmin tutkimusta voisi laajentaa koko Väestöliiton klinikan asiakkaille tarkoitetuksi tutkimukseksi siitä, miten asiakaskeskeisyys toteutuu klinikalla. Aikaisempien tehtyjen tutkimusten mukaan asiakaslähtöisyydellä on paljon positiivisia vaikutuksia lapsettomuuspotilaan kokemuksiin ja sen asiakaslähtöisyyden varmistaminen klinikan asiakkailta olisi hyödyllistä sekä asiakkaiden kuin klinikankin kannalta. Näin laajaan tutkimukseen tulisi olla käytössä valmis kvantitatiivinen lomake. Van Empel ym. (2010) ovat kehittäneet validin kvantitatiivisen kyselylomakkeen lapsettomuuspotilaille potilaskeskeisyydestä. Tällä kyselylomakkeella saataisiin nopeasti ja tehokkaasti toteutettua myös kohde organisaatiossa laaja tutkimus potilaskeskeisyydestä.

Lähi vuodet tuovat yksityiseen ja julkiseen terveydenhuoltoon suuria muutoksia sote-uudistuksen myötä. Samoin munasolujensaajien hoito tulee muuttamaan merkittävästi uuden munasolujen pakastamismenetelmän ansiosta. Jäämme mielenkiinnolla odottamaan, kuinka nämä suuret muutokset tulevat vaikuttamaan lapsettomuus asiakkaiden hoitoon, ainakin lähtökohdat molemmissa muutoksissa on potilaan paras ja hoitoprosessien järjeistäminen.

Lähteet

- Aarts, J.W.M. Huppelschoten, A.G. Van Empel. I.W.H, Boivin. J, Verhaak, M. Kremer, J.A.M. & Nelen, W.L. 2012. How patient-centred care relates to patients' quality of life and distress: a study in 427 women experiencing infertility. *Human Reproduction*. Vol 27. No.2.488-495
- Applegarth, L. D. Kaufman, N.L. Josephs-Sohan, M. Christos, P.J. & Rosenwaks, Z. 2016. Parental disclosure to offspring created with oocyte donation: intentions versus reality. *Human Reproduction*. Vol.31. No.8. 1809-1815.
- Barbour, R. 2008. *Introducing qualitative research. A student Guide to the Craft of Doing Qualitative Research*. Lontoo. SAGE Publications Ltd
- Benward, J. 2015. Mandatory counselling for gamete donation recipients: ethical dilemmas. *Fertility and sterility*. Vol.104. No.3. 507-512.
- Brandes, M. van der Steen, J.O.M. Bokdam, S.B. Hamilton, C.J.C.M de Bruin, J.P. Nelen, W.L.D.M & Kremer, J.A.M. 2009. When and why do subfertile couples discontinue cohort study in a secondary care subfertility population. *Human Reproduction*. Vol.24. No12. 3127-3135. 2009.
- Dancet, E.A.F. Nelen, W.L.D.M. Sermeus, W. De Leeuw, L. Kremer, J.A.M. & D'Hooghe, T.M. 2010. The patients' perspective on fertility care: a systematic review. *Human Reproduction update*. Vol.16. No.5. 467-487.
- 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*. Vol.26. No.4. 827-833. 2011.
- De Haan, N. Spelt, M. & Göbel, R. 2010. *Reproductive medicine. A Textbook for paramedics*. ESHRE. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg.
- Domar, A. Smith, K. Conboy, L. Iannone, M. & Alper, M. 2010. A prospective investigation into the reasons why insured United States patients drop out of in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*. Vol.94. No.4. September 2010.
- ESHRE. 2002. Gamete and embryo donation. EHSRE task force on ethics and law. *Human Reproduction*. Vol.17. No.5. 1407-1408.
- Gameiro, S. Boivin, J. & Domar, A. 2013. Optimal in vitro fertilization in 2020 should reduce treatment burden and enhance care delivery for patients and staff. *Fertility and Sterility*. Vol.100. No.2. 302-309. 2013.
- Heikkilä, A. Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. *Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla*. Helsinki: WSOY.
- Heikkinen, H.L.T. Huttunen, R. ja Moilanen, P. 1999. *Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja*. Jyväskylä: Atena kustannus.
- Heikkinen, H.L.T. 2006. *Toimintatutkimuksen raportointi. Teoksessa: Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat*. Heikkinen, H.L.T. Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Helsinki: Dark Oy. 16-38.
- Heino, A. & Gissler, M. 2015. *Hedelmöityshoidot 2013-2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti*. Helsinki.
- Helovuori, S. 2012. *Potilas vai terveyspalvelun kuluttaja? Sähköisellä asiointilla kohti rooli muutosta*. Helsingin Yliopisto. Taloustieteen laitos. Selvityksiä no76. Helsinki.

