

Elina Manninen ja Anu Mayer

# Sydänpotilaiden ja omaisten kokemuksia erikoissairaanhoidon asiointiprosessista

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidajan tutkinto

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

14.2.2013

Tekijät Otsikko Sivumäärä Aika	Elina Manninen ja Anu Mayer Sydänpotilaiden ja omaisten kokemuksia erikoissairaanhoidon asiointiprosessista 23 sivua + 4 liitettä 14.2.2013
Tutkinto	Sairaanhoitajan tutkinto
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaaja	Yliopettaja Leena Rekola
<p>Opinnäytetyömme tarkoitus on kuvata sydänpotilaiden ja omaisten kokemuksia erikoissairaanhoidon asiointiprosessista ja sen vaiheista. Tavoitteenamme on tarkastella sydänpotilaiden ja heidän omaistensa kokemuksia sekä asioita, jotka ovat vaikuttaneet kokemuksen syntyyn. Tarkastelemme myös sitä, millainen on laadukas asiointiprosessi.</p> <p>Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimi HUS-Servis, joka on kunnallinen liikelaitos ja kuuluu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän organisaatioon. Opinnäytetyömme pyrki tuottamaan sellaista tietoa, jota voidaan käyttää asiointipalveluiden kehittämiseen.</p> <p>Keräsimme tietopohjaa aihetta käsittelevistä tutkimuksista ja kirjallisuudesta, joita löytyi melko vähän. Varsinkin eurooppalaista tutkimustietoa oli todella vähän saatavilla. Tutkimusmenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua teemahaastattelua. Haastateltavia oli yhteensä 11, joista yhdeksän oli sydänpotilaita ja kaksi oli omaisia. Haastattelut toteutettiin sekä yksilö- että ryhmähaastatteluinä talven 2012–2013 aikana.</p> <p>Haastatteluista kävi ilmi että kokemukset erikoissairaanhoidon asiointiprosessista poikkesivat toisistaan merkittävästi. Harvinaista sydänsairautta sairastavien kokemukset olivat negatiivisempia kuin yleisempää sairautta sairastavien. Haastattelujen perusteella merkittävimpiä kokemuksen syntymiseen vaikuttavia tekijöitä olivat tiedonkulku ja yhteistyö sekä vastaanottoajan riittämättömyys. Asiointiprosessin vaiheiksi nimettiin tutkimukset, diagnoosi, hoito ja seuranta. Seuranta esittäytyi potilaille selkeimpänä.</p>	
Avainsanat	erikoissairaanhoido, asiointiprosessi, sydänpotilas, omainen

Authors Title Number of Pages Date	Elina Manninen and Anu Mayer Heart Patients and Relatives Experiences of Specialized Medical Care Service Process 23 pages + 4 appendices 14 February 2013
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Senior Lecturer Leena Rekola
<p>The purpose of our final project was to describe the heart patients` and their relatives experiences of specialized medical care service process and its phases. Our goal was to examine the experiences of heart patients and their relatives, as well as the things that have contributed to the experience. We also examined what is high-quality service process.</p> <p>The partner of the final project was HUS-Servis, which is a municipal enterprise and a part of the Helsinki and Uusimaa Hospital District organization. Our final study sought to produce information that may be used in customer services development.</p> <p>We collected data on the subject from studies and literature. There was not a great amount of studies connected to the topic. Particularly, European studies were uncommon. Method used in this research was semi-structured theme interview. We interviewed 11 people, of which nine were heart patients, and two were relatives. The interviews were conducted in both individual and group interviews during the winter of 2012-2013.</p> <p>The interviews showed that the differences connected to experiences of specialized medical care service process were significant. Patients with rare heart disease had more negative experiences than the patients with more common disease. Based on the interviews the most significant factors affecting the experience were the flow of information and cooperation, as well as the inadequacy of the reception time. The different service process phases were studies, the diagnosis, the treatment and the follow-up. Follow-up was experienced to be clearest.</p>	
Keywords	specialized medical care, service process, heart patient, relative

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Sydänpotilaan asiointiprosessi erikoissairaanhoidossa	3
2.1	Sydänsairauksien hoito erikoissairaanhoidossa	3
2.2	Hoitoprosessi ja -polku	4
2.3	Laadukas asiointi- ja palveluprosessi	5
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät	7
4	Aineisto ja menetelmät	7
4.1	Aineisto ja sen keruu	7
4.2	Aineiston analysointi	9
5	Tulokset	10
5.1	Erikoissairaanhoidon asiointiprosessi sydänpotilaan ja omaisen kokemana	10
5.2	Tiedonkulku ja yhteistyö	11
5.2.1	Tiedonkulku eri yksiköiden välillä	12
5.2.2	Tiedonkulku yksikön sisällä	12
5.2.3	Tiedonkulku potilaalle	13
5.2.4	Potilaan tuntemusten kuuntelu ja uskominen	13
5.2.5	Oman aktiivisuuden merkitys	14
5.3	Vastaanottoajan riittämättömyys	14
5.4	Erikoissairaanhoidon asiointiprosessin vaiheet	15
5.5	Sydänpotilaiden ja omaisten esittämiä kehittämisehdotuksia	16
6	Pohdinta	17
6.1	Eettisyys ja luotettavuus	17
6.2	Tulosten tarkastelua	18
	Lähteet	21
	Liitteet	
	Liite 1. Sepelvaltimotautien yleisyys	
	Liite 2. Teemat ja apukysymykset	
	Liite 3. Saatekirje	
	Liite 4. Taustatietolomake	

## 1 Johdanto

Opinnäytetyömme liittyy hankkeeseen ”Kokemuksia erikoissairaanhoidon asiointiprosessista”. Työmme kuuluu Metropolia Ammattikorkeakoulussa tehtävään kolmen opinnäytetyön sarjaan, jotka kaikki käsittelevät samaa aihetta eri näkökulmista. Erikoissairaanhoidon asiointiprosessia käsitellään sekä potilaan että hänen omaisensa näkökulmista, ja lisäksi aiheesta tehdään kirjallisuuskatsaus. Tässä opinnäytetyössä kuvaamme sydänpotilaiden sekä heidän omaistensa kokemuksia erikoissairaanhoidon asiointiprosessista. Työssämme emme niinkään perehdy itse osastolla tehtävään hoitotyöhön, vaan toimintoihin ja palveluihin ennen ja jälkeen osastohoidon tai siellä tehtävien tutkimusten.

Opinnäytetyössämme kuvaamme erikoissairaanhoidon asiointiprosessin vaiheet eli potilaan hoitopolun sekä kartoitamme, miten erikoissairaanhoidossa asioivat sydänsairaat potilaat ja heidän omaisensa kokevat asiointiprosessin sekä kuvaavat sen vaiheet. Tavoitteenamme on tarkastella sydänpotilaiden ja heidän omaistensa kokemuksia sekä asioita, jotka ovat vaikuttaneet kokemuksen syntyyn. Mietimme myös, millainen on laadukas asiointiprosessi. Pyrimme vastaamaan kysymyksiin, mikä potilaalle ja hänen omaiselleen on prosessissa tärkeää ja miksi sekä millaisena he kuvaavat asiointiprosessin ja sen vaiheet. Kiinnitämme huomiota erityisesti prosessien sujuvuuteen sekä potilaiden ja omaisten tyytyväisyyteen ja näkemykseen palveluprosessista.

Erikoissairaanhoido on kallista ja aikaa vievää, joten palveluprosessien kehittäminen on tärkeää. Tällä hetkellä on ajankohtaista kunta- ja palvelurakennemuutos, jonka tärkeimmät tavoitteet ovat turvata sosiaali- ja terveyspalvelut tulevaisuudessa, edistää yksilön terveyttä ja hyvinvointia sekä taata mahdollisuus laadukkaisiin palveluihin asuinpaikasta riippumatta. Kuntayhtymät rakennetaan sairaanhoitopiirien aluepohjalle, mutta huomiota tulee kiinnittää myös erityispalveluiden järjestämiseen. Jokaisen kunnan on kuuluttava kuntayhtymään, jotka muodostetaan erityispalveluita varten. Pitkän aikavälin tavoitteena uusilla rakenteilla on lisätä yksilöiden hyvinvointia sekä hillitä kustannuksia. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2008–2011: 20, 41–43.) Erikoissairaanhoidon prosessista keräsimme tietopohjaa kirjallisuudesta ja aiheesta tehdyistä tieteellisistä ja luotettavista tutkimuksista.

Opinnäytetyöhömmme liittyvän hankkeen yhteistyökumppani on HUS-Servis, joka on kunnallinen liikelaitos ja kuuluu HUS:n kuntayhtymän organisaatioon. HUS-Servis tuottaa asiakkailleen palveluja, joita ovat asiointipalvelut, tekstinkäsittelypalvelut, henkilöstöpalvelut ja talouspalvelut. Opinnäytetyömmme pyrki tuottamaan sellaista tietoa, jota voidaan käyttää asiointipalveluiden kehittämiseen. Näihin palveluihin kuuluvat muun muassa aulapalvelut, puhelinpalvelut ja potilasasiakirjapalvelut. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2012.) HUS-Servis pyrkii kehittämään palvelujaan jatkuvasti, ja tarkoituksena on, että opinnäytetyömmme tuloksia voidaan hyödyntää erikoissairaanhoidon palveluprosessien suunnittelemisessa ja kehittämisessä.

Opinnäytetyömmme yhteiskumppanina toimi myös Helsingin Sydäntoipilaat ry., jonka jäsenten haastatteluista aineistomme pääosin koostui. Euroopan vanhimpaan sydänjärjestöön, Suomen Sydänliittoon kuuluva Helsingin Sydäntoipilaat ry. perustettiin vuonna 1972, ja tällä hetkellä sillä on jäseniä yli 300. Järjestö tarjoaa jäsenilleen erilaisia kuntoilumahdollisuuksia, kuten sali- ja allasvoimistelua ja kuntosaliharjoittelua, sekä psykososiaalista kuntoutusta, kuten vertaistukitoimintaa. (Nieminen 2012.)

