

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Sanna Karttunen

KOTIHEMODIALYYSIPOTILAAN HOITOPROSESSIN
KEHITTÄMINEN

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2018

**OPINNÄYTETYÖ**

Huhtikuu 2018

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma**Ylempi ammattikorkeakoulututkinto**

Tikkariinne 9

80200 JOENSUU

+ 358 13 260 600 (vaihde)

Tekijä

Sanna Karttunen

Nimeke

Kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessin kehittäminen

Toimeksiantaja

Siun sote, Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä

Tiivistelmä

Dialyysipotilaiden määrä kasvaa koko ajan. Kotidialyysipotilaiden osuus on Suomessa noin 26% kaikista dialyysipotilaista. Kotihemodialyysin osuus on lisääntynyt huomattavasti viime vuosina. Kotidialyysimuotoihin panostaminen on hyödyllistä etenkin potilaan ennusteen ja elämänlaadun, ja myös hoidosta aiheutuvien kustannusten kannalta.

Dialyysipotilaiden määrän lisääntyessä munuaisten vajaatoiminnan varhainen tunnistaminen sekä dialyysiä edeltävän vaiheen hoito ja suunnittelu on tärkeää. Se parantaa potilaan ennustetta ja auttaa ohjautumaan sopivaan hoitomuotoon. Onnistunut kotihemodialyysitoiminta vaatii lisäksi motivoitunutta henkilökuntaa ja laadukasta potilasohjausta.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessi ja kehittää kotihemodialyysipotilaan hoitoa Pohjois-Karjalan keskussairaalassa. Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistoimintana.1 Opinnäytetyössä käytettiin toimintatutkimuksellista lähestymistapaa ja kehittämisprosessissa osallistavia menetelmiä. Kotihemodialyysipotilaan hoitoa kehitettiin asiakkaiden tarpeista lähtien. Tuloksissa korostuivat hoitomuodon valinnan tukeminen, potilaan ohjaaminen, jaksamisen tukeminen, osaaminen, toiminnan organisointi ja resurssit. Opinnäytetyönä syntyi asiakaslähtöinen ja näyttöön perustuva toimintamalliehdotus kotihemodialyysipotilaiden hoitoon. Toimintamallin avulla voidaan kehittää kotihemodialyysipotilaan hoitoa sekä tehostaa ja yhtenäistää toimintaa.

Kieli

suomi

Sivuja 85

Liitteet 4

Liitesivumäärä 4

Asiasanat

Kotihemodialyysi, potilaan ohjaus, asiakaslähtöisyys, hoitoprosessi, hoitoprosessien johtaminen



THESIS
April 2018
Master's Degree in Development and Management of Social Services and Health Care
Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 13 260 600 (switchboard)

Author
Sanna Karttunen

Title
Developing the Care Process of Home Haemodialysis Patients

Commissioned by
Siun sote, Joint Municipal Authority for North Karelia Social and Health Services

Abstract

The number of dialysis patients is constantly growing. Furthermore, the proportion of home haemodialysis patients in Finland has increased significantly and they account for 26 % of all dialysis patients. This is due to the fact that home dialysis offers considerable benefits in terms of prognosis, the quality of life and treatment costs. As the number of dialysis patients increases, it is important to diagnose kidney failures early on and optimize the pre-dialysis care and planning. In addition, a successful home haemodialysis programme requires a highly motivated staff and intensive patient education.

The aim of this thesis was to describe and develop the home haemodialysis care process in North Karelia Central Hospital. The study was conducted as a developmental research activity and action-based approach was applied. In addition, participatory methods were used in development process and the care process of home haemodialysis patients was developed according to their needs.

The results emphasized the importance of support in choosing the suitable form of dialysis, patient education, support in coping, professional nursing competence, and the organization of the home haemodialysis program and resources. Based on these results a client-centred and evidence-based practice was developed for the care of home haemodialysis patients in the North Karelia Central Hospital. With this practise, the care process of home haemodialysis patients can be developed as well as enhanced and standardized.

Language

Finnish

Pages 85

Appendices 4

Pages of Appendices 4

Keywords

home haemodialysis, patient education, client-oriented approach, care process, management of care process

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	5
2	Kotihemodialyysipotilaan hoito.....	7
2.1	Munuaisten vajaatoiminta	7
2.2	Dialyysihoito ja hoitomuodot	8
2.3	Kotihemodialyysi hoitomuotona	11
2.4	Kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessi	13
2.5	Kotihemodialyysipotilaan ohjaus.....	14
3	Asiakaslähtöisyys terveydenhuollossa.....	19
3.1	Asiakaslähtöisyyden käsite	19
3.2	Asiakkaan osallistuminen ja osallisuus	20
3.3	Asiakkuuksien johtaminen	22
4	Hoitoprosessien kehittäminen ja johtaminen.....	24
4.1	Hoitoketju ja hoitoprosessi	24
4.2	Näyttöön perustuva toiminta ja johtaminen	26
4.3	Hoitoprosessien kehittäminen.....	29
4.4	Hoitoprosessien johtaminen.....	31
4.5	Osaamisen johtaminen ja johtamisen uudistuminen	33
5	Opinnäytetyön tavoitteet ja kehittämistehtävät.....	35
6	Opinnäytetyön toteutus	36
6.1	Opinnäytetyön toimintaympäristö ja osallistujat	36
6.2	Opinnäytetyön vaiheet	37
6.3	Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat	39
6.4	Kehittämisprosessin osallistamismenetelmät.....	42
6.5	Kehittämisprosessin toteutus	44
6.6	Kotihemodialyysipotilaan hoidon nykytila ja hoitoprosessin vaiheet ..	51
6.7	Kehittämisprosessin arviointimenetelmät.....	54
7	Opinnäytetyön tulokset	55
7.1	Aineiston analyysi	55
7.2	Kotihemodialyysipotilaan hoidon kehittämistarpeita.....	58
7.3	Kotihemodialyysipotilaan hoidon parannusehdotuksia	63
7.4	Toimintamalliehdotus.....	68
8	Pohdinta.....	70
8.1	Kehittämisprosessin arviointi	70
8.2	Kehittämisprosessin menetelmien arviointi	72
8.3	Tulosten tarkastelu	73
8.4	Luotettavuuden ja eettisyyden arviointi	75
8.5	Kehittämisprosessin tulosten levittäminen ja jatkokehittämisideat	77
	Lähteet.....	79

Liitteet

Liite 1	Informaatiokirje 1
Liite 2	Informaatiokirje 2
Liite 3	Arviointilomake
Liite 4	Toimintamalliin liitettävät ohjeet

1 Johdanto

Kroonista munuaisten vajaatoimintaa hoidetaan dialyysihoidolla. Sillä korvataan osa munuaisten toiminnasta. Dialyysihoitomuotoja ovat veriteitse tapahtuva hemodialyysi ja vatsaonteloon valutettavan dialyysinesteen avulla tehtävä vatsakalvodialyysi eli peritoneaalidialyysi. Hemodialyysiä toteutetaan perinteisesti sairaalassa tai potilas voi suorittaa hemodialyysin kotona. Tällöin hoitomuodosta käytetään nimitystä kotihemodialyysi. (Alahuhta, Hyväri, Linnanvuori, Kylmäaho & Mukka 2008, 64; Pasternack, Honkanen & Metsärinne 2012, 555-556, 573; Karhapää 2015.) Suomen Munuaistautirekisterin (2018, 6, 25) mukaan Suomessa oli vuoden 2016 lopussa 1 910 dialyysipotilasta. Kotidialyysin vallitsevuus eli peritoneaalidialyysin ja kotihemodialyysin osuus kaikista dialyysipotilaista oli 26 % vuoden 2016 lopussa. Kotihemodialyysin osuus on lisääntynyt huomattavasti viimeisen 10 vuoden aikana ja oli 7 % vuoden 2016 lopussa.