- Hirsjärvi, S. Remes, P & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Huovinen, T. & Rovio, E. 2006. Toimintatutkimuksen raportointi. Teoksessa: Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Heikkinen, H.L.T. Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Helsinki: Dark Oy. 114-142.
- Huppelschoten, A.G. Aarts, J.W.M. Van Empel, I.W.H. Cohlen, B.J. Kremer, J.A.M. & Nelen, L.D.M. 2013a. Feedback to professionals on patient-centered fertility care is insufficient for improvement: a mixed-method study. *Fertility and Sterility*. Vol.99. No.5. 1419-1427. 2013.
- Huppelschoten, A.G. Van Dongen, A.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*. Vol.28. No.8. 2177-2186. 2013.
- Isaksson, S. Sydsjö, G, Skoog Svanberg, A. & Lampic, C. 2012. Disclosure behavior and intentions among 111 couples following treatment with oocytes or sperm from identity-release donors: follow-up at offspring age 1-4 years. *Human Reproduction*. Vol.27. No10. 2998-3007. 2012.
- Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu. Jyväskylä: Juvenes Print Oy.
- Kettula-Pihlaja, T. Aho, A. & Kaunonen, M. 2015. Haikaran ohilento-Lapsettomuudesta selviytyminen naisten kuvaamana. *Hoitotiede* 2015. 27 (4). 298-310.
- Kiikkala, I. 2007. Kehittämistyö ja jatkuva muutos. Teoksessa Väestö, R. (toim.) Työntekijä oman työnsä kehittäjänä. Pohjois-Karjalan Ammattikorkeakoulu. Jyväskylä: Kopijyvä
- Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta: Seksuaali- ja lisääntymisterveiden toimintaohjelma 2014-2020. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Tampere: Juvenes Print-Suomen yliopistopaino.
- Klemetti, R. 2006. The Use of assisted fertilization in Finland: Health effects and equity. Tampereen Yliopisto. Stakes. Research report. Vaajakoski: Gummerus.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vastapaino.
- Mascarenhas, Maya N. Flaxman, Seth R. Boerma, T. Vanderpoel, S. Stevens & Gretchen A. 2012. National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. *PLOS Medicine*. 18.12.2012.
- McNiff, J. & Whitehead, J. 2011. All you need to know about action research. Second edition. Lontoo: SAGE Publications Inc.
- Miettinen, A. 2011. Äidiksi ja isäksi hedelmöityshoidolla. Väestöntutkimuslaitos. Katsauksia E40/2011. Helsinki: Väestöliitto Väestöntutkimuslaitos.
- Mourad, S. M. Hermens, R.P.M.G. Cox-Witbraad, T. Grol, R.P.T.M. Nelen, W.L.D.M. & Kremer, J.A.M. 2009. Information provision in fertility care: a call for improvement. *Human Reproduction*. Vol.24. No.6. 1420-1426.
- Ojasalo, K. Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaa liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma pro.
- Papunen-Morin, L. & Koivunen, R. 2012. Hedelmättömyyden hoidot- osa II. *Duodecim* 2012; 128: 1568-75.