## 2 Sydänpotilaan asiointiprosessi erikoissairaanhoidossa

### 2.1 Sydänsairauksien hoito erikoissairaanhoidossa

Terveydenhuolto voidaan jakaa kahteen osa-alueeseen: perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan erikoislääkärijohtoista osaa terveydenhuollosta eli terveydenhuollon toista porrasta. Erikoissairaanhoidon sisältää sairauksien tutkimuksen ja hoidon lisäksi myös ennaltaehkäisyä ja kuntoutusta. Sen perustehtävä on tutkia ja hoitaa erityistason hoitoa vaativat potilaat. Kiireellisiä tapauksia lukuun ottamatta hoitoon pääsemiseen tarvitaan lääkärin lähete. (Teperi 2005.)

Terveydenhuoltolaki määrittelee erikoissairaanhoidoksi lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaiset sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvat terveydenhuollon palvelut. (Terveydenhuoltolaki 2010). Erikoissairaanhoidon toiminnan järjestäminen on kuntien vastuulla. Kuntien on huolehdittava siitä, että henkilö saa tarpeellisen erikoissairaanhoidon terveydenhuoltolain mukaisesti. (Erikoissairaanhoidolaki 1989.) Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä vastaa alueensa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteensovittamisesta tarkoituksenmukaiseksi ja toiminnalliseksi kokonaisuudeksi sekä tutkimus- kehittämis- ja koulutustoiminnasta (Terveydenhuoltolaki 2010).

Euroopassa sydän- ja verisuonitaudit, yleisimmin sepelvaltimotauti, aiheuttavat eniten sairauksia ja kuolemia. Suomessa sepelvaltimotauti on syynä 20 %:ssa kaikista sairaalassaoloa vaativista sairauksista. Muita tyypillisiä sydänsairauksia ovat rytmihäiriöt ja sydämen vajaatoiminta. (Kontio – Lundgren-Laine – Kontio – Korvenranta – Salanterä 2011: 210.) Sydänsairauksien hoito kuormittaa usein erikoissairaanhoidon ja luo haasteita sen prosessien kehittämiseen. Esimerkiksi vuonna 2009 sepelvaltimotautikohtauksia, kuolemia ja hoitoilmoituksia koko maassa oli tilastoitu 35–74 -vuotiailla henkilöillä yhteensä 8 096 kappaletta. Vastaavasti sairaalahoitopäiviä sepelvaltimotautidiagnoseilla oli tilastoitu 159 969 kappaletta. Tilastoista käy selvästi ilmi että sepelvaltimotauti on miehillä huomattavasti yleisempää kuin naisilla. Ikääntyminen on kuitenkin suurin riskitekijä. (Sydän- ja verisuonitautien rekisterin tilastotietokanta 2012.) (Ks. liite 1.)

## 2.2 Hoitoprosessi ja -polku

Hoitopolku määritellään hoitoprosessin pohjalta, ja se kuvaa sitä, miten tietyn potilasryhmän hoito järjestetään. Se määrittelee vastuun jakautumisen tietyn potilaan kohdalla sekä antaa yksityiskohtaista tietoa ja suosituksia. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tulee toimia yhteistyössä siten, että hoito on yhtenäistä ja päällekkäisyyksiltä välttyään. (Leikola 2011: 20; Rotter – Koch – Kugler – Gothe – Kinsman – James 2007.) Toimivan hoitoketjun lopputuloksena saadaan yhtenäiset hoitokäytännöt eri yksiköiden välillä. Moniammatillisuus hoitotyössä takaa potilaille kokonaisvaltaisen hoidon, joka onkin yksi toimivan hoitoketjun tavoitteista. Hoitopolun tulee ottaa huomioon asiakaslähtöisyys ja tukea sitä. Lisäksi hoitopolun tavoitteena on auttaa yksittäistä työntekijää itsenäisessä päätöksenteossa. (Holmberg-Marttila 2008: 2.)

Hoitopolku erikoissairaanhoidossa alkaa siitä, kun potilas saa lähetteen erikoissairaanhoidon piiriin (Leikola 2011: 20). Hoitoketjut selkiyttävät rooleja terveydenhuollon sisällä. Hyvin järjestetty hoitoketju antaa asiakkaalle tärkeää tietoa hoidosta: esimerkiksi kuka häntä tutkii ja hoitaa, missä tutkimukset ja hoito suoritetaan ja milloin, sekä kuka vastaa hoidosta ja tekee päätökset. Terveydenhuollon ammattilainen taas saa tietoa häneen kohdistuvista odotuksista ja hoidon yhteistyökumppaneista. (Vainikainen 2010.)

Sydän- ja verisuonitautien hoidon haasteena on useimmiten kiireellisyyden arviointi. Potilaan ja hänen omaisensa huono tiedon saanti johtaa usein hoitoprosessin laadun laskemiseen. Annetun tiedon ymmärtämisen varmistamisella ja kontrollikäynnin järjestämisellä on suuri merkitys hoitoprosessin onnistumisessa. Muita prosessia parantavia tekijöitä ovat potilaan ja hänen omaisensa hyvä ohjaus, riittävien resurssien saatavuus ja sujuva tiedonkulku. (Kontio ym. 2011: 210.) Sairastuminen on aina kriisi, ja usein potilaan valmius ottaa tietoa vastaan on heti diagnoosin saannin jälkeen rajallinen. Tämän vuoksi ohjaus tulisi aina antaa myös kirjallisena, jotta potilaalla olisi mahdollisuus perehtyä asiaan kotona ja tarkistaa epäselväksi jääneitä asioita. Potilas voi ottaa vastaan tietoa pieniä määriä kerrallaan, joten ohjausta tulisi toteuttaa pienissä osissa. (Lipponen – Kyngäs – Kääriäinen 2006: 34–37.) Viimeisen 25 vuoden aikana sydän- ja verisuonisairauksien hoitokäytännöt ovat huomattavasti parantuneet. Uusien hoitokäytäntöjen käyttäminen näkyy tuloksissa myös väestötasolla. Nämä eivät kuitenkaan saavuta kaikkia niitä tarvitsevia potilaita, johtuen haja-asutusalueen pitkistä välimatkoista hoitoa tarjoaviin paikkoihin. (Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008: 40.)



## 2.3 Laadukas asiointi- ja palveluprosessi

Asiointiprosessista keräsimme tietoa kirjallisuudesta ja aiheesta tehdyistä tieteellistä ja luotettavista tutkimuksista. Rajasimme aineiston Euroopassa viimeisen kymmenen vuoden aikana tehtyihin tutkimuksiin, sillä pyrimme kuvaamaan nimenomaan tämänhetkistä suomalaista erikoissairaanhoidon prosessia. Käytimme sekä suomen- ja englanninkielisiä terveydenhuollon palveluprosesseista kirjoitettuja kirjoja sekä tutkimuksia ja artikkeleita. Käytimme myös Internetin luotettavia lähteitä, esimerkiksi Terveysporttia. Etsimme tutkimuksia myös käyttämämme kirjallisuuden lähdeluetteloista. Palveluprosessista löysimme melko vähän sellaista tutkittua tietoa, joka vastaisi tutkimuskysymykseemme ja jota voitaisiin soveltaa suomalaisen terveydenhuollon palveluprosessiin.

Palvelu- ja asiointiprosessia voidaan käyttää toistensa synonyymeinä, mutta opinnäyte-työssämme katsomme niiden kuvaavan näkökulmaa, josta asiaa tarkastellaan. Asiakkaan näkökulmasta katsottuna erikoissairaanhoidon asiakkuus alusta loppuun näyttäytyy asiointiprosessina, mutta terveydenhuollon näkökulmasta mielestämme parempi ilmaus on palveluprosessi.

Jotta palveluiden laatua voitaisiin arvioida, tulee määritellä mitä laatu tarkoittaa. Laajasti ymmärrettynä laadukas palvelu vastaa asiakkaan tarpeeseen (Lillrank – Venesmaa 2010: 15). Laatu voidaan ymmärtää myös ylivoimaisuutena, standardien täytymisenä, käyttökelpoisuutena tai houkuttelevuutena (Kuusela – Rintamäki 2002: 53). Tavoitteena on, että asiakas kokee hyötyneensä palvelusta. Hyödyt ovat asiakkaan kokemia subjektiivisia kokemuksia, joten niiden arviointi on haasteellista. (Kuusela – Rintamäki 2002: 29.) Terveydenhuollon asiointi- ja palveluprosessin laatua arvioidessa täytyy erottaa hoitotyön laadun kokemus palveluprosessin laadusta, joka myös tuottaa omat haasteensa laadun tutkimiseen.

Hyvän palvelun tulisi aina vastata asiakkaan palvelutarpeeseen. Palveluprosessin tehokkuuden arvioimiseksi on määriteltävä, mistä palvelumalli koostuu. (Koivuniemi – Simonen 2011: 147.) Palveluprosessi yleensä koostuu useista toisiinsa liittyvistä prosesseista ja niiden resursseista. Tavoitteena on sujuva ja aukoton kokonaisuus, joka on asiakaslähtöinen. (Holmberg-Marttila 2008: 1.) Palveluprosessi koostuu asian vireille tulosta, palvelutarpeen määrittämisestä, palveluiden suunnittelemisesta, toteuttamisesta ja arvioimisesta sekä asiakkuuden päättämisestä. Myös neuvonta ja ohjaami-

nen sisältyvät prosessiin. (Metsävainio – Väyrynen 2010: 53.) Asiointiprosessin taas voidaan katsoa koostuvan asian vireillepanosta, käsittelystä, ratkaisusta ja tiedoksiantosta. Yhdessä nämä osat muodostavat jonkin asian käsittelyn. (Käsitteiden määrytykset 2007.) Asiakkaan näkökulmasta asiointiprosessi kuitenkin usein koostuu yksittäistä asian hoitamiseen liittyvistä palveluista, eikä prosessi näydydy asiakkaalle kokonaisuutena. Tämä täytyy ottaa huomioon asiointiprosessia tutkittaessa, ja tutkijan täytyy varmistua, että puhuu asiakkaan kanssa samasta asiasta.