Kotihemodialyysiä on käytetty jo 1960-luvulta lähtien kroonisen munuaisten vajaatoiminnan hoitoon niin Suomessa kuin Euroopassakin. Kotihemodialyysi väheni olennaisesti 1970-80-luvuilla, kun uusia dialyysiyksiköitä valmistui ja lääketieteen kehityksen myötä entistä huonokuntoisempia potilaita otettiin dialyysihoidon piiriin. Samaan aikaan vatsakalvodialyysi yleistyi. Helsingin Yliopistollinen sairaala alkoi kehittää kotihemodialyysiä 1990-luvun lopulla ja on toiminut edellä kävijänä kotihemodialyysin suosion lisäämisessä. Kotihemodialyysin käyttö yleistyi ensin yliopistosairaaloissa ja vähitellen monissa muissa sairaaloissa. (Honkanen, Malmström ja Grönhagen-Riska 2004, 1429-1430; Honkanen & Rauta 2008; Honkanen 2018.) Kotidialyysiin panostamisen on hyödyllistä potilaan ennusteen ja elämänlaadun sekä hoidosta aiheutuvien kustannusten kannalta (Honkanen ym. 2004, 1430; Rauta 2016a, 14-15).

Dialyysipotilaiden määrän lisääntyessä munuaisten vajaatoiminnan varhainen tunnistaminen ja hoito sekä dialyysiä edeltävän eli predialyysivaiheen suunnittelu on tärkeää. Hyvin organisoidulla predialyysihoidolla voidaan vaikuttaa suotuisasti potilaan ennusteeseen, sopivaan hoitomuotoon ohjautumiseen ja kotihemodialyysitoiminnan onnistumiseen. (Finne, Honkanen, Grönhagen-Riska 2006,

194-195; Honkanen ym. 2004, 1429; Honkanen & Rauta 2008, 11.) Kotihemodialyysi edellyttää lisäksi motivoitunutta ja omistautunutta henkilökuntaa sekä hyvin suunniteltua potilaan kouluttamisohjelmaa. (Honkanen & Rauta 2008, 11; Honkanen ym. 2004, 1429; Browman 2018.)

Kotihemodialyysitoiminta käynnistettiin Pohjois-Karjalan keskussairaalassa vuosien 2015 ja 2016 aikana. Taustalla oli halu kehittää hemodialyysipotilaiden hoitoa sekä potilaiden ja henkilökunnan kiinnostus kotihemodialyysiä kohtaan. Pohjois-Karjalan keskussairaala kuuluu Siun soteen, Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymään, jossa maakunnan sosiaali- ja terveystalvelut yhdistettiin vuoden 2017 alussa. Siun sote järjestää julkiset sosiaali- ja terveystalvelut 14 kunnan alueella Pohjois-Karjalassa. Siun soteen kuuluvat myös Pohjois-Karjalan pelastuslaitos ja ympäristöterveys. (Siun sote 2017a.)

Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessi ja kehittää kotihemodialyysipotilaiden hoitoa Pohjois-Karjalan keskussairaalassa. Hoitoprosessi suunniteltiin potilaiden tarpeista lähtien, jolloin asiakastytyvääsyyttä voidaan parantaa. Siun soten strategian mukaisesti asiakaslähtöisyys ja osallisuus sekä vaikuttava, laadukas ja turvallinen hoito olivat opinnäytetyön lähtökohtana (Siun sote 2017b). Pohjois-Karjalan keskussairaalan hoitotyön johtamisen painopistealueiden noudattaminen ja palveluiden sisällön kehittäminen uudistuvan sosiaali- ja terveydenhuollon haasteiden edessä olivat opinnäytetyön kehittämisprosessin taustalla. Johtamisessa painottuvat muun muassa asiakaslähtöisen toiminnan varmistaminen ja kehittäminen, näyttöön perustuvien käytäntöjen edistäminen, turvallisen hoidon varmistaminen, henkilöstöosaamisen kehittäminen ja ohjaustaitojen kehittäminen (Bjerregård-Madsen 2014, 5). Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisena kehittämistoimintana. Työssä käytettiin toimintatutkimuksellista lähestymistapaa ja kehittämisprosessissa osallistavia kehittämismenetelmiä.

2 Kotihemodialyysipotilaan hoito

2.1 Munuaisten vajaatoiminta

Munuaisten pysyvän vaurioitumisen syynä ovat munuaisten tai virtsateiden sairaudet. Kroonisessa munuaisten vajaatoiminnassa molemmat munuaiset ovat vioittuneet, ja toiminnassa olevat nefronit eli munuaisten toiminnalliset yksiköt vähentyneet. Yleensä munuaissairaus etenee hitaasti ja elimistö voi sopeutua sairauden aiheuttamiin häiriöihin. Oireet voivat jäädä pitkäksi aikaa huomaamatta. (Alahuhta ym. 2008, 36; Pasternack & Saha 2012, 431.) Munuaisten vajaatoiminnassa elimistöön kertyy aineenvaihdunnan lopputuotteita ja kuona-aineita, ja elimistön suola- ja happotasapaino häiriintyy (Honkanen 2014, 4).

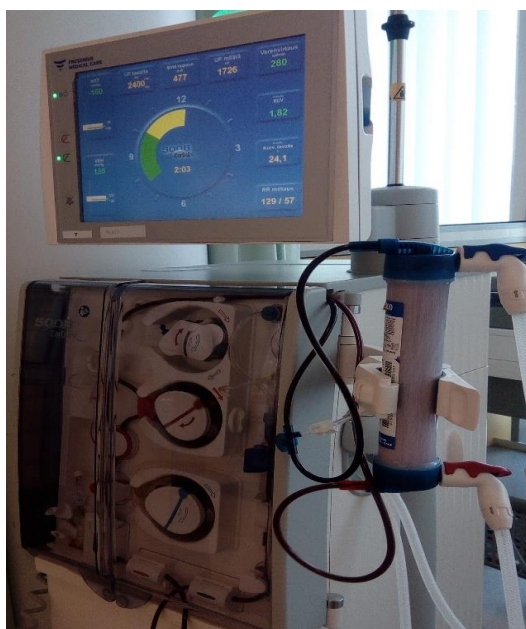
Munuaissairauden epäily voi herätä kohonneesta kreatiniiniarvosta, poikkeavasta virtsalöydöksestä tai munuaislöydöksestä ultraäänitutkimuksessa (Alahuhta ym. 2008, 36-37). Oireet ilmaantuvat yksilöllisesti. Sairauden edetessä voi esiintyä anemiaa, turvotuksia, väsymystä, kohonnuttua verenpainetta, pahoinvointia, ruokahaluttomuutta ja ihon kutinaa. (Honkanen 2014, 4; Alahuhta ym. 2008, 36-37; Pasternack & Saha 2012, 445.) Kroonisen munuaisten vajaatoiminnan yleisimpiä syitä ovat diabetes, glomerulonefriitti eli munuaiskerästulehdus ja munuaisten monirakkulatauti (Suomen munuaistautirekisteri 2018, 14). Lisäksi kroonista munuaisten vajaatoimintaa voivat aiheuttaa munuaisen välikudoksen sairaudet, vaskuliitit, amyloidoosi, iskeeminen munuaistauti, Alportin oireyhtymä, autoimmuuni sidekudostauti, multippeli myelooma, eräät särkylääkkeet ja toksiinit. (Alahuhta ym. 2008, 46-61; Pasternack & Saha 2012, 433.)