- Pedro, J. Canavarro, M.C. Boivin, J. & Gameiro, S. Positive experiences of patient-centred care are associated with intentions to comply the validation of the Portuguese version of the PCQ-infertility tool. *Human Reproduction*. Vol.28. No.9. 2462-2472.
- Rantala, I. 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Toim. Valli, R. & Aaltola, J. Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Suomen kuntaliitto 2011. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuopas. Verkkojulkaisu. Koivuranta-Vaara, P.(toim.) Helsinki
- Söderström-Anttila, V. 1998. Oocyte donation in the treatment of infertility. Vantaa: Tumma-vuoren kirjapaino.
- Söderström-Anttila, V. 2001. Pregnancy and child outcome after oocyte donation. *Human Reproduction update*, vol.7, NO.1.
- Söderström-Anttila, V. 2010. Yli 40-vuotiaan naisen infertiliteetti. *Suomen lääkäri-lehti*. 39/2010.
- Söderström-Anttila, V. Miettinen, A. Rotkirch, A. Nuojua-Huttunen, S. Poranen, A-K. Sälevaara, M. & Suikkari, A-M. 2016. Short and long term health consequences and current satisfaction levels for altruistic anonymous, identity release and known donors. *Human Reproduction*. Vol.31. No.3. 597-606.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Juvenes print.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Latvia. Livonia Print.
- Van Empel, I.W.H. Nelen, W.L.D.M. Hermens, R.P.M.G. & Kremer, J.A.M. 2008. Coming soon to your clinic: high-quality ART. *Human Reproduction*. Vol.23. No.6. 1242-1245.
- Van Empel, I. Aarts, J. Cohlen, B. Huppelschoten, D. Laven, J. Nelen, W. & Kremer, J. 2010. Measuring patient-centredness, the neglected outcome in fertility care: a random multicentre validation study. *Human Reproduction*. Vol.25. No.10. 2516-2526. 2010.
- Van Empel, I. Dancet, E. Koolman, X. Nelen, W. Stolck, E. Sermeus, W. D'Hooghe, T. & Kremer, J. 2011. Physicians underestimate the importance of patient-centredness to patients: a discrete choice experiment in fertility care. *Human Reproduction*. Vol.26. No.3. 584-593. 2011.
- Virtanen, P & Stenvall, J. 2014. Älykäs julkinen organisaatio. Helsinki: Tietosanoma Oy
- Vesterinen, M-L. 2011. SOTE ennakointi. Sosiaali- ja terveysalan sekä varhaiskasvatuksen tulevaisuuden ennakointi. Etelä-Karjalan koulutuskuntayhtymän julkaisu. Vesterinen, M-L. (toim.) Iisalmi: Painotalo Seiska Oy.
- Weissman, A. Leonng, M. Sauer, M. V. & Shoham, Z. 2014. Characterizing the practise of oocyte donation: a web-based international survey. *Reproductive BioMedicine online*. (2014) 28. 443-450.
- Woodriff, M. Sauer, M. & Klitzman, R. 2014. Advocating for longitudinal follow-up of the health and welfare of egg donors. *Fertil and steril*. 2014 seb 102(3)662-666.

Sähköiset lähteet:

Cardiff University. Viitattu 16.9.2016. <http://sites.cardiff.ac.uk/fertiqol/>

ESHRE. Viitattu 12.9.2016. <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Psychosocial-care-guideline.aspx>

ESHRE. Viitattu 17.9.2015. <http://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/ART-fact-sheet.aspx>

Finlex. Viitattu 19.10.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20061237>

Martela, F. 2010. Meaningful work-an integrative model based on the human need for meaningfulness. Viitattu 1.10.2016. http://www.frankmartela.fi/bibliography/Martela2010_MeaningfulWork.pdf

Netmedi. Viitattu 16.9.2016. <http://kaikuhealth.com/>

Sairaanhoitajat. Viitattu 16.9.2016. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

SFY. Viitattu 28.12.2015. <http://www.suomenfertiliteettiyhdistys.fi/23>

STM. Viitattu 14.9.2016. <http://kuvapankki.stm.fi/?sid=D3483CB6911C557510E5&autologin=false&fo=478>

Suomen kätilöliitto. Viitattu 16.9.2016. <http://www.suomenkatiloliitto.fi/katilon-tyo>

TENK. Viitattu 28.12.2015. <http://www.tenk.fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Väestöliiton Klinikat. 2015. Laatuksikirja. Väestöliiton Klinikoiden Intranet.

WHO. Viitattu 17.9.2015. <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>

Kuviot

Kuvio 1: Lapsettomuushoitojen jaottelu.....	13
Kuvio 2 Nykyinen hoitoprosessi asiakkaan näkökulmasta	19
Kuvio 3 Nykyinen hoitoprosessi klinikan laatukäsikirjan mukaan.....	20
Kuvio 4 Työn toimintatutkimuksellinen syklisyys.....	24
Kuvio 6: Haastattelu aineiston tulokset.....	31
Kuvio 7: Asiakaslähtöisyys aineiston mukaan	32
Kuvio 8: Nykyinen hoitoprosessi	35
Kuvio 9: Hyvää nykyisessä hoitoprosessissa	37
Kuvio 10: Yksityiskohtaisemmin hyvät asiat hoitoprosessissa	38
Kuvio 11: Kehitettävää nykyisessä hoitoprosessissa	40
Kuvio 12: Uuden hoitoprosessin hahmotelma	43
Kuvio 13: Aivoriihi työskentely klinikalla	44
Kuvio 14: Aivoriihi ideointia klinikalla	45
Kuvio 15: Uusi hoitoprosessi	47