On viitteitä siitä, että prosessorientoitunut terveydenhuolto on asiakasystävällisempää, turvallisempaa ja vaikuttavampaa kuin toiminnallisesti organisoitu. Hoitomuotojen lisääntyminen, kasvavat palveluntarpeet ja väestön ikääntyminen tuovat haasteita terveydenhuoltoon. Nopean kehityksen vuoksi paikkansapitävää ja päivitettyä tietoa ei välttämättä ole saatavilla, mikä saattaa vähentää terveydenhuollon vaikuttavuutta ja potilasturvallisuutta. Hoitoprosessien monitahoisuuden vuoksi vertailukelpoisen tiedon hallinta on haastavaa. (Kontio ym. 2011: 210.) Palveluprosessin laadun kehittämisessä paikkansapitävän tiedon saatavuus on kuitenkin ensiarvoisen tärkeää. Tutkimusten avulla palvelujärjestelmää voidaan analysoida, arvioida ja kehittää (Rautavaara – Salanterä – Helenius – Tofferi 2011: 3499).

Suomalaiseen terveydenhuollon palvelujen edistämiseen pyrkii Kaste-ohjelma, jonka tavoitteisiin kuuluu muun muassa palvelujen laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden parantaminen, jotka vaikuttavat syrjäytymisen vähentymiseen sekä hyvinvoinnin ja terveyden lisääntymiseen. Palveluja pyritään myös kehittämään paremmin asiakkaan tarpeisiin vastaaviksi. Kaste-ohjelma mainitsee yhtenä keinona laajaa yhteistyötä eri tahojen, kuten ammattikorkeakoulujen, yliopistojen, sosiaalialan osaamiskeskusten sekä tutkimusta kehittävien ja rahoittavien kesken. Samalla pyritään takaamaan riittävät palvelut koko väestölle, jotka ovat myös kustannustasoltaan kestäviä. Keskeisiä toimenpiteitä, joilla pyritään pääsemään haluttuihin tuloksiin, ovat asiakasprosessien ja palvelurakenteiden parantaminen sekä palvelujen vaikuttavuuden parantaminen, peruspalvelujen vahvistaminen sekä ongelmien ennaltaehkäisy. Myös johtamiseen ja henkilöstörakenteeseen tulee kiinnittää huomiota. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2008–2011: 21–24.)

### **3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät**

Opinnäytetyömme tarkoitus on kartoittaa sydänpotilaiden ja heidän omaistensa kokemuksia erikoissairaanhoidon asiointiprosessista sekä kokemuksen syntymiseen vaikuttavia tekijöitä. Lisäksi tutkimme, kuinka sydänpotilaat ja omaiset kuvaavat erikoissairaanhoidon asiointiprosessin vaiheet ja niiden sisällön. Opinnäytetyössämme kartoitamme myös sitä, miten erikoissairaanhoidon asiointiprosessia voisi sydänpotilaiden ja omaisten mielestä kehittää siten, että se vastaisi parhaiten heidän tarpeisiinsa. Tarkoituksenamme on tuottaa sellaista tietoa, jota voidaan tulevaisuudessa käyttää asiointiprosessia kehitettäessä.

Opinnäytetyömme tavoitteena on kuvata erikoissairaanhoidon asiointiprosessin vaiheita sydänpotilaiden ja heidän omaistensa näkökulmasta.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millä tavoin sydänpotilaat ja heidän omaisensa kokevat erikoissairaanhoidon asiointiprosessin?
2. Millaisia eri vaiheita sydänpotilaat ja heidän omaisensa kuvaavat erikoissairaanhoidon asiointiprosessin sisältävän?
3. Miten erikoissairaanhoidon asiointiprosessia voisi sydänpotilaiden ja heidän omaistensa näkökulmasta kehittää?

### **4 Aineisto ja menetelmät**

#### **4.1 Aineisto ja sen keruu**

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus alkaa tutkimusongelman määrittämisestä, jota seuraavat tutkimuskysymykset, joiden perusteella hankitaan tutkittava aineisto. Jos

ilmiöstä tiedetään hyvin vähän, todennäköisesti käytetään kvalitatiivista tutkimusta kvantitatiivisen sijaan. (Kananen 2010: 36, 41.) Koska aiheestamme ei ole kovinkaan paljoa tutkimustietoa saatavilla, laadullinen menetelmä oli opinnäytetyöhömme paras vaihtoehto. Kvalitatiivisen tutkimuksen aineisto kerätään niin sanottuna harkinnanvaraisena tai teoreettisena otantana. Tarkoituksena on valita haastateltavat niin, että tutkimuksen kohteena oleva ilmiö koskettaa heitä. Laadullisessa tutkimuksessa haastateltavien määrä on yleensä kohtalaisen pieni, noin 12–15 henkilöä. (Kananen 2010: 54.)

Teemahaastattelussa eli puolistrukturoidussa haastattelussa pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimusongelmaan etukäteen mietittyjen teemojen ja apukysymysten avulla. Se on hyvä keino löytää tulkintoja, kokemuksia ja ihmisten asioille antamia merkityksiä. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 74–77.) Siksi teemahaastattelu oli opinnäytetyömme luonteen vuoksi paras menetelmä kerätä aineistoa. Tutkimuskysymysten ympärille muodostimme teemat, joiden perusteella loimme apukysymykset. (Ks. liite 2.)

Keräsimme tietoa teemahaastattelujen avulla sydänpotilailta ja heidän omaisiltaan. Kriteereinä olivat täysi-ikäisyys, diagnosoitu sydänsairaus ja kokemuksia asioinnista Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä tai läheissuhde edellä kuvatut kriteerit täyttävään henkilöön. Toteutimme haastattelut sekä yksilö- että ryhmähaastatteluina, ja niiden kesto vaihteli kymmenestä minuutista 54:n minuuttiin. Haastattelujen toteuttaminen ryhmässä säästää aikaa, mutta toisaalta tuo haasteita tutkimuksen toteuttamiseen. Nauhoittamalla haastattelut pyrimme takaamaan sen, että kaikki haastatteluissa esille tulleet asiat huomioitiin tuloksia analysoidessa. Ennen haastattelujen aloittamista ja oimme haastateltaville saatekirjeet (ks. liite 3), josta kävi ilmi haastattelun tarkoitus ja menetelmätapa sekä muut tarpeelliset tiedot. Kävimme saatekirjeessä olleet asiat läpi myös suullisesti ennen haastattelun aloittamista ja samalla pyysimme haastateltavia täyttämään opinnäytetyötä varten luomamme taustatietolomakkeen (ks. liite 4). Taustatietolomakkeen tarkoituksena oli kerätä tarpeellista tietoa haastateltavilta, kuten diagnoosit, toteamisvuodet ja osastohoitojaksojen ajankohdat.

Aineistomme koostui yhdeksän sydänsairaana ja kahden puolison haastatteluista. Haastatteluja tehtiin yhteensä viisi, joista kaksi oli yksilöhaastatteluja. Loput haastattelut suoritettiin 2–5:n hengen ryhmissä. Haastateltavien iät olivat 37–81 vuotta, keski-ikä oli 62 vuotta. Kuusi haastateltavista oli naisia ja viisi oli miehiä. Sydänpotilaiden diagnooseina olivat sepelvaltimotauti (n = 5), sydänsarkoidoosi (n = 3) ja aorttaläppävuoto (n = 1), ja ne oli todettu vuosien 1983 ja 2010 välillä. Molemmat omaisista olivat sydänsar-

koidoosipotilaiden puolisoja. Vain yhtä sydänsairasta oli hoidettu pelkästään avohoidossa, kaikki muut olivat käyneet läpi ainakin yhden osastohoitojakson. Osastojaksojen syinä olivat pääsääntöisesti olleet erilaiset sydänoperaatiot, kuten tahdistimen asennus, pallolaajennus ja ohitusleikkaus. Osastojaksoista yksi oli ollut vuonna 1983 ja loput olivat sijoittuneet vuosille 2004–2012, ja ne olivat kestäneet yhdestä päivästä kahteen viikkoon. Keskimääräinen kesto oli kahdeksan päivää. Haastateltavien koulutusteet vaihtelivat peruskoulutasolta (n = 1), lukio-/ammattikoulutasolle (n = 4) sekä korkeakoulututkintoon (n = 5).

#### 4.2 Aineiston analysointi

Laadullisen aineiston analysointimenetelmänä käytetään sisällönanalyysiä, jossa tutkimusaineisto luokitellaan toisensa poissulkeviin luokkiin (Janhonen – Nikkonen 2003: 23). Aineistosta on löydettävä ne asiat, jotka liittyvät tutkittavana olevaan ilmiöön, ja kaikki muu on rajattava tutkimuksen ulkopuolelle. Aluksi aineisto litteroidaan eli puretaan nauhoitetut haastattelut tekstimuotoon. Näin saatu data pelkistetään eli tiivistetään tai pilkotaan osiin. Seuraavaksi aineisto klusteroidaan eli luokitellaan tai ryhmitellään. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 91–93, 108–113.) Samaa tarkoittavat sanat, fraasit tai muut yksiköt voidaan luokitella samaan luokkaan merkityksensä perusteella (Janhonen – Nikkonen 2003: 23). Näin saadut luokat nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä, ja luokat abstrahoidaan eli niistä muodostetaan yläluokkia alaluokkien yhteyksien perusteella. Näiden luokkien perusteella muodostetaan käsitteitä jotka kuvaavat tutkittava ilmiötä. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108–113.)