Kroonista munuaisten vajaatoimintaa hoidetaan ruokavaliolla, lääkehoidolla, dialyysihoidolla ja munuaisensiirrolla (Alahuhta ym. 2008, 64). Kroonisen munuaisten vajaatoiminnan hoito alkaa konservatiivisella hoidolla, jossa lääkityksen ja ruokavalion avulla pyritään hidastamaan taudin etenemistä ja helpottamaan oireita. Taudin edetessä päädytään dialyysihoitoon ja arvioidaan mahdollisuus munuaisensiirtoon. (Linnanvuori 2008, 64.) Munuaisensiirto on potilaan ennusteen ja elämänlaadun kannalta paras hoitomuoto. Liitännäissairaudet tai

muut riskitekijät kuten korkea ikä, liikalihavuus, diabetes tai ateroskleroosi voivat olla esteitä munuaisensiirrolle. (Salmela 2014, 15; Pasternack & Salmela 2012, 603, 613; Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 8-9.)

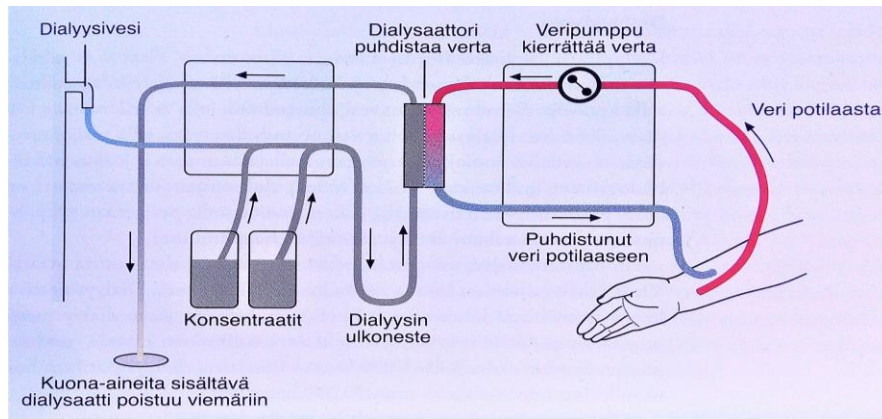
2.2 Dialyysihoito ja hoitomuodot

Dialyysihoidolla korvataan osa munuaisten toiminnasta. Dialyysillä poistetaan haitallisia aineenvaihdunnan tuotteita sekä korjataan elimistön neste- ja suolatasapainoa sekä happotasapainoa. Hoidon tukena tarvitaan ruokavalio- ja lääkehoitoa. Hoitomuodot ovat hemodialyysi ja peritoneaalidialyysi. (Alahuhta ym. 2008, 64; Pasternack, Honkanen & Metsärinne 2012, 555; Karhapää 2015; Pasternack ym. 2012, 556.) Hemodialyysissä (kuva 1) dialyysilaitteessa oleva dialyysaattori puhdistaa potilaan verta kuona-aineista ja poistaa ylimääräistä nestettä (Honkanen 2014, 4).



Kuva 1. Hemodialyysi.

Hemodialyysiä varten tarvitaan veritie, joka on yleensä kyynärvarteen veri-suonileikkauksella tehty fisteli. Fistelin suoniin pistetään kanyylit, joiden kautta verta kuljetetaan dialyysilaitteeseen ja sieltä puhdistuneena takaisin potilaaseen (kuva 2). Myös keinosuonia tai kaulan laskimoon asennettua katetria voidaan käyttää veritienä. (Honkanen 2014, 4; Kylmäaho & Mukka 2008, 76-80.)



Kuva 2. Hemodialyysin periaate (Kylmäaho & Mukka 2008, 83).

Vatsakalvodialyysi eli peritoneaalidialyysi on tavallisin kotidialyysimuoto. Vatsakalvodialyysissä elimistön kuona-aineet ja ylimääräinen neste poistuvat vatsakalvon läpi dialyysinesteen avulla (kuva 3). Dialyysineste valutetaan vatsaonteloon asennetun katetrin avulla. Jatkuvassa vatsakalvodialyysissä eli CAPD-hoidossa dialyysineste vaihdetaan neljä kertaa päivässä. Dialyysiä tapahtuu tasaisesti vuorokauden läpi. Automaattisessa peritoneaalidialyysissä eli APD-hoidossa (kuva 4) dialyysilaite vaihtaa dialyysinestettä yön aikana. Vatsakalvodialyysihoidon esteenä voivat olla vatsaontelon leikkaukset, aktiivinen suolistotauti, ihon tulehdukset, huomattava ylipaino, krooninen selkäkipu, vatsa-alueen tyrät ja avanteet, suuret rakkulamunuaiset tai psyykinen sairaus. Vatsakalvodialyysiin liittyy riski saada vatsakalvontulehdus. (Honkanen 2014, 4; Paster-nack, Honkanen & Metsärinne 2012, 582, 587-589; Hyväri ym. 2008, 90.)



Kuva 3. Peritoneaalidialyysin toimintaperiaate, Kuva 4. APD eli automaattinen peritoneaalidialyysi (Kuvat: Munuais- ja maksaliitto 2017).

Joskus dialyysihoido joudutaan aloittamaan akuutisti äkillisen munuaisten vajaatoiminnan takia. Jos dialyysi jää pysyväksi hoidon tarpeeksi, potilaalle annetaan ohjausta ja mahdollisuus siirtyä sopivampaan hoitomuotoon. (Hyväri 2008, 71; Munuais- ja maksaliitto 2010, 29.) Yleensä sairaus etenee hitaasti, ja potilaat ovat predialyysivaiheen seurannassa poliklinikalla (Alahuhta ym. 2008, 68). Dialyysihoidomuotoihin tutustuminen aloitetaan, kun munuaisten toiminnasta on jäljellä noin 15 prosenttia (Honkanen 2014, 4). Potilaalle tulee antaa riittävästi tietoa hoitomuodoista ja valita yksilöllisesti sopivin dialyysimuoto. Valintaan vaikuttavat lääketieteelliset perusteet ja elämäntilanne. Kotona toteutettava dialyysi eli kotidialyysi on ennusteen ja elämänlaadun kannalta useimmille paras hoitomuoto. Kotidialyysimuotoja ovat peritoneaaldialyysi tai kotihemodialyysi. Kaikille kotidialyysi ei sovi muiden sairauksien, tilojen tai kykyjen takia. Sairaalassa hemodialyysihoido tapahtuu säännöllisesti kolme kertaa viikossa, 4-5 tuntia kerrallaan. (Honkanen 2014, 4; Rauta 2016a, 14-15; Munuais- ja maksaliitto 2014, 10.)

Dialyysihoido on elämää ylläpitävää hoitoa. Hoidon avulla pyritään pitämään potilas mahdollisimman oireettomana ja hyväkuntoisena. Dialyysihoido vähentää potilaiden itsenäisyyttä, potilaat ovat riippuvaisia dialyysihoidoista ja hoitojen aikataulut määräävät elämää. Oireet ovat usein jatkuvia ja ruokavalion ja nesteiden saannin rajoitukset haittaavat elämää. Potilaat ovat epävarmoja selviytymisestäään ja monien on vaikea sopeutua dialyysihoido. Kaikilla ei ole mahdollisuutta munuaisensiirtoon liitännäissairauksien tai yleiskunnon takia. Siksi mahdollisuus kotidialyysiin ja hoitoon osallistumiseen on tärkeää. (Joanna Briggs Institute 2011, 1; Munuais- ja maksaliitto 2014, 10.) Kotidialyysi mahdollistaa aktiivisen perhe-elämän, sosiaalisen elämän ja työssäkäynnin, koska kotidialyysiä voi suorittaa oman aikataulun mukaan. Omatoimisuus vaikuttaa myönteisesti hyvinvointiin. Kotidialyysi antaa vapautta, mutta omatoimisuus tuo vastuun hoidon suorittamisesta ja hoito-ohjeiden noudattamisesta. (Honkanen 2014, 4; Munuais- ja maksaliitto 2014, 10; Rauta 2016a, 14-15; Dialyysi hoitona 2012.)