Taulukot

Taulukko 1 Syitä munasolunluovutushoitoon.....	15
Taulukko 2 Asiakslähtöisyys käsitteen analysointi	29

Liitteet

Liite 1 Saatekirje tutkimuksesta	65
Liite 2 Teemahaastattelun runko	66
Liite 3 Suostumus haastatteluun osallistumisesta.....	67
Liite 4 Aivoriihi työskentelyssä syntyneet ideat.....	68
Liite 5 Hus Eettinen lautakunta lausunto.....	70

Liite 1 Saatekirje tutkimuksesta

Hyvä vastaanottaja,

Teen ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä kehittämistyön Helsingin Väestöliiton Lapsettomuuslinikalla, **”Asiakaslähtöisen munasolunsaajien hoitoprosessin kehittäminen lapsettomuuslinikalla”**. Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää munasolunsaajien hoitoprosessin asiakaslähtöisyyttä. Opinnäytetyön tavoitteena on kartoittaa haastatteleamalla, miten jo munasolunluovutushoidon läpi käyneet asiakkaat kuvaavat nykyistä hoitoprosessia ja sen asiakaslähtöisyyttä. Asiakkaiden haastatteluista saatujen tietojen perusteella kehitetään uusi asiakaslähtöisempi hoitoprosessi. Tutkimussuunnitelma on saanut Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Naisten, lasten ja psykiatrian **eettisen** toimikunnan puoltavan lausunnon.

Kutsun sinut **Pyydän sinua** nyt osallistumaan tämän kehittämistyön asiakashaastatteluun. Haastattelu tapahtuu Väestöliiton Lapsettomuuslinikalla myöhemmin sovittuna ajankohtana tai vaihtoehtoisesti muussa yhdessä sovitussa paikassa. Haastattelut ovat yksilöhaastatteluja, eli paikalla on vain haastateltava ja haastattelija (allekirjoittanut). Haastattelut ja niistä saatu aineisto käsitellään luottamuksellisesti eikä mitään tunnistettavia tietoja anneta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille.

Osallistuminen tutkimukseen on täysin vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistumisen saa perua missä vaiheessa tahansa. Tutkimukseen osallistuminen tai siitä kieltäytyminen ei vaikuta suhteeseesi lapsettomuuslinikkaan tai mahdolliseen tulevaan hoitoosi. Ohessa suostumus tutkimukseen osallistumisesta, joka on kahtena kappaleena, toinen sinulle ja toinen kehittämistyön tekijälle. Voit tuoda ne mukana haastatteluun.

Tutkimuksen avulla saamme tärkeää tietoa siitä, miten munasolunluovutushoidon hoitoprosessia voidaan kehittää asiakkaan näkökulmasta. Kehittämistyön tuloksena syntyvän uuden hoitoprosessin avulla pystymme palvelemaan jatkossa asiakkaitamme vielä paremmin. Sinun ajatuksesi ja kokemuksesi nykyisestä hoidosta ovat erittäin tärkeitä hoitoprosessin kehittämisen kannalta.

Otan sinuun lähiaikoina yhteyttä mahdollisen haastatteluajan sopimiseksi. Minuun voi olla myös yhteydessä, jos haluat lisätietoa opinnäytetyöstä.

Kiittäen!

Pia Rönkkö, Kätilö/Sairaanhoitaja AMK

Ylempi Ammattikorkeakouluopiskelija

Väestöliiton Lapsettomuuslinikka

Liite 2 Teemahaastattelun runko

Teemahaastattelun runko:

1. Mitä asiakaslähtöisyys mielestäsi on?
 - a. Nimeä asioita, jotka ovat erityisen tärkeitä sinulle yleensä asiakaslähtöisessä hoitoprosessissa
 - b. Nimeä asioita, jotka ovat erityisen tärkeitä sinulle asiakaslähtöisessä munasolunsaajan hoitoprosessissa

2. Miten kuvaat nykyisen munasolunluovutushoidon hoitoprosessia? (Selvennä haastateltavalle mitä hoitoprosessi tarkoittaa, alku-loppu)
 - a. mikä oli hyvää hoitoprosessissa
 - b. mikä oli huonoa hoitoprosessissa
 - c. Miten kuvaisit yhteydenpitoa klinikkaan? Miten mieluiten olet yhteydessä klinikkaan?
 - d. Oliko tiedonsaanti riittävää?
 - e. Oliko tapaamisia lääkärin ja hoitajan kanssa tarpeeksi?
 - f. Millaisena koit psyykkisen tuen?
 - g. Millainen hoitovastuu hoitoprosessista olisi mielestäsi hyvä: niin, että olisi yksi hoitaja tai kaksi vastuuhoitajaa vai niin että kaikki voisivat hoitaa asioitasi.