Toteutimme aineiston analysoinnin sisällönanalyysin keinoin etenemällä vaiheittain sisällönanalyysin teorian vaiheiden mukaan. Aloitimme aineiston analysoinnin litteroimalla nauhoitukset, joiden kesto oli yhteensä noin 1,5 tuntia. Litteroitua aineistoa kertyi 25 A4-kokoista arkkia. Tästä auki kirjoitetusta materiaalista rajasimme pois sellaiset asiat, jotka eivät liittyneet opinnäytetyössämme käsiteltäviin ilmiöihin. Jäljelle jääneestä aineistosta etsimme merkitykseltään samaa tarkoittavia asioita, jotka ryhmittelimme luokkiin ja nimesimme sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Aineistolähtöisen analysoinnin periaatteella muodostimme yläluokat etsimällä yhteyksiä alaluokkien väliltä. Lopuksi muodostimme käsitteet luokkien sisältöjen perusteella.

## 5 Tulokset

### 5.1 Erikoissairaanhoidon asiointiprosessi sydänpotilaan ja omaisen kokemana

Haastateltavien oli vaikea erottaa toisistaan asiointia ja hoitoa koskevia asioita. Vaikka materiaalia haastatteluista kertyi 25 sivua, koski suuri osa vastauksista varsinaista hoitotyötä, jota emme opinnäytetyössämme tutki. Jäljelle jääneestä aineistosta kävi ilmi, että sydänpotilaiden kokemukset asiointiprosessista olivat ristiriitaisia ja erosivat paikoitellen suuresti toisistaan. Eroja löytyi sekä yksittäisten henkilöiden kokemuksista hoidon eri vaiheissa että eri sairausryhmien välillä. Asiointiprosessiin liittyvistä kokemuksista nousi kaksi yläluokkaa, jotka olivat tiedonkulku ja yhteistyö sekä potilaalle varatun vastaanottoajan riittämättömyys.

”Ja jos aattelee ylipäätään et on niin monta käyntiä, ja ne käynnit voi olla vähän erilaisia et välillä ne menee ihan jouhevasti ,et ei mitään, ja joskus ei kyllä mee mikään putkeen ja mikään ei toimi.”

”Se oli järjestelmällinen, asiallinen ja siihen liitty kaikki ne elementit, jotka piti läpikäydä.”

”Se ei oo mikään kompakti paketti välttämättä, vaan se ollu semmonen niin aaltoileva ja semmonen rönsyilevä ja monimutkanen.”

Kokemuksen syntyyn vaikutti vahvasti se, oliko kyseessä harvinainen vai tunnetumpi sairaus. Harvinaista sairautta sairastavat haastateltavat kuvasivat kokemuksen asiointiprosessista negatiivisemmaksi, kuin tunnetumpaa sairautta sairastavat.

”Mä muistan et sit, sit rupes niinku tuntuu et tää on jollain lailla hallinnassa, vasta siin vaihees, mut se monta vuotta ku meni siinä sellasessa epämääräsessä tilanteessa ni jos aatellaan jotain toista sairautta, mun pari ystävää joilla on rintasyöpä ni, niil on niinku jotenki et vaik se on paha sairaus nii jotenki siel on ilmeisesti tosi hyvät ne, ensin tohon, sitten tohon, ja sitten tohon ja sitte tohon ja sit niinku siel on niinku hirveet, hirveen niinku hyvin se et mitä tehään.”

”Semmonen tunnehan siit niinku jäi kaiken kaikkiaan, että jokainen joka on niinku mun tai meidän on kans ollu tekemisissä, niin haluais tavallaan nopeesti meidät pois jollekin toiselle. Et vähän semmonen, että ehkä siks kun tää on hankala ja vaikee.”

”Niin siis, et vaikee täs ois sanoo et ois kaik, kaikki niinku hirveen hyvinkään menny tai kauheen ongelmitta, mutta siis niinku ihan selkeesti varmaan niinku siihen, kyl mä niinku näkisin et siel on ihan hyvä systeemi takana mikä, mikä niinku varmaan ehkä jossakin helpommassa sairaudessa tai semmosessa selkeemmässä sairaudessa toimiski ihan hyvin.”

”Sillain hyvin, hyvin mun kohalla ainakin on, on niinku, siinä vaiheessa kun tiedetään mitä tehdään ni yleensä kaikki niinku sujuu paremmin”

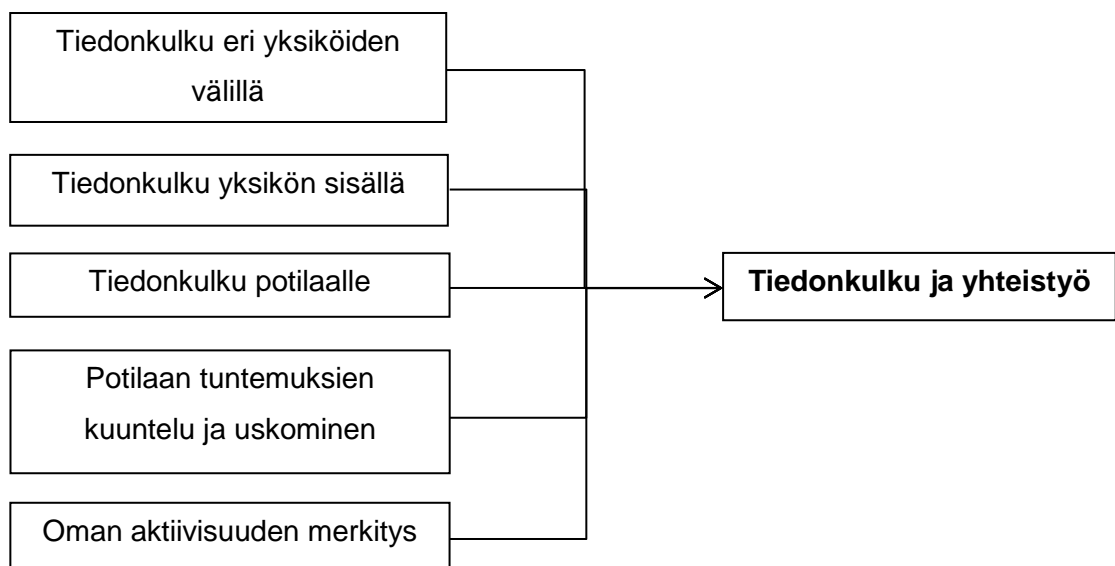
Omaisilla ei ollut sanottavaa asiointiprosessista. He eivät osanneet kuvata kokemusta asiointiprosessista tai nimetä siihen vaikuttaneita tekijöitä. Omaiset eivät myöskään osanneet kuvata asiointiprosessin vaiheita.

”Iha hyvä. Ei mul oo mitään huomauttamista.”

”En mä oikeestaan osaa sanoo.”

## 5.2 Tiedonkulku ja yhteistyö

Tiedonkulku ja hyvä yhteistyö eri toimijoiden välillä oli yksi merkittävimmistä kokemuksen syntymiseen vaikuttavista tekijöistä, kun sydänpotilaat ja omaiset kuvasivat erikoissairaanhoidon asiointiprosessia. Käsitteen alta erottui selkeästi viisi eri alaluokkaa, jotka olivat tiedonkulku eri yksiköiden välillä, tiedonkulku yksikön sisällä, tiedonkulku potilaalle, potilaan tuntemuksien kuuntelu ja uskomisen sekä oman aktiivisuuden merkitys (ks kuvio 1). Toimiva tiedonkulku ja yhteistyö vaikuttivat positiivisesti kokemukseen asiointiprosessista, kun taas tiedonkulun ongelmat koettiin kuormittavina.



Kuvio 1. Tiedonkulku ja yhteistyö

### 5.2.1 Tiedonkulku eri yksiköiden välillä

Eräs merkittävä tekijä kokemuksen muodostumisessa oli tiedonkulku eri yksiköiden välillä. Useilla haastateltavilla oli hoitokontakteja sekä perusterveydenhuoltoon että erikoissairaanhoidon eri yksiköihin. Haastateltavat kuvasivat tiedonkulun puutteelliseksi eri sairaaloiden ja yksiköiden välillä. Tämä vaikutti negatiivisesti kokemukseen asiointiprosessista.

”Ja sit on tietenki terveystakeskus, yks sairaala ja toinen sairaala siinä että..., alkuvaiheessa jos ajattelee että..., et jouhevasti oman sairaalan ja sitte pääsairaalalan välillä niin ei ainakaan aluks ollu mitenkään jouhevasti.”

”Sellanen asia siinä oli, että kun tahdistinpoliklinikalta lähetettiin viesti Laakson sairaalaan, että se pitäs se pumppu, tai se läppä tarkistaa, koska se vuotaa selvästi, nii se että se lääkäri lähetti sen lähetteen nii se ei riittäny, se pitää, pitää, pitää tulla vielä niinku ihan erikseen siitä asiasta kirjallisena. Et tää oli musta aika, aika semmonen ihmeellinen, byrokraattinen juttu. Että jos ei itte olis älynny mennä, soittaa ja kysyä missä vaiheessa tää on, nii sanottiin et ei se oo missään vaiheessa, se pitää tulla paperilla. Se ei riitä se, että se sairaalan lääkäri panee siihen sen lähetteen. Se oli vähän sellanen outo.”

### 5.2.2 Tiedonkulku yksikön sisällä

Myös tiedonkulku yksikön sisällä ja varsinkin siinä esiintyneet ongelmat vaikuttivat kokemuksen syntymiseen. Saman sairaalan sisälläkin tiedonkulussa oli toisinaan ongelmia hoitavan henkilökunnan välillä. Haastatteluista kävi ilmi, että potilaat kokivat kuormittavana hoitavan lääkärin vaihtumisen. He kuvasivat sitä niin, että joutuivat aloittamaan asiointin aina alusta. Tämä vaikutti myös ajan riittävyteen. Lääkärit eivät aina olleet perehtyneet potilasasiakirjoihin ennen tapaamista, ja varsinkin harvinaista sairautta sairastavat potilaat kuvasivat, ettei lääkrillä ollut tarpeeksi tietoa potilaan sairauden tai hoidon kulusta.