Suomessa oli vuoden 2016 lopussa 1 910 dialyysipotilasta. Dialyysihoidon piiriin tuli 561 uutta potilasta ja dialyysin aloitti yhä useampi. Dialyysipotilaiden määrä on kasvanut viimeisen kymmenen vuoden aikana 24 %. Väestön ikääntyessä dialyysihoidossa tulee olemaan myös entistä iäkkäämpiä potilaita.

(Suomen munuaistautirekisteri 2018, 6, 10, 12, 21, 28.) Dialyysipotilaiden määrän ennustetaan lisääntyvän, kun suuret ikäluokat vanhenevat ja munuaissairaudet lisääntyvät diabeteksen, verenpainetaudin ja lihavuden myötä (Karhapää 2015; Munuais- ja maksaliitto 2014, 8). Maamme dialyysipotilaista noin 80 % on hemodialyysissä ja 20 % peritoneaalidialyysissä. Peritoneaalidialyysin osuus on pysytellyt vuosikymmeniä samalla tasolla. Kotihemodialyysissä oli vuoden 2016 lopussa 7 % kaikista dialyysipotilaista ja sen määrä on jopa kolminkertaistunut viimeisen kymmenen vuoden aikana. Kotidialyysin osuus vaihtelee alueittain. Kahdessa sairaanhoitopiirissä kotidialyysin vallitsevuus oli 35 % ja viidessä sairaanhoitopiirissä alle 15 % vuoden 2016 lopussa. Pohjois-Karjalassa kotidialyysin osuus oli 28 % ja kotihemodialyysin osuus jopa 9 % vuoden 2016 lopussa. (Honkanen 2014, 4; Suomen munuaistautirekisteri 2018, 6, 23, 25.)

2.3 Kotihemodialyysi hoitomuotona

Potilaan soveltuvuus kotihemodialyysiin tulee arvioida poliklinikalla ja ohjata hänet sopivimpaan hoitomuotoon. Sairaalassa hemodialyysiin tottuneita potilaita ei ole helppo saada kiinnostumaan kotihemodialyysistä tai koulutuksesta omatoimiseen hoitoon. (Honkanen ym. 2004, 1429.) Kotihemodialyysissä potilas suorittaa dialyysihoidon omatoimisesti kotona sairaalassa tapahtuneen koulutusjakson jälkeen. Kotihemodialyysi on yksilöllinen ja monipuolinen dialyysimuoto. Potilas voi tehdä dialyysin itselleen sopivana ajankohtana. Viikoittaista dialyysiaikaa ja hoitojen määrää on vaikea lisätä sairaalassa rajallisten resurssien takia, vaikka se olisi suotuisaa dialyysihoidon tehon ja potilaiden ennusteen kannalta. Kotihemodialyysin fysiologisia tuloksia pidetään parempina, koska dialyysiajan lisääminen on mahdollista. (Honkanen ym. 2004, 1429-1430; Rauta 2016a, 14-15; Malmström, Roine, Heikkilä, Räsänen, Sintonen, Muroma-Karttunen & Honkanen 2008; Joanna Briggs Institute 2011, 2; Munuais- ja maksaliitto 2010, 22-29; Mitsides, Mitra & Cornelis 2016; Mowatt ym. 2003, 4-5, 26-30, 63-65, 67.)

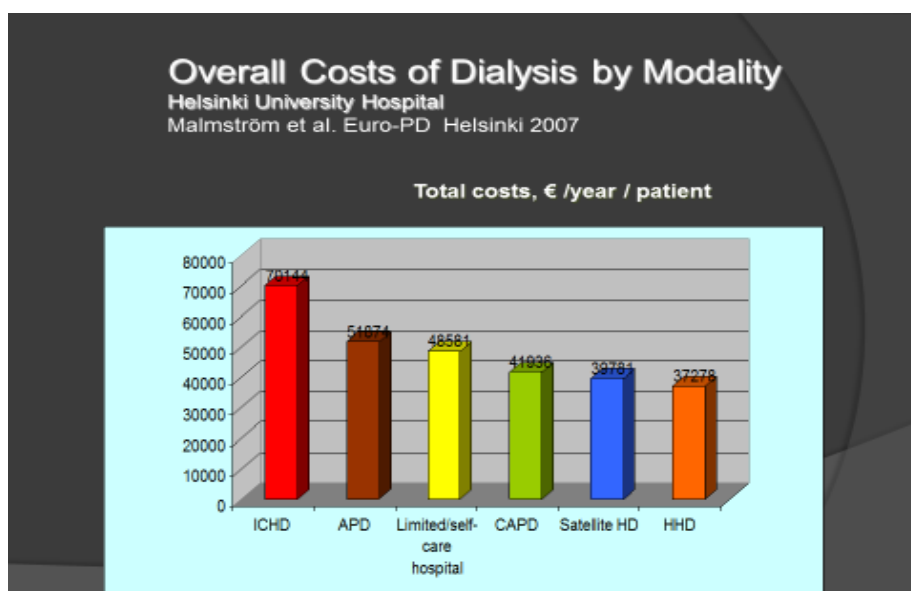
Kotihemodialyysin voi tehdä lyhyempinä jaksoina useamman kerran viikossa tai yöllä nukkuessaan. Potilaan elimistölle on parempi, mitä enemmän dialyysia saa, jolloin hoito muistuttaa mahdollisimman paljon terveen elimistön toimintaa.

(Karhapää 2015; Mowatt ym. 2003, 4-5, 67.) Jos kotihemodialyysiä suoritetaan riittävän tiheästi, potilas voi syödä ja juoda vapaammin. Hoitoaikaa lisäämällä voidaan vaikuttaa suotuisasti myös verenpaineen hallintaan ja lääkityksen keventämiseen. (Rauta 2016a, 15; Munuais- ja maksaliitto 2010, 23; Mowatt ym. 2003, 22-23, 26, 63-65.) Tiheästi suoritettava kotihemodialyysihoito on hyödyllistä muun muassa potilaan selviytymisen, sydän ja verenkiertoelimistön kuormituksen, dialyysihoidosta palautumisen ja sukupuolihormonitasapainon kannalta. (NxStage Medical 2018; Weinhandl, Liu, Gilberton, Arneson & Collins 2012.)

Tutkimusten mukaan kotihemodialyysin etuja ovat joustavuus, ajan säästäminen, voinnin paraneminen ja työelämässä pysyminen. Haitoiksi potilaat ovat kokeneet lisääntyneet kustannukset, tarvikkeiden aiheuttaman ahtauden, hoidon sitovuuden, turvattomuuden ja työmäärän lisääntymisen kotona. Perheet toivovat lisää sairaanhoitajien kotikäyntejä. Kotihemodialyysi saattaa rajoittaa myös perheen normaalia elämänrytmiä. (Sirkka 2010, 2, 20-29; Friman 2006, 2; Malmström ym. 2008.) Palmer, Manns, Craig, Ruospo, Gargano, Johnson, Hegbrant, Olsson, Fishbane & Strippoli (2013) nostivat kotihemodialyysin positiivisiksi asioiksi joustavuuden, vapauden, itsenäisyyden ja perhekeskeisyyden. Negatiivisia asioita olivat arjen häiriintyminen, perheen vastuu, turvattomuus ja epävarmuus sekä vertaistuen puute. Tiedon saanti ja kokemus koettiin tärkeäksi. Walker, Howard, Morton, Palmer, Marshall ja Tong (2015) kuvaavat vastaavia kokemuksia kotihemodialyysin eduista ja haitoista.