3. Miten kehittäisit munasolunluovutusta asiakaslähtöisemmäksi? Millainen hoitoprosessi palvelisi sinua parhaiten? Sana on vapaa, kehittämisehdotuksia, toiveita, ajatuksia, villejäkin.

Liite 3 Suostumus haastatteluun osallistumisesta

Tutkittavan/haastateltavan suostumus

Minua on pyydetty osallistumaan haastattelututkimukseen ”*Asiakaslähtöisen munasolunsääjien hoitoprosessin kehittäminen lapsettomuusklinikalla*”. Sen tarkoituksena on kehittää munasolunluovutushoidon hoitoprosessia.

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt tutkimusta kertovan tiedotteen.

Tiedän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Ymmärrän, että osallistuminen tai tutkimukseen kieltäytyminen ei vaikuta millään tavoin hoitooni Väestöliiton lapsettomuusklinikalla nyt tai tulevaisuudessa. Ymmärrän, että kaikkia tutkimukseen liittyviä tietoja käsitellään luottamuksellisesti eikä mitään tunnistettavia tietoja luovuteta tutkimuksen ulkopuolisille ihmisille. Halutessani voin peruuttaa tutkimukseen osallistumiseni.

Suostumuskaavakkeita on tehty kaksi kappaletta, toinen minulle ja toinen tutkijalle.

Päiväys _____ / _____ 2016

Allekirjoitus _____

Nimi _____

Syntymäaika _____

Osoite _____

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Liite 4 Aivoriihi työskentelyssä syntyneet ideat

A	B	C	D	E	F
Fertiqolin hyödyntäminen enemmän, oma keskustelukäynti tämän pohjalta 5 pistettä	Ensikäynnillä liikaa asioita kerrottavaksi. Olisi-kin esim. 2 käyntiä aina 12 pistettä	Od-ensikäynnillä monet potilaat luokossa, ei aina helppoa tietää kuinka paljon psykologista tukea tarvitsee. Tähän ongelmaan varmaan info-paketti hyvä 2 pistettä	Sama hoitotiimi koko ajan yhdelle potilaalle 11 pistettä	Jonon pituus. Munasolupankki toimivaksi 5 pistettä	Yhteydenpidon lisääminen potilaaseen 8 pistettä
Psykologin saaminen mukaan enemmän hoitoprosessin aikana	Kun luovuttaja löytyy, asiakas käymään klinikalla, suunnittelu, tunteukset ym. 7 pistettä	"infopaketti" potilasohjeeseen niin asiat ovat 1 paikassa ja löytyvät odotusaikana 1 piste	Kahden hoitajan työpari 3 pistettä	Pyrkimys jono 3-6kk	Lisää yhteydenpitoa, eritoten odotusaikana 6 pistettä
Tiivis yhteistyö hoitajan kanssa +psykologin	Lääkäri, hoitaja, psykologi, potilas tapaaminen	Info meillä tehtyjen hoitojen onnistumisesta? Tilastoja?		MS-pankki	Yhteydenpito potilaaseen tärkeä klinikan taholta. Yleensä aina sovittu, koska viimeistään potilaan pitää itse olla yhteydessä 4 pistettä
Psyykkiseen tukeen vertaisryhmä, digisovelluksia	Käynti ensimmäisellä kerralla sekä lääkäriä, että hoitajalla	Riittävästi neuvontaa ja helposti saatavilla			Klinikalta otetaan yhteyttä esim. 2 kuukauden kuluksua 1 pistettä
					Säännöllinen yhteydenotto klinikalta jonoissa oleville Kaiku tai puhelinkontakti. Kysytään vointia, kerrotaan

					jonotilan- teesta, kysy- tään haluaako käydä psyko- logilla
--	--	--	--	--	---

Liite 5 Hus Eettinen lautakunta lausunto

Naisten, lasten ja psykiatrian eettinen toimikunta 21.04.2016

43/13/03/03/2016 UUSI TUTKIMUSSUUNNITELMA, 2. KÄSITTELY

43/13/03/03/2016

TMK03 S 109

Esittelijä TtT Anja Hottinen

Julkisuus Salassa pidettävä (Julkl 621/1999, 24 S)