”Mut on mullakin niinku tollasii tavallaan että, niinkun et ei tieto kulje lääkriltä sairaanhoitajalle tai muille niinkun, joihin ollaan yhteydessä ja sit justiin niinkun tokastaan jotain tällasia et toiset tietää tai olisi pitänyt tietää tai olisi pitänyt kertoa et siel ei niinkun ne prosessit aina tosiaankaan oo kohdillaan.”

”Niin he niinkun, lopulta sain ehdotettua, että he katsoo lääkitystä niinkun yhdessä. Niin oletettavasti he jopa soittelivat tai vaihtoivat sitten muuten ajatuksia siitä ennen kuin ne niinku teki jotain muutoksia niihin. Se ei kyllä enää päde. Nyt saa taas ite soitella taas sit sen sairaanhoitajan...”

”Elikkä se on joka kerta uusi naama ni se on vähän niinku uus tilanne joka kerta. Alotat alusta, kerrot ensin vähän sitä taustaa siinä ja tosiaan jos se ei oo vielä ehtiny lukee sun papereitakaan siinä kauheesti ennen sitä niin saat tosiaan puhuu ku Runeberg.”



### 5.2.3 Tiedonkulku potilaalle

Kokemukset tiedonkulusta potilaalle olivat eriäviä. Osa haastateltavista koki, että oli saanut riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, osa taas koki tiedon puutteelliseksi. Kirjallisen materiaalin saannissa oli suurta vaihtelua. Osa oli saanut materiaalia hyvin, osa taas ei lainkaan. Yksi potilas oli saanut materiaalia väärästä sairaudesta. Joskus potilaan saama tieto oli ristiriidassa aiemmin annetun tiedon kanssa.

”Sain tietoa siitä mihin mä oon sairastunu ja mikä mul on niinku vikana ja mitä sille voi tehdä.”

”... ja sitte niinku jotain sanotaan nyt, et pitääkö olla ravinnotta kuinka kauan joihinki labroihiin. Elikkä tää et saa mennä suoraan, syömättömänä 12 tuntii, välillä niin ja näin ja sit ei oookkaan niinku mitään ohjeita. Välillä luulee et tietää ja välillä sitte taas saattaa olla vaikka just kuukaus sitte käyny jossai samas ni, sit annetaan kirjalliset ohjeet että...”

”Usein on käyny niin, mun omalla kohalla ainakin, että jos on niinku, tai on ollukin eri lääkäreitä, niin kyllä ne on puhunu ristiinki, ja ihan päinvastasiaki asioita”

”Ei nyt tule oikeastaan mieleen että, että jos, jos olis jostakin halunnu tietää niin kysymällä se olis selvinny ja kun ei sillon tullu mieleen niin ei tuu nytkään”

### 5.2.4 Potilaan tuntemusten kuuntelu ja uskominen

Ongelmat yhteistyössä potilaan ja hoitohenkilökunnan vaikuttivat negatiivisesti potilaan kokemukseen asiointiprosessista. Monet haastateltavat olivat kokeneet, ettei heidän tuntemuksiaan kuunneltu tai uskottu. Tämä vaikutti vahvasti kokemuksen syntyyn, ja aiheutti potilaille huolta muutenkin vaikeassa tilanteessa.

”Se oli niinku niin selvä, ja kyl mä siitä paljon puhuin sillon alussa siellä, yritin puhua, just kun mä olin lääkäriillä tai jossain tekemisis jonku kanssa, et mä en ymmärrä et miks mua ei uskottu.”

”No ainakin se, et luotetaan siihen mitä potilas sanoo, eikä heti niinku kyseenalaisteta.”

”Mä olin ihan varma, ja sit kun mä juoksen lääkäriillä ja koko aika hätyytetään pois, et ei oo mitään, ei oo mitään, ni se vieläki niinku sattuu se muistoki. Et tota, jotenki epätodellista.”

### 5.2.5 Oman aktiivisuuden merkitys

Osa haastateltavista koki, että hoitoprosessin eteneminen oli ollut oman aktiivisuuden varassa. Voimavarojen ollessa muutenkin rajalliset oli tämä koettu todella raskaaksi. Osa haastateltavista taas oli kokenut, ettei asiointiprosessi ollut riippuvainen omasta aktiivisuudesta, vaan hoitoon pääsyn jälkeen asiat olivat tapahtuneet automaattisesti.

”Välillä saa pitää omia puoliaan, niin se on ollu niinku kaikista raskainta. Sen lisäksi että on tietysti se epätietosuus mutta..., mutta se että aina pitäis skarpata ja mieltä ja lyödä sitä nyrkkiä pöytään ja... Ja jos on muutenkin jo vähän niinku lyöty olo ni sitä ei aina vaan niinku jaksais.”

”Vois sanoo tohon, et ilman omaa aktiivisuutta, ni ois asiat paljon huonommin, se vaan on niin.”

”Ite joutuu paljon niinku hoitaa sillai, soittelee perään mä ainaki joutunu.”

”Tuota, se että potilaasta pidetään niin hyvää huolta, että ne määrätään ne päivät millon pitää tulla tarkastukseen, ettei tarvitse.. tai jotenkin se tuntuu mukaval ta ku tietää sen päivän et nyt on se, et sitä ei tarte itte tilailla eikä ajatella, et se on näin automaattista.”

### 5.3 Vastaanottoajan riittämättömyys

Useat haastateltavista ottivat esille myös lääkärin vastaanottoajan riittämättömyyden, etenkin diagnoosin kertomisen yhteydessä. Haastateltavat olivat kokeneet, että lääkärille varattu aika oli usein liian lyhyt kaikkien asioiden läpikäymiseen. Varsinkin hoidon alkuvaiheessa, kun kyseessä oli potilaalle uusi asia, he olisivat toivoneet pidempää vastaanottoaikaa, jotta sairaudesta ja hoidosta olisi ehditty keskustelemaan enemmän. Osa potilaista kertoi, että oli joutunut soittelemaan perään asioista, joita ei ehditty käymään yhdessä läpi vastaanotolla. Varsinkin harvinaisen sairauden kohdalla ajan riittämättömyys korostui.

”Tavallaan mikä on varattu potilaalle tai niinku ensimmäisenäki että, monella kuten minulla ni taisi olla se 20 minuuttia tai jotaki varattuna ensimmäiselle nii ei se, no, siinä tais kyllä mennä puoli tuntii, mut se ei sinä aikana niinku ehtiny oikeen mitään muuta, et kotio soitettiin lääkityksiä seuraavana päivänä ja muita, suola- ja neste- ja liikuntarajotuksia sitte tämä sairaanhoitaja ettei niinku ja varsinki sille ekalle kerralle tai jotenki ku se diagnosoidaan niin kylhän siinä täytys oikeesti varata tunti tai jotai ja kertoo siit taudista.”

#### 5.4 Erikoissairaanhoidon asiointiprosessin vaiheet

Tutkimustehtävämme oli kartoittaa, miten sydänpotilaat ja omaiset kuvaavat asiointiprosessin vaiheet. Lähes kaikki haastateltavat kuvasivat asiointiprosessin sisältävän neljä eri vaihetta, jotka olivat tutkimukset, diagnoosi, hoito ja seuranta. Aina vaiheet eivät seuranneet toisiaan mainitussa järjestyksessä ja ne saattoivat olla päällekkäisiä toistensa kanssa. Akuutin tilanteen hoidossa asiointiprosessin vaiheet eivät näyttäneet selkeinä. Asiointiprosessin vaiheet kuvattiin seuraavalla tavalla (ks. kuvio 2).



Kuvio 2. Asiointiprosessin vaiheet

”Osastolle sisään ja tutkimuksia, tutkimuksia, verikokeita. Ja kolmen, kolmen taudin epäilyä mitä sitten rajattiin pois että onko tuo tai onko tuo tai onko tuo. Paritki koepalat otettiin ja sitte tahdistin laitettiin ennen ku saatu, saatiin lopullinen diagnoosi. Ja PETtiä, ja magneettikuvaa ja mikäköhän se yks kuvaus oli ja et niillä otettiin jotenki sitä et miten siellä sydämessä menee. Ja nykyään on sitte kontrollia, kolmen kuukauden välein sunnilleen.”

”No siellä oli... ennen.. niin siis ensin tutkitaan ja diagnoosi on selvä ja sit päätetään että tehdään ohitusleikkaus ja sitä edelsi semmonen, semmonen asiointi että oli tämmönen koulutustilaisuus, tai semmonen tilaisuus jossa selitettiin mitä tulee tapahtumaan. Ja ja ja ja, sen jälkeen se menee niinku putkeensa, että toimitetaan tämä, tämä ohitusprosessi ja sitte parannetaan ja lähetetään kotiin, ei siinä sen, ollu mitään mutkia.”

”Mutta koko prosessista, prosessista kun kysyitte niin must se on niinku se, useinhan täs varmaan käy niin et on vähän niinku hätätapaus kun lähetään tutkii, et on niinku jo jotakin tapahtunu ni, nii se on varmaan näis tilanteis aika semmosta vähän niinku kaotista et yritetään kauheesti niit juttui tehdä ja kartottaa et missä ois niinku vika.”

Kokemukset siirtymisestä vaiheiden välillä olivat ristiriitaisia keskenään. Osa haastateltavista oli kokenut hoitoketjun toimivaksi ja heidän tarpeitaan vastaavaksi, kun taas osalla oli negatiivisia kokemuksia. Huonot kokemukset liittyivät lähinnä hoitovastuun siirtymiseen eri yksiköiden välillä.

”Se on se ketju mietitty koko ajan jossain tietyssä...”

”Kyllä se hyvin vastas. Tahdistin asennettiin ja läppävuotoa seurataan.”