Laitisen mukaan (2016, 2, 22-26) nuorten aikuisten kotihemodialyysipotilaiden hoidossa jaksamisen tuen tarve on korostunut. Tutkimuksen mukaan potilaat olivat tyytyväisiä kotihemodialyysihoitoon itsenäisyyden ja ajankäytön hallinnan takia. Hoidossa jaksamisen edellytykseksi potilaat kokivat riittävän ohjauksen, puhelintuen ja tukiverkoston. Munuais- ja maksaliiton (2015, 4) valtakunnallisen kyselytutkimuksen mukaan kotihemodialyysipotilaat pitivät koulutusmateriaalia ja vertaistukea tärkeänä. Puhelinpalvelu koettiin tärkeänä ja sen tarve korostui ilta- ja viikonloppuaikaan, kun dialyysiyksiköt ovat kiinni. Potilaat toivoivat useampia sairaanhoitajan kotikäyntejä yleisen käytännön eli yhden käynnin sijaan.

Kotihemodialyysi säästää yhteiskunnan varoja. On osoitettu vakuuttavasti, että kotihemodialyysi on sairaalassa toteutettavaa hemodialyysiä edullisempaa. Yhden potilaan hemodialyysihoidon kustannukset sairaalassa taksimatkoineen ovat jopa 70 000-80 000 euroa vuodessa. Kotona tehtynä hemodialyysi on noin puolet halvempaa. (Honkanen ym. 2004, 1429-1430; Karhapää 2015; Malmström ym. 2008.) Kuvassa 5 esitetään dialyysimuotojen kokonaiskustannukset vuodessa. Nykytiedon mukaan kuva on edelleen pätevä.



Kuva 5. Dialyysihoidon kustannukset. ICHD=hemodialyysi sairaalassa, APD=automaattinen peritoneaalidialyysi, CAPD=peritoneaalidialyysi, HHD=kotihemodialyysi (Kuva: Malmström 2007).

2.4 Kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessi

Potilas valitsee kotihemodialyysin hoitomuodokseen predialyysivaiheessa tai siirtyy kotihemodialyysiin sairaalassa toteutettavasta hemodialyysistä tai peritoneaalidialyysistä. Potilaan kouluttaminen kotihemodialyysiin pyritään aloittamaan ensimmäisestä hemodialyysihoidosta lähtien. Koulutukseen kuuluu dialyysilaitteen käytön ja pistämisen eli kanyloinnin harjoittelu (kuva 6). Lisäksi potilaalle ohjataan hoidon toteutukseen, nesteenoistoon, verenpaineen hallintaan, ruokavalioon, lääkitykseen ja munuaisensiirtoon liittyvät asiat. Kotihemodialyysin sairaanhoitaja vastaa potilaan kouluttamisesta ja ohjausta tukee moniamma-

tillinen tiimi. Koulutusjakson pituus vaihtelee yksilöllisen tarpeen mukaan yhdestä kolmeen kuukauteen. Kotihoidot aloitetaan, kun potilas osaa suorittaa dialyysihoidonsa itsenäisesti (kuva 7). (Baxter 2017a; Munuais- ja maksaliitto 2010.)



Kuva 6. Potilas on laittanut kanyylit fistelin suoniin (Kuva: Munuais- ja maksaliitto 2010). Kuva 7. Kotihemodialyysihoido (Kuva: Baxter 2017b).

Kotihemodialyysilaitte vaatii potilaan kotona joitakin vesi- ja sähköasennuksia. Muutostöiden teettämisestä vastaa sairaala ja ne ovat potilaalle maksuttomia. Koulutusjakson aikana kotihemodialyysin sairaanhoitaja ja muutostöistä vastaava henkilö käyvät potilaan kotona. Tuleva hoitopaikka ja muutostöiden tarve kartoitetaan yhdessä potilaan kanssa. Dialyysilaittefirman asentaja käy asentamassa dialyysilaitteen ja hoitotarvikkeet toimitetaan potilaan kotiin. Sairaanhoitaja on mukana ensimmäisessä hemodialyysihoidossa potilaan kotona. Potilaat suorittavat dialyysihoidoa yksilöllisten hoitosuosituksen mukaisesti. Potilaat käyvät yhden tai kahden kuukauden välein laboratoriotarkastuksissa ja poliklinisella kontrollikäynnillä sairaalassa. Potilas saa apua kotihemodialyysiyksiköstä vointiin tai hoitoonsa liittyvissä asioissa. Ongelmatilanteissa potilas voi saada dialyysihoidon sairaalassa. (Baxter 2017a; Munuais- ja maksaliitto 2010.)

2.5 Kotihemodialyysipotilaan ohjaus

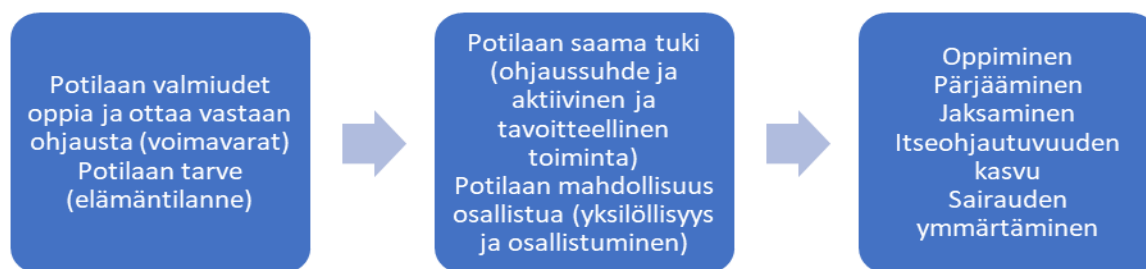
Potilasohjaus on hoitotyön auttamismenetelmä, jossa vuorovaikutuksella tuetaan potilaan toimintakykyä, omatoimisuutta ja itsenäisyyttä (Eloranta & Virkki 2011, 7). Potilasohjaus on hoitotyön ammatillista toimintaa ja osa hoitoproses-

sia. Ohjaus on suunnitelmallista ja tavoitteellista toimintaa, jossa potilasta tuetaan tiedollisesti, emotionaalisesti ja konkreettisesti. Tiedollista tukea on, että potilaalle kerrotaan sairauden ja hoidon kannalta tarpeelliset tiedot. Emotionaalista tukea on tunteiden käsittely. Konkreettisella tuella tarkoitetaan välineellistä tukea kuten hoitovälineitä tai järjestelyjä, joiden avulla potilas voi edistää hoitoon sitoutumistaan. Aikaisemmin asiantuntijuus korostui ohjauksen lähtökohtana. Nykyään asiakaslähtöisyys, asiakkaan ja ohjaajan jaettu asiantuntijuus ja vastuullisuus ovat nousseet potilasohjauksen keskeisiksi tekijöiksi. (Kyngäs & Hentinen 2009, 76-77; Eloranta & Virkki 2011, 25, 57-60.)