Tutkimuksen nimi ASIAKASLÄHTÖISEN MUNASOLUNSAAJIEN HOITOPROSESSIN
KEHITTÄMINEN LAPSETTOMUUSKLINIKALLA

Kuvaus Toimikunnan käsiteltäväksi on toimitettu toimikunnan 18.2.2016 (526/2016) pöydälle jättämään tutkimukseen pyydetty lisäselvitykset.
Kyseessä on hoitotieteellinen haastattelu- / kyselytutkimus, jonka tavoitteena on kehittää lapsettomuuslinikalla asiakaslähtöistä munasolunsaajien hoitoprosessia.

Tutkimuksesta vastaava henkilö

Ylilääkäri Anne-Maria Suikkari, Väestöliiton klinikat Oy

Tutkijat Sairaanhoitaja / kättilö, YAMK opiskelija Pia Rönkkö, Väestöliiton klinikat Oy ja Laurea

Ohjaava opettaja TtT Paula Lehto, Laurea Ammattikorkeakoulu

Tutkimuksen toimeksiantaja

Tutkijalähtöinen tutkimus, YAMK tutkintoon kuuluva tutkimus

Tutkimuksen rahoitus Ei ulkopuolista rahoitusta

Toimitetut asiakirjat

- Hakemuslomake, 4.4.2016
- Edellisen kokouskäsitteilyn lausuntokopio, 18.2.2016
- Saate- / selvityskirje, Rönkkö Pia
- Vastine eettisen toimikunnan pyytämiin korjauspyyntöihin, Rönkkö Pia - Tutkimussuunnitelman suomenkielinen tiivistelmä, versio 2, 22.1.2016
- Tutkittavan suomenkielinen tiedote, versio 2, 120115
- Tutkittavan suomenkielinen suostumusasiakirja, versio 2, 140115
- Teemahaastattelun runko, versio 2, 140115
- Tutkimussuunnitelma, versio 2, 170116

Päätösesitys Eettinen toimikunta päättää

1. asiasta kokouskäsitelyssä,
2. periä lausuntomaksuna 0 euroa (STM:n asetus 1168/2014, 1 S 3 mom.).

Päätös Toimikunta katsoo, että tutkimussuunnitelma ja sen liiteasiakirjat noudattavat lääketieteellisestä tutkimuksesta annetun lain (488/99 myöh. muutoksineen) ja asetuksen (986/99 myöh. muutoksineen) säännöksiä, tietosuojasäännöksiä sekä niitä lääketieteellistä tutkimusta ja tutkimuspotilaiden asemaa koskevia kansainvälisiä velvoitteita, joita ihmiseen kohdistuvalta lääketieteelliseltä tutkimukselta edellytetään.

Eettinen toimikunta pitää tutkimussuunnitelmaa eettisesti hyväksyttävänä ja päättää

1. antaa siitä puoltavan lausunnon.

Päätöstä koskeviin asiasisällöllisiin kysymyksiin vastaa tarvittaessa esittelijä.

2. periä lausuntomaksun esityksen mukaisesti.

Eettisen toimikunnan antamasta lausunnosta ei voi valittaa. Jos eettisen toimikunnan lausunto on kielteinen, toimeksiantaja voi saattaa asian saman sisältöisenä uudelleen eettisen toimikunnan käsiteltäväksi. Alueellisen eettisen toimikunnan on toimeksiantajan pyynnöstä hankittava asiasta ennen uuden lausuntonsa antamista valtakunnallisen lääketieteellisen tutkimuseettisen toimikunnan lausunto (Tutkimuslaki 488/1999 myöh. muutoksineen).

Maksuvelvollinen, joka katsoo, että maksun määräämisessä on tapahtunut virhe, voi vaatia oikaisua. Oikaisuvaatimusohje on liitteenä.

Lisätietoja Esittelijä Anja Hottinen,

Toimikuntasihtööri Piia Paavilainen,

Otteen tarkastamattomasta pöytäkirjasta oikeaksi todistaa

Helsingissä 29.4.2016

Piia Paavilainen Naisten eettinen ja psykiatrian sihteeri

Lähetetty tiedoksi 29.4.2016

Liite Oikaisuvaatimusohje

Jakelu Suikkari Anne-Maria

Rönkkö Pia