”Ihan hyvin, ihan hyvin. Paitsi se oli tietysti se ensimmäinen vaihe oli huono kun piti luottaa lääkäriin siihen... Mut sen jälkeen on kaikki mennyt ihan joustavasti, luontevasti. Ei mikään tökkinyt.”

”Ja minulla kesti neljä vuotta päästä toisesta sairaalasta Meilahteen, jossa sitten vasta pääsin tutkimukseen, jossa sitten tämä todettiin”

”Se loppu niinku siihen tavallaan, se palvelu ja tuki siinä talossa sitte kyllä. Sit oli vähän niinku, et se on diago-soitu, mitäs sitte”

Useimmissa haastatteluissa tutkimukset, diagnoosin saaminen ja hoito vain mainittiin, kun taas seuranta kommentoitiin useammin. Haastateltavat kuvasivat seurannan onnistuneen pääosin hyvin, mutta osa haastateltavista olisi toivonut seurannan olevan tiiviimpää.

”Mä käyn kerran vuodessa tutkimuksissa ja tota labrakokeissa ja pissanäytteissä ja sitte tota tapaan lääkärin ja sit hän sanoo, että viimeks et ei mun tarvi tulla sinne, et mä varaan ajan ja hän soittaa ja sanoo tarvitaanko mun...”

”Seuranta on nyt jotenki järkevää et mun kohalla ainakin ihan niinku, menee niinku vois ajatella että, et on ne verikokeet ja sit on aina se kardiopoliin lääkäri ja ultraäänitutkimus, sitä ennen ku lääkäriin ne tuoret labrat. Se on niinku jotenki niinku ihan hyvä ja fiksu ja siin varmaan, siinä hän sit tietenki pääsee sit kertoo et jos on jotakin muutoksia.”

”Siis ehkä, sanotaan, jos puhutaan terveyskeskuspalveluista ni se on, se on aika niukkasta tällä hetkellä että sinne on kerta vuodessa, diabeteksen takia minä sinne pääsen enkä sydämen, sydämen takia ni, kerran vuodessa.

## 5.5 Sydänpotilaiden ja omaisten esittämiä kehittämissuhteita

Osa haastateltavista toi ilmi myös selkeitä ideoita, kuinka asiointiprosessin onnistumista voisi parantaa. Hoidon keskittäminen muutamille hoitaville tahoille olisi haastateltavien mukaan parantanut heidän kokemustaan asiointiprosessista. Omahoitajasuhde mainittiin tekijänä, joka olisi voinut lisätä turvallisuuden tunnetta. Myös muunlaista tukea kaivattiin lisää, esimerkiksi hoitohenkilökunnan pysyvyyden muodossa. Potilaan parempi tiedonsaanti tuli monissa kommentteissa esille kokemusta parantavana tekijänä. Monet olisivat kaivanneet tietoa myös eri tahoilta, esimerkiksi vertaistukena muilta samaa sairautta sairastavilta henkilöiltä.

Vastaanottoajan pidentäminen olisi haastateltavien mukaan merkittävä tekijä asiointiprosessin kehittämisessä. Useat vastaajat kokivat varatun ajan riittämättömäksi ja olisi-

vat toivoneet enemmän aikaa lääkärin kanssa asioimiseen. Myös potilaan kuunteleminen ja uskominen olisivat parantaneet kokemusta asiointiprosessista.

Osa haastateltavista koki, että asiointiprosessi oli vastannut heidän tarpeisiinsa, eivätkä he osanneet nimetä yksittäisiä kehittämiskohteita.

”Ja se semmonen just vertaistuki tai joku omahoitaja tai joku siin alkuvaiheessa, ettei lyödä monistetta tai ettei saa mitään, nii jos joku muuki ois semmonen siinä tukena viemässä sitä asiaa sitten niinku yhdessä eteenpäin, ja selittämässä vähän et miten tää homma etenee.”

”Keskittämällä sitä muutamille lääkäreille, ja kuuntelemalla potilasta ja varaamalla niihin alkuvaiheen, ja varsinkin siihen diagnoosin, jos on saatu niin siihen aikaan.”

”Herättäis kaikkein eniten luottamusta niitä lääkäreitä kohtaan kun ne olis vaan tietty ryhmä tai yksi henkilö mihin keskittyy.”

”Ja sitte tosiaa se väärä diagnoosi. Et, et jos sanotaa et mikä ois auttanut et olis paremmat kokemukset nii ainaki se, että ei, et niinku tietenki et kuunnellaan eikä kyseenalaisteta, mut se että ei missään tapauksessa jos ei tiedetä niin kukaan ei sanois mitään väärää, mikä ei pidä paikkaansa”

”No ponnistelemalla aina voi esittää omia mielipiteitään mutta, mut ei oo sellasta että olis ilmiselvästi nyt mielessä että, että joku meni toisin kun olis pitäny. Et kyl se, se oli ihan, et kyl se meni hyvin, ei mitään tämmösiä selkeitä muutostarpeita”

## 6 Pohdinta

### 6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä, jotta se olisi eettisesti hyväksyttävä ja luotettava. Hyvä tieteellinen käytäntö vaikuttaa myös siihen, kuinka uskottava tutkimus on. Hyvää tieteellistä käytäntöä noudatettaessa periaatteisiin kuuluu rehellisyys, huolellisuus sekä tarkkuus työtä tehdessä. Huomiota tulee kiinnittää myös tulosten tallentamiseen, esittämiseen ja arvioimiseen. Toisten työlle kuuluu antaa niille kuuluva arvostusta ja ne tulee huomioida asianmukaisella tavalla oman työn julkistamisessa. Eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä tulee myös

käyttää. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2011.) Eettisesti toteutetussa tutkimuksessa aineistonkeruumenetelmiä ohjaa se, millaiseen kysymykseen etsitään vastausta (Leino-Kilpi – Välimäki 2003: 290). Muodostimme haastattelujen teemat ennalta laadittujen tutkimuskysymysten pohjalta siten, että ne käsittelivät tutkimuksen kohteena olevaa aihetta kattavasti.

Tutkimukseen osallistujien yhteistyöhalu on luotettavuuden perusta (Leino-Kilpi – Välimäki 2003: 290). Osallistujia tulee kohdella myös rehellisesti ja kunnioittavasti ja heidän anonymiteettinsa on suojattava. Tutkittavien tulee saada tarpeeksi tietoa tutkittavasta asiasta, jotta voivat tehdä päätöksen siitä, haluavatko he osallistua tutkimukseen. Eettisesti tarkasteltuna tuloksia analysoitaessa on tärkeää ottaa huomioon koko aineisto mikä on kerätty, jolloin tutkimus on mahdollisimman luotettava. Tutkimuksiin osallistuvilla on myös mahdollisuus keskeyttää tutkimus milloin tahansa, eikä kieltäytyminen tutkimuksesta saa vaikuttaa kyseisen henkilön hoitoon. (Leino-Kilpi – Välimäki 2003: 290–292.) On tärkeää, että kaikki haastateltavat tulevat kuulluksi, jotta tutkimusta voidaan pitää luotettavana. (Kananen 2010: 53.) Vaikka

Opinnäytetyötämme varten emme tarvinneet erillistä tutkimuslupaa, sillä haastateltavat hankittiin potilasjärjestöjen kautta. Haastattelimme vain täysi-ikäisiä henkilöitä, jotka antoivat suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta osallistumalla haastatteluun. Saatekirjeestämme kävi ilmi tutkimuksen tarkoituksen ja menetelmien lisäksi myös keskeyttämisen mahdollisuus ja anonymiteetin suojaaminen, ja selitimme nämä asiat myös suullisesti ennen haastattelujen aloittamista. Käsittelimme aineiston siten, ettei henkilötietosuoja vaarantunut, ja kiinnitimme raporttia kirjoittaessamme tarkoin huomiota siihen, ettei tuloksista voi päätellä kuka tutkimukseen osallistuneista oli sanonut mitään.

## 6.2 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyömme tulokset olivat samansuuntaisia aikaisemman kirjallisuuden kanssa. Aiemmissa tutkimuksissa sujuva tiedonkulku ja potilaan sekä omaisen tiedonsaanti oli kuvattu prosessia parantavaksi tekijäksi, mikä kävi ilmi myös omissa tuloksissamme. Tekemistämme haastatteluista esille nousseen vastaanottoajan riittämättömyyden voidaan katsoa olevan resurssien puutetta, joka myös kirjallisuudessa mainittiin prosessia heikentävän tekijänä. Käyttämässämme kirjallisuudessa asiointiprosessi viimeisenä vaiheena on asiakkuuden päättyminen (Metsävainio – Väyrynen 2010: 53). Sydänsai-

rauksissa seuranta on kuitenkin jatkuvaa, eikä asiakkuus näin ollen pääty. Se kuitenkin saattaa joissakin tapauksissa siirtyä perusterveydenhuollon vastuulle. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata suomalaista erikoissairaanhoidon asiointiprosessia tällä hetkellä. Suurin osa hoitajaksoista oli sijoittunut lähivuosille, joka lisää opinnäytetyömme luotettavuutta, sillä opinnäytetyömme tavoitteena oli kuvata nimenomaan tämänhetkistä erikoissairaanhoidon asiointiprosessia.

Haastatteluissa kävi ilmi, että haastateltavien oli vaikea erottaa toisistaan asiointia ja hoitoa koskevia asioita, vaikka tutkimuksen tarkoitus oli avattu saatekirjeessä ja käyty läpi myös suullisesti. Aineistossa oli paljon hoitoa koskevia kommentteja, jotka jouduimme rajaamaan pois, joten lopullinen aineisto jäi melko pieneksi. Siitä huolimatta rajatusta aineistosta sai paljon tietoa koskien haastateltavien kokemuksia asiointiprosessista. Tuloksia tarkastellessa on myös otettava huomioon että vastauksista käy ilmi vain näiden haastateltavien kokemus asiointiprosessista, eikä se välttämättä vastaa koko väestön kokemusta.