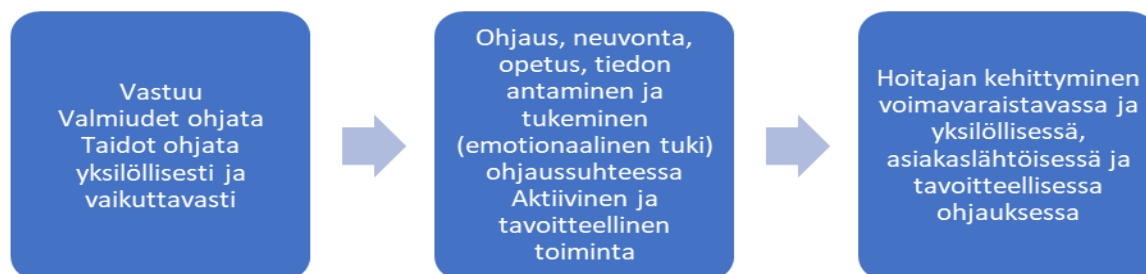
Asiakaslähtöinen ohjaus rakentuu potilaan tarpeista. Yhdessä ohjaajan kanssa potilas tunnistaa asiat, jotka vaikuttavat hänen oppimiseensa. Jaettu asiantuntijuus tarkoittaa, että potilas on oman elämänsä asiantuntija ja ohjaajalla puolestaan on asiantuntijuutta ohjattavan asiasta, ohjauksen menetelmistä ja oppimisesta. Potilas vastaa omasta oppimisestaan. Kun potilas haluaa oppia ja käyttää tietoa itsensä hoitamiseen, hän sitoutuu omaan hoitoonsa. Myös hoitajan on oltava aktiivinen ja tavoitteellinen. Hoitajalla on ammatillinen vastuu tukea potilaan valmiuksia ottaa vastuuta ja edistää potilaan valintoja. Ohjaajan vastuulla on ohjauksen suunnittelu, toteutus ja arviointi. (Kyngäs & Hentinen 2009, 77-79; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 26-27, 41; Kääriäinen 2010, 28-30; Eloranta & Virkki 2011, 8, 54-55, 59.)

Ohjaus on tiedon ja taidon yhteistä rakentamista, ohjaajan ja ohjattavan tasa-vertaista vuoropuhelua. Ohjaussuhteessa vaaditaan molemminpuolista luottamusta, aktiivisuutta, vastuullisuutta ja yhteistyötä. Ohjauksella pyritään siihen, että ohjattava ymmärtää hoidon ja palvelun merkityksen ja voi auttaa itseään. (Eloranta & Virkki 2011, 19-20, 54.) Ohjauksessa käytetään sanatonta ja sanallista viestintää. Ohjaus rakentuu kaksisuuntaisessa vuorovaikutuksessa, jossa huomioidaan potilaan ja hoitajan taustatekijät. Ohjaukseen vaikuttavat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset taustatekijät sekä muut ympäristötekijät. Ohjauksella mahdollistetaan sekä potilaan ja hoitajan oppiminen, potilaan voimaantuminen ja itseohjautuvuuden lisääntyminen sekä edistetään potilaan terveyttä. (Kyngäs ym. 2007 26-39; Kyngäs & Hentinen 2009, 79; Kääriäinen 2009, 114-117; Kääriäinen 2010, 30.) Kuviossa 1 esitetään ohjaajan ja ohjattavan prosessit.

Ohjattavan prosessi



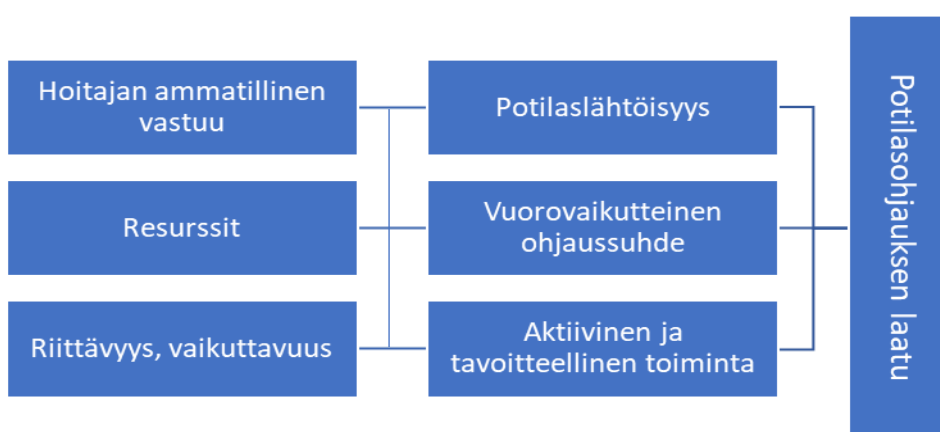
Ohjaajan prosessi



Kuvio 1. Ohjattavan ja ohjaajan prosessit sekä oppimiseen ja ohjaukseen vaikuttavat tekijät (Kaila 2014, 32; mukaellen Kääriäinen 2007, 41).

Ohjaus on noussut yhä tärkeämmäksi osa-alueeksi hoitotyössä. Hoitoajat ovat lyhentyneet, potilaat ovat aktiivisempia hakemaan tietoa ja vaativat entistä laadukkaampaa hoitoa. Se vahvistaa potilaan asemaa ja vastuuta oman hoitonsa subjektina. (Kyngäs ym. 2007, 12.) Potilaalla on lainsäädäntöön perustuva oikeus saada riittävästi tietoa omasta terveydentilastaan, hoidon merkityksestä ja eri hoitovaihtoehdoista. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.) Ohjaus edellyttää hoitohenkilöstöltä ammatillista vastuuta edistää potilaan valintoja ja turvata riittävä ohjaus (Lipponen, 2014, 13). Potilaiden ohjaaminen ja riittävä tiedon antaminen vaativat ammattitaitoista ja osaavaa henkilökuntaa ja henkilöstöresursseja. Työyksikön toiminta tulee organisoida siten, että ohjaamiseen on riittävästi aikaa. (Kääriäinen 2007, 117; Kääriäinen 2010, 30; Kaila 2014, 52; Munuais- ja maksaliitto 2014, 10.) Hoitohenkilökunnan ohjausvalmiudet, ohjauksen toteutus ja toimintamahdollisuudet ovat onnistuneen potilasohjauksen edellytys. Ohjausvalmiuksiin kuuluvat tiedot, taidot ja asenteet ja toteutukseen asiakaslähtöinen toiminta ja vuorovaikutus. Toimintamahdollisuuksia ovat ohjauksen toteuttamiseen liittyvät olosuhteet. (Lipponen 2014, 28, 70.)

Laadukas potilasohjaus on asiakaslähtöistä, voimavaraistavaa ja tavoitteellista, jolloin se on näyttöön perustuvaa ja vaikuttavaa hoitotyötä. Potilasohjauksen avulla edistetään potilaan terveyttä, elämänlaatua, turvallisuuden tunnetta ja tyytyväisyyttä hoitoon. Riittävällä potilasohjauksella voidaan vähentää tai poistaa turhia kontakteja sairaalaan ja säästää hoitajien työaika. Potilasohjauksen kehittämiseen ja ohjausosaamisen johtamiseen tulee panostaa. Hoitotyön johtajien tulee varmistaa resurssit potilasohjaukseen ja työntekijöiden osaaminen sekä näyttöön perustuvat potilasohjausmenetelmät. (Kaila 2014, 13-14.) Kuviossa 2 esitetään potilasohjaukseen laatuun vaikuttavat tekijät.



Kuvio 2. Potilasohjauksen laatumalli (mukaellen Kääriäinen 2010, 27; mukaelen Kääriäinen 2007, 117.)

Potilaan elämänhallintaa tukevaa terveydenhoitoa on linjattu kansainvälisesti Euroopan unionin ja maailman terveysjärjestön WHO:n ohjelmissa. Ne täydentävät kansallista terveyspolitiikkaa, jota edustaa muun muassa Terveys 2015-kansanterveysohjelma. (Eloranta, Gröndahl, Engblom & Leino-Kilpi 2014, 5.) Ohjaus kuuluu potilaan elämänhallintaa tukevaan hoitoon. Dialyysihoito on potilaalle kokonaisvaltainen ja laajaa tietämystä vaativa hoito. Ohjauksella voidaan vahvistaa potilaan voimavaroja. Ohjausta tulee antaa dialyysihoidon lisäksi arjessa selviytymisestä, koska dialyysihoito aiheuttaa muutoksia elämän eri osaluilla. (Eloranta ym. 2014, 5, 7-9; Tolvanen 2010, 35-42.) Predialyysivaiheen ohjaus tukee potilaan sopeutumista ja luottamuksen syntymistä. Ohjauksella vähennetään epävarmuutta ja pelkoa sairautta tai kotihemodialyysiä kohtaan. (Walker ym. 2015.) Predialyysivaiheen ohjausta annetaan vastaanotolla. Lisäksi

hoitomuodon valinnasta voidaan antaa yksilö- tai ryhmäohjausta. Ryhmäohjaukseen osallistuu yleensä moniammatillinen tiimi. (Hyväri 2008, 68-70).

Dialyysihoitomuodon valinnassa potilaalla on oikeus ja velvollisuus osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Hoitomuodon valinnassa suositetaan jaettava päätöksentekoa. Ohjaamisella autetaan potilasta kohti yhteistä päätöstä, sopivaa hoitomuotoa. Potilaalle tulee kertoa eri hoitomuodoista tyhjentävästi, hoidon toteutuksesta, eduista, haitoista ja vaikutuksista muuhun elämään. Potilaan tulee pohtia mitkä asiat ovat tärkeitä ja millaisia voimavaroja hänellä on. Päätöksenteon tukena on hyvä käyttää kirjallista materiaalia. (Mäkelä 2016; Muroma-Karttunen 2018.) Munuais- ja maksaliiton (2015, 2, 3, 7) kyselytutkimuksen mukaan dialyysipotilaat pitivät erittäin tärkeänä tiedonsaantia sairaudestaan ja hoitovaihtoehtoistaan. Mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitomuotoon koettiin tärkeäksi, samoin asiantuntijoiden osallistuminen päätöksentekoon. Tieto lisäsi turvallisuuden tunnetta ja luottamusta asiantuntijoihin. Noin puolet dialyysipotilaista koki saaneensa riittävästi tietoa hoitomuodoista. Ryhmäohjaukseen oli osallistunut alle puolet, eikä kaikissa sairaaloissa ryhmäohjausta järjestetty.

Sosiaalisen elämän huomioiminen on dialyysipotilaille tärkeää. Dialyysihoito koskettaa koko perhettä, etenkin kotihemodialyysissä. Potilaat ja omaiset kaipaavat tietoa läheisten osallistumisesta ja potilaan tukemisesta. Samassa tilanteessa olevien potilaiden kohtaaminen ja kokemusten vaihto koetaan tärkeäksi. Vertaistuki ja potilasjärjestöjen toimintaan osallistuminen voi auttaa potilaita ja heidän läheisiään hoitomuodon valinnassa, hoitoon sopeutumisessa ja jaksamisessa. (Eloranta ym. 2014, 5, 7-9; Sirkka 2010, 30-34; Tolvanen 2010, 35-42.) Sirkkan (2010, 2, 30-34, 42-43) tutkimuksen mukaan asiakaslähtöinen ja perheen tarpeita vastaava ohjaus koettiin tärkeäksi. Potilaat olivat tyytyväisiä kotihemodialyysihoidon ohjaamiseen ja henkilökunnan ammattitaitoon. Voimavaroja tukevaa ohjausta, perheen huomioimista ja vertaistukea kaivattiin enemmän.

Potilaan tarpeista lähtevä yksilöllinen ohjaus ja omatoimisuuden tukeminen edistävät dialyysipotilaan itsehoitovalmiuksia. Ohjaus lisää potilaan vastuuta, mutta auttaa dialyysihoitoon sitoutumisessa ja omiin kykyihin luottamisessa. Aktiivinen itsehoito ehkäisee myös lisäsairauksien syntymistä. (Eloranta ym. 2014,

5, 9; Munuais- ja maksaliitto, 2014, 5, 10; Karhapää 2015.) Kotihemodialyysissä riittävä ohjaus ja hoitoon sitoutuminen on kotihemodialyysin onnistumisen edellytys. (Honkanen ym. 2004; Honkanen & Rauta 2008; Karhapää 2015.)

3 Asiakslähtöisyys terveydenhuollossa

3.1 Asiakslähtöisyyden käsite

Asiakkaan tai potilaan toiveet ja tarpeet ovat asiakslähtöisen hoitotyön perusta. Asiakslähtöisessä toiminnassa korostetaan asiakkaan etua, joustavaa ja yksilöllistä hoitoa. Potilaalla tulee olla mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua hoitoonsa. Toimiva vuorovaikutus potilaan ja hoitotyöntekijän välillä on edellytys asiakslähtöiselle toiminnalle. Potilasta pidetään ainutlaatuisena ja oman elämänsä asiantuntijana. Hän on aktiivinen, vastuullinen ja tasa-arvoinen osallistuja. Asiakslähtöinen toiminta suunnitellaan asiakkaan tarpeista lähtien, ei työntekijöiden tai organisaation lähtökohdista. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2010, 68-70; Laaksonen & Ollila 2017, 44-46.) Palvelut järjestetään asiakkaalle mahdollisimman toimiviksi. Se edellyttää asiakasymmärrystä, asiakkaan ja organisaation välistä vuoropuhelua. Asiakas osallistuu palveluihin aktiivisena toimijana eikä passiivisena vastaanottajana. Oman elämänsä asiantuntemus tekee asiakkaasta tasavertaisen kumppanin toimiessaan palveluprosessissa asiantuntijoiden kanssa. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 18-19.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuus perustuu oikeudelliseen sääntelyyn, ja asiakslähtöisyys on kirjattu useisiin sosiaali- ja terveystalouden ohjelmiin ja suosituksiin (Virtanen ym. 2011, 16). Hoitohenkilöstöllä on velvollisuus kertoa potilaalle selkeästi ja ymmärrettävästi hänen terveydentilastaan, hoidostaan, hoitovaihtoehtoistaan ja niiden vaikutuksista, jotta potilas voi osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 5.§). Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas ei pysty päättämään hoidostaan, on potilasta hoidettava hänen etunsa mukaisella tavalla. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 6.§.) Sosiaali- ja

terveysministeriön (2011, 11) mukaan asiakkaille tulee antaa ajantasaista ja puolueetonta tietoa hoitovaihtoehtoista ja palveluista. Asiakkaan mahdollisuudet kantaa vastuuta omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan kasvavat.

Asiakaslähtöisessä hoitotyössä hoitohenkilökunta toimii valmentajana, antaa tietoa ja tukee potilaan valintoja ja vastuun ottamista. Asiakkaan toiveiden ja tarpeiden selvittämiseksi tulee kysyä asiakkaan mielipidettä ja kuunnella heitä. (Laaksonen & Ollila 2017, 44-46; Koivuniemi, Holmberg-Marttila, Hirsso & Mattemäki 2014, 172-173.) Vuorovaikutuksen osaaminen, ammattitaito, prosessien ja johtamisen suunnittelu korostuvat asiakaslähtöisessä hoitotyössä. Vuorovaikutuksen avulla henkilökunta tukee potilasta käyttämään voimavarojaan sairautteen sopeutumiseen, hoitoon sitoutumiseen, osallistumiseen ja hyvinvointinsa edistämiseen. (Koivuniemi ym. 2014, 133, 136; Virtanen ym. 2011, 29.)