Vaikka opinnäytetyössämme tarkoituksena oli tarkastella asiointiprosessia sekä sydänpotilaiden että omaisten näkökulmasta, oli omaisten osuus tulosten syntyyn melko pieni. Tämä luultavasti johtui siitä, ettei heillä ollut omakohtaista kokemusta asioinnista erikoissairaanhoidossa. He eivät osanneet nimetä tekijöitä, jotka olivat vaikuttaneet syntyneisiin kokemuksiin, tai vastata muihin esitettyihin kysymyksiin. Haastateltavista vain kaksi oli omaisia, joten heidän osuutensa aineistossa ei ollut määrällisesti kovin merkittävä. Molemmat omaiset osallistuivat samaan ryhmähaastatteluun kuin puolisonsa. Kyseinen haastattelu tapahtui viiden henkilön ryhmässä, jossa sydänpotilaat tunsivat toisensa entuudestaan, mutta omaiset eivät. Tämä saattoi vaikuttaa siihen, että haastattelun muotoutuessa nopeasti keskustelunomaiseksi, jäivät omaiset taka-alalle.

Osa taustatietolomakkeista oli täytetty puutteellisesti, esimerkiksi kaikki eivät olleet merkinneet koulutusastetta. Mielestämme tämä ei kuitenkaan laskenut olennaisesti tutkimuksemme luotettavuutta, sillä kaikki olivat merkinneet lomakkeeseen diagnoosit ja hoitajaksojen ajankohdat. Haastattelut toteutettiin keskustelunomaisesti ryhmähaastatteluna, joten välillä haastateltavat puhuivat osittain toistensa päälle. Tämä loi haasteita nauhoitusten purkamiseen, sillä välillä kommentteista oli vaikea saada selvää. Epäselvää onkin, tulivatko kaikki haastateltavat kuulluiksi ja olimmeko ymmärtäneet puheenvuorot oikein. Nauhat kuitenkin kuunneltiin osittain useita kertoja, ja epäselviin kohtiin palattiin yhdessä. Näin pyrimme minimoimaan riskin väärinymmärryksiin.

Osa haastateltavista sairasti sydänsarkoidoosia, johon Suomessa sairastuu vain noin 500 ihmistä vuosittain (Suomen Sydänliitto ry 2013). Tunnetussa sairaudessa diagnosiin pääseminen on helpompaa ja nopeampaa. Usein myös hoitopolku on selkeä ja ammattilaisten tiedossa, jolloin myös eteenpäin ohjaaminen on helpompaa. Nauhoituksista ei pystynyt erottelemaan, kuka sanoi mitäkin. Kommenteista kuitenkin kävi, ilmi että harvinaisempaa sairautta sairastavien kokemukset erosivat merkittävästi yleisempiä sairauksia sairastavien kokemuksista. Haastateltavista sydänsarkoidoosipotilaita oli kolmasosa, mikä saattoi vaikuttaa tuloksiin.



## Lähteet

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989. Annettu Helsingissä 1.12.1989.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2012. Verkkodokumentti.  
<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,824,25726>>. Luettu 20.2.2012.

Holmberg-Marttila, Doris 2008. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoitoketjuopas.

Kananen, Jorma 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Koivuniemi, Kauko – Simonen, Kimmo 2011. Kohti asiakkuutta. Ihmistä arvostava terveydenhuolto. Helsinki: Duodecim.

Kontio, Elina – Lundgren-Laine, Heljä – Kontio, Juha – Korvenranta, Heikki – Salanterä, Sanna 2011. Critical incidents and important information in the care processes of patients with cardiac symptoms. *Journal of Nursing Management* 19. 209–217.

Kuusela, Hannu – Rintamäki, Timo 2002. Arvoa tuottava asiointikokemus. Tampere: Tampere university press.

Käsitteiden määrittämiset 2007. SAINI-palvelut. Kansalaisten terveydenhuoltoa tukeva sähköinen asiointi ja interaktiiviset verkkopalvelut. Saatavilla myös sähköisesti  
<[http://www.sitra.fi/NR/rdonlyres/FB67B2BD-F40A-4301-937F-CD35528534C9/1783/6\\_KASITTEIDEN\\_MAARITYKSIA.pdf](http://www.sitra.fi/NR/rdonlyres/FB67B2BD-F40A-4301-937F-CD35528534C9/1783/6_KASITTEIDEN_MAARITYKSIA.pdf)>

Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Leikola, Markus 2011. Sairaat elämät. Suomalaisen terveydenhuollon korjauspaketti. Helsinki: Taloustieto Oy.

Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2003. Etiikka Hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Lillrank, Paul – Venesmaa, Julia 2010. Terveystieteiden alueellinen palvelujärjestelmä. Helsinki: Talentum.

Lipponen, Kaija – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Metsävainio, Mari – Väyrynen, Riikka 2008. Vammaispalvelujen ja kehitysvammahuollon asiakastiedot. Teoksessa: Väyrynen, Riikka – Kärki, Jarmo – Heinonen, Helena – Kaisla, Susanna – Metsävainio, Mari (toim.): Selvitys palvelukohtaisista asiakastiedoista vammaisten, ikäihmisten ja päihteiden ongelmakäyttäjien sosiaalipalveluissa. 52–57. Verkkodokumentti: <<http://www.sosiaaliportti.fi/File/b5d1473b-e5df-40d6-a9af-27cf3bf8318a/tikesos.pdf>> Luettu: 8.3.2012.

Nieminen, Heikki-Tapio 2012. Sydämen asialla. Helsingin Sydäntoipilaat ry. Helsinki.

Rautavaara, Päivi – Salanterä, Sanna – Helenius, Hans – Tofferi, Heile 2011. Palvelujärjestelmätutkimuksella parempaan terveydenhuoltoon. Suomen lääkärilehti 66 (46). 3497–3501.

Rotter, T – Koch, R – Kugler, J – Gothe, H – Kinsman, L – James, E 2007. Clinical pathways: effects on professional practise, patient outcomes, length of stay and hospital costs (Protocol). The cochrane library 3.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma 2008. Kaste 2008–2011. Sosiaali ja terveysministeriön julkaisuja 6. Saatavilla myös sähköisesti <<http://pre20090115.stm.fi/hl1212563842632/passthru.pdf>>.

Suomen Sydänliitto ry 2013. Verkkodokumentti. <<http://www.sydanliitto.fi/sydansarkoidoosi1>> Luettu 31.1.2013

Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaraportti 2008. Kansanterveyslaitos. Terveystieteiden edistämisen ja kroonisten tautien ehkäisyn osasto. Helsinki: Edita Prima Oy. Saatavilla myös sähköisesti. <[http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2008/2008b02.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b02.pdf)>.

Sydän- ja verisuonitautien rekisterin tilastotietokanta 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla sähköisesti. <<http://www3.ktl.fi/stat/>> Luettu 1.4.2012.

Teperi, Juha 2005. Erikoissairaanhoidon. Duodecim. Terveyskirjasto. Verkkodokumentti. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00053](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00053)>. Luettu 20.2.2012.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 1326/2010. Annettu Helsingissä 13.12.2010.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2011. Verkkodokumentti. <[http://www.tenk.fi/hyva\\_tieteellinen\\_kaytanta/kaytanta.html](http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanta/kaytanta.html)> Luettu 21.3.2012.

Vainikainen, Tuula 2010. Hoitoketjut rakentuvat yhteistyöllä – ylläpito vaatii yhteishuoltajuutta. Duodecim. Terveyskirjasto. Verkkodokumentti. <[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo95237&p\\_haku=erikoissairaanhoido%20hoitopolku](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo95237&p_haku=erikoissairaanhoido%20hoitopolku)> Luettu 28.2.2012.

Taulukko 1. Sepelvaltimotautikohtaukset, kuolemat ja hoitoilmoitukset. (Sydän- ja verisuonitautien rekisterin tilastotietokanta 2012.)

<b>1.B.04 Sepelvaltimotautikohtaukset, kuolemat I20-I25 ja hoitoilmoitukset I21-I22, koko maa muuttujina Sukupuoli, Vuosi, Ikäryhmä, Tyyppi ja Tilastointisuure.</b>				
			<b>Kaikki kohtaukset, kuolemissa myös I46, R96, R98</b>	
			<b>Lkm</b>	<b>/100000 as.</b>
<b>Miehet</b>	<b>2009</b>	<b>35-44</b>	179	51
		<b>45-54</b>	876	229
		<b>55-64</b>	2276	607
		<b>65-74</b>	2895	1344
<b>Naiset</b>	<b>2009</b>	<b>35-44</b>	43	13
		<b>45-54</b>	178	47
		<b>55-64</b>	524	137
		<b>65-74</b>	1125	445

Kohtausten määrittelyssä on käytetty hoitoilmoitus- ja kuolinsyyrekisteriä. Poiminnassa on huomioitu hoitoilmoitusrekisteristä diagnooseilla I21-I22 (minä tahansa diagnoosina) olevat hoitajakset. Kuolinsyyrekisteristä on poimittu tapaukset, joissa perus (Ic)- tai välittömänä (Ia) kuolinsyynä on sepelvaltimotautikuolema (dg:t I20-I25), sydämenpysähdys (I46), tuntemattomasta syystä aiheutunut äkkikuolema (R96) tai ilman silminnäkijöitä tapahtunut kuolema (R98), tai myötävaikuttavana tekijänä (II) sydäninfarkti (I21-I22).

Ensikohtauksia koskevan sarakkeen luvut on laskettu niistä kuolemista ja kohtauksista, joita ei ole viimeisen seitsemän vuoden aikana edeltänyt hoitajaksoja diagnooseilla I21-I22 (ICD-9 ja ICD-8 mukaan 410).

ICD-10 luokituksia vastaavat ICD-9 luokitukset ovat:

I21-I22 = 410

I20-I25 = 410-414

I46, R96, R98 = 798 (paitsi 7980A)

WP 35-64 = ikävakiointi 35-64 -vuotiaille maailman standardiväestöön (per 100 000 asukasta).

EP 25-74 = ikävakiointi 25-74 -vuotiaille Euroopan standardiväestöön (per 100 000 asukasta).

EP 35-84 = ikävakiointi 35-84 -vuotiaille Euroopan standardiväestöön (per 100 000 asukasta).

Taulukko 2. Sairaalahoitopäivien lukumäärät sepelvaltimotautidiagnoseilla. (Sydän- ja verisuonitautien rekisterin tilastotietokanta 2012.)

<b>1.E.04 Sairaalahoitopäivien lukumäärät sepelvaltimotautidiagnoseilla, koko maa muuttujina Sukupuoli, Vuosi, Ikäryhmä, Diagnoosi ja Tilastointisuure.</b>								
			<b>I21-I22</b>		<b>Ensikohtaus I21-I22</b>		<b>I20-I25, I46, R96, R98</b>	
			<b>Lkm</b>	<b>/100000 as.</b>	<b>Lkm</b>	<b>/100000 as.</b>	<b>Lkm</b>	<b>/100000 as.</b>
<b>Miehet</b>	<b>2009</b>	<b>35-44</b>	770	219	705	201	1671	475
		<b>45-54</b>	3780	989	3222	843	10563	2763
		<b>55-64</b>	10140	2706	7900	2108	39074	10426
		<b>65-74</b>	13951	6475	9915	4602	65591	30445
<b>Naiset</b>	<b>2009</b>	<b>35-44</b>	201	59	198	58	580	171
		<b>45-54</b>	743	196	609	161	2739	723
		<b>55-64</b>	2871	749	2459	641	10211	2663
		<b>65-74</b>	6532	2586	4978	1970	29540	11693

Sairaalahoitotaksot on poimittu hoitoilmoitusrekisteristä huomioiden etsityt diagnoosit minä tahansa diagnoosina. Sairaala- ja osastosiirrot, joiden välissä on korkeintaan yhden vuorokauden ero, on laskettu yhdeksi hoitotaksoksi. Hoitopäivien lukumäärä on laskettu vähentämällä tulopäivä lähtöpäivästä kuitenkin niin, että hoitotaksin pituus on vähintään 1 vuorokausi ja korkeintaan 30 vuorokautta.

Ensi-infarkteja koskevan sarakkeen luvut on laskettu niistä kohtauksista, joita ei ole viimeisen seitsemän vuoden aikana edeltänyt hoitotaksia diagnooseilla I21-I22 (ICD-9 ja ICD-8 mukaan 410).

ICD-10 luokituksia vastaavat ICD-9 luokitukset ovat:  
 I21-I22 = 410  
 I20-I25 = 410-414  
 I46, R96, R98 = 798 (ei 7980A)

MW 35-64 = ikävakiointi on tehty käyttäen standardina WHO MONICA -projektin sydäninfarkti- ja aivohalvauksirekisterien potilaiden yhdistettyä ikäjakaumaa ikäryhmässä 35-64 vuotta.  
 MW 35-74 = ikävakiointi on tehty käyttäen standardina WHO MONICA -projektin sydäninfarkti- ja aivohalvauksirekisterien potilaiden yhdistettyä ikäjakaumaa ikäryhmässä 35-74 vuotta.  
 MW 35-84 = ikävakiointi on tehty käyttäen standardina WHO MONICA -projektin sydäninfarkti- ja aivohalvauksirekisterien potilaiden yhdistettyä ikäjakaumaa ikäryhmässä 35-84 vuotta.

## Teemat ja apukysymykset haastattelua varten

"Kuinka olette kokeneet asiointiprosessin erikoissairaanhoidossa?"

"Millainen kokemus teille jäi asiointiprosessista?"

"Millaiset asiat asiointiprosessissa vaikuttivat kokemuksenne syntyyn?"

"Miten asiointiprosessi vastasi tarpeisiinne?"

"Millaiset asiat olisivat voineet parantaa kokemustanne asiointiprosessista?"

"Kuinka kuvaisitte asiointiprosessin vaiheet ja niiden sisällön?"

"Millaisia vaiheita asiointiprosessi mielestänne sisälsi?"

"Kuinka kuvaisitte eri vaiheiden sisällön?"

"Kuinka eri vaiheet mielestänne linkittyivät toisiinsa?"

"Miten siirtyminen eri vaiheiden välillä mielestänne onnistui?"

"Millaisia kehittämissuhteita Teillä on asiointiprosessiin?"

"Oliko asiointiprosessissa mielestänne kehittämiskohteita, millaisia?"

"Kuinka asiointiprosessia voisi mielestänne kehittää?"

## Saatekirje

Teemme opinnäytetyötä Metropolia Ammattikorkeakoulussa aiheesta ”Sydänpotilaiden ja heidän omaistensa kokemuksia erikoissairaanhoidosta”. Tarkoituksenamme on kartoittaa sydänpotilaiden ja heidän omaistensa kokemuksia erikoissairaanhoidon asiointiprosessista ja sen vaiheista, jotta asiointiprosessia voidaan tulevaisuudessa kehittää. Hanke tehdään yhteistyössä HUS-Servis:n kanssa.

Tietoa keräämme haastattelemalla yhteensä 12–15 täysi-ikäistä, suomenkielistä sydänpotilasta tai omaista pienryhmissä, noin kolme henkilöä kerrallaan. Nauhoittamalla haastattelut pyrimme takaamaan sen, että kaikki haastatteluissa esille tulleet asiat huomioidaan tuloksia analysoidessa. Haastattelut tullaan toteuttamaan siten, että toinen opinnäytetyömme tekijöistä esittää kysymykset, ja toinen kirjoittaa ylös asioita joita haastatteluissa nousee esille. Näiden muistiinpanojen avulla varmistamme että olemme ymmärtäneet oikein sen, mitä olette tarkoittaneet. Haastattelut toteutetaan erikseen sovittavana ajankohtana talven 2012-2013 aikana.

Haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Osallistujia kohdellaan rehellisesti ja kunnioittavasti, ja heidän anonymiteettinsa suojataan. Tutkimus on mahdollista keskeyttää milloin tahansa, eikä kieltäytyminen tutkimuksesta tule vaikuttamaan Teidän tai omaisenne hoitoon. Tietoja tullaan käyttämään ainoastaan opinnäytetyön tekemiseen, jonka jälkeen aineisto hävitetään. Aineisto tullaan säilyttämään siten, ettei haastateltavien anonymiteetti vaarannu. Myös raportti tullaan kirjoittamaan siten, ettei vastauksista käy ilmi haastateltavien henkilöllisyys.

Palvelu- ja asiointiprosessia voidaan käyttää toistensa synonyymeinä, mutta opinnäytetyössämme katsomme niiden kuvaavan näkökulmaa, josta asiaa tarkastellaan. Asiakkaan näkökulmasta katsottuna erikoissairaanhoidon asiakkuus

alusta loppuun näyttäytyy asiointiprosessina, mutta terveydenhuollon näkökulmasta mielestämme parempi ilmaus on palveluprosessi. Työssämme emme niinkään perehdy itse osastolla tehtävään hoitotyöhön, vaan toimintoihin ja palveluihin ennen ja jälkeen osastohoidon tai siellä tehtävien tutkimusten.

Palveluprosessi koostuu asian vireille tulosta, palvelutarpeen määrittelemisestä, palveluiden suunnittelemisesta, toteuttamisesta ja arvioimisesta, sekä asiakkuuden päättymisestä. Myös neuvonta ja ohjaaminen sisältyvät prosessiin. Asiointiprosessin taas voidaan katsoa koostuvan asian vireillepanosta, käsittelystä, ratkaisusta ja tiedoksiannosta. Yhdessä nämä osat muodostavat jonkin asian käsittelyn. Opinnäytetyössämme kartoitamme, kuinka sydänpotilaat ja heidän omaisensa kokevat prosessin ja sen eri vaiheet.

Toivomme yhteydenottoa mikäli kiinnostuitte haastatteluun osallistumisesta, tai jos Teille jäi kysyttävää. Voitte ottaa yhteyttä joko puhelimitse tai sähköpostitse.

Ystävällisin terveisin:

Elina Manninen

050-XXXXXXX

elina.i.manninen@metropolia.fi

Anu Mayer

040-XXXXXXX

anu.mayer@metropolia.fi



**Taustatietolomake****Ikä:** \_\_\_\_\_ vuotta**Sukupuoli:** Mies / Nainen (alleiviivaa oikea)**Korkein koulutusasteesi:**

Peruskoulu / 2-asteen tutkinto (lukio, ammattikoulu tai -opisto) / 3-asteen tutkinto (Ammattikorkeakoulu tai yliopisto) / Muu (alleiviivaa oikea)

**Oletteko:** Sydänsairas / omainen (alleiviivaa oikea)**Hoidon syy (diagnoosi):** \_\_\_\_\_**Toteamisvuosi:** \_\_\_\_\_**Onko hoito toteutettu:** osastohoitona / avohoidossa / molemmissa (alleiviivaa oikea)**Osastohoidon ajankohta (vuosiluku tai vuosiluvut):** \_\_\_\_\_**Hoitojaksojen lukumäärä:** \_\_\_\_\_**Viimeisimmän hoitojakson pituus:** \_\_\_\_\_ vkoa / \_\_\_\_\_ päivää

Omainen täyttää:

**Suhde omaiseen:** Vanhempi / Sisarus / Puoliso / Lapsi / Ystävä / Muu

(alleiviivaa oikea)

**Kuinka monta kertaa vierailitte omaisenne luona osastolla viimeisimmän hoitojakson aikana?** \_\_\_\_\_

Haastattelija täyttää:

Pvm: \_\_\_\_\_ Klo: \_\_\_\_\_ Haastateltavan nro: \_\_\_\_\_