Ihmisten tarpeet ovat yksilöllisiä ja sitä vaaditaan myös tuotteilta ja palveluilta Siun sotessa. Hyvinvoinnin tarpeita ovat osallisuus, sosiaalinen pääoma, turvallisuus ja mahdollisuus vaikuttaa. Asiakaslähtöisyys on yksi Siun soten strategisista arvoista. (Siun sote 2016.) Palveluiden kehittämisessä asiakaslähtöisyys on korostunut sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamistarpeiden myötä 2000-luvulla. Asiakaslähtöisellä toiminnalla voidaan parantaa hoidon vaikuttavuutta, tehokkuutta ja tuottavuutta sekä lisätä asiakkaiden ja työntekijöiden tyytyväisyyttä. Palveluilta vaaditaan syvällisempää kykyä vastata asiakkaiden kasvaviin ja moninaistuviin tarpeisiin. (Virtanen ym. 2011, 8-9; Koivuniemi ym. 2014, 168; Laaksonen & Ollila 2017, 44, 47; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 4, 11.)

3.2 Asiakkaan osallistuminen ja osallisuus

Osallistuminen lisää potilaan kokemusta elämän hallinnastaan ja selviytymisestäään. Potilaat odottavat, että he voivat osallistua omaan hoitoonsa ja hoitohenkilökunta tukee heidän osallistumistaan. Osallistumisella voidaan parantaa hoidon laatua. Asiakaslähtöisen hoitotyön katsotaan pohjautuvan yksilövastuiseen hoitotyöhön. Yksilövastuisessa hoitotyössä potilaan ja omahoitajan välillä on luottamuksellinen yhteistyösuhde, jossa toimitaan kokonaisvaltaisesti, yksilöllisesti

ja tavoitteellisesti potilaan parhaaksi. Toiminnan laatu varmistetaan toimivalla vuorovaikutuksella. (Laaksonen & Ollila 2017, 44-48; Laitinen 2008, 120-122.) Osallistuminen tarkoittaa asiakkaan näkemistä resurssina, toimijana ja kumppanina, eikä vain palvelun vastaanottajana. Osallistuminen vaatii vuorovaikutusta ja palvelun muokkaamista onnistuneen palvelukokemuksen saavuttamiseksi. Onnistuneessa asiakaslähtöisessä palvelutapahtumassa tarvitaan asiantuntijan ammatillista osaamista ja asiakkaan oman elämänsä tuntemusta ja voimavaroja. Asiakkaan osallistuminen voi olla osallistumista palveluprosessiin tai osallistumista prosessin kehittämiseen. (Virtanen ym. 2011, 29.)

Asiakkaan osallisuus on asiakkaan itsemääräämistä, itsehoitoa tai vaikuttamista omaan hoitoonsa. Osallisuudella tarkoitetaan myös asiakkaan osallistumista hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Lisäksi siihen liitetään hoitosuhteen laatu, yhdenvertaisuus ja kumppanuus hoitosuhteessa. Asiakkaan osallisuudella saadaan esiin arvokasta tietoa asiakkaan parhaaksi. Osallisuudella parannetaan hoitoon sitoutumista ja vastuun ottamista asiakkaan omasta hyvinvoinnistaan. (Sarajärvi, 2011, 71-72.) Asiakkaan suhde asiantuntijoihin, asenteet, tiedon prosessointikyky ja sosiaalinen tuki määrittävät asiakkaan osallisuuden lähtökohdat. Osallisuutta voi olla eri tasoilla. Perinteisesti asiakas on palveluiden kohteena ja voi antaa palautetta saamastaan palvelusta. Uusimman lähestymistavan mukaan asiakkaan osallisuus laajenee palveluiden ja hoidon kehittämiseen, jossa asiakkaat ovat asiantuntijoita tai jopa johtavat kehitystä. (Koivuniemi 2014, 169-170; Laaksonen & Ollila 2017, 53.)

Vaikka asiakkaan tarpeet ohjaavat palveluiden kehittämistä, asiakkaat eivät välttämättä kykene vaikuttamaan lopulliseen palvelujen toteutumiseen. Parhaassa asiakaslähtöisessä kehittämisessä asiakasymmärrystä tulisi syventää osallistamalla asiakkaita kehittämisprosessin aikana. Käytännössä asiakkaiden osallistuminen kehittämiseen nähdään haasteellisena. Asiakkaiden kriittisyys uusia toimintoja kohtaan on todettu rajoittavaksi, omien valintojen ennustaminen vaikeaksi ja käyttäjien edustavuus ongelmaksi, koska palveluiden tulee tyydyttää erilaisia asiakkaita. Asiakkaiden osallistumisen edellytykseksi vaaditaan kokemusta ja pitkää kehittämisprosessia, jossa asiakkaat voivat kokeilla palveluja ja kokemuksista syntynyttä tietoa kerätään kehittämisen tueksi. (Virtanen ym.

2011, 36-39.) Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaslähtöisessä kehittämisessä tärkeimmäksi lähtökohdaksi katsotaan asiakaslähtöisen vuorovaikutuksellisuuden, joustavuuden ja kustannustehokkuuden lisääminen. Palveluita tulee pyrkiä kohdentamaan ja yksilöllistämään. Näin saavutetaan asiakaslähtöisempiä palveluja sekä lisätään tuottavuutta ja tehokkuutta. (Virtanen ym. 2011, 36-39.)

3.3 Asiakkuuksien johtaminen

Hoitotyön johtaja vastaa asiakkuuksista, henkilöstöstä, prosesseista, kehittämisestä, muutoksen johtamisesta ja taloudesta. Asiakkuuksien johtamiseen kuuluu moniammatillisen yhteistyön ja toiminnan varmistaminen. (Laitinen 2008, 118.) Asiakkaan arvon tuotannon lisääminen, asiakkuuksien suunnittelu ja koordinointi jatkuvasti muuttuvissa tarpeissa ovat asiakkuuksien johtamista. Erilaisilla palvelumalleilla vastataan asiakkaiden erilaisiin tarpeisiin. Asiakkuuksien johtamisella koordinoidaan ja ohjataan toimintoja yli palvelumallien rajojen. Tavoitteena on säädellä erilaisiin asiakkuuksiin investoitavien resurssien käyttöä. (Koivuniemi & Simonen 2011, 98, 135-136.) Asiantuntijoiden osaamista välitetään asiakkuuksien johtamisella asiakkaan hyödyksi. Johtamisessa hyödynnetään myös asiakkaiden voimavarat. Lähtökohtana on asiakkaan kohtaaminen. Vuorovaikutuksen avulla asiakas voi tuottaa itselleen terveyttä ja toimintakykyä hoitohenkilökunnan asiantuntijuutta hyödyntämällä. Asiakkuuksien johtamisella ohjataan asiakasta eri toimintojen ja palvelujen välillä, hallitaan asiakkaan kokonaisprosessia sekä varmistetaan prosessien sujuvuus ja vaikuttavuus. (Koivuniemi ym. 2014, 124-132; Storbacka & Lehtinen 2006, 61, 114-116, 138-139.)

Asiakkuuksien johtamisella parannetaan asiakkaiden sitoutumista organisaatioon. Asiakkaan tietoja hyödyntämällä voidaan kehittää organisaation osaamista. Johtamisella pidetään yllä asiakkuuksia ja asiakkuuksien hoitamiseen vaadittavaa osaamista kehitetään tai vaihdetaan tarpeen mukaan. Toimintaa voidaan tehostaa ja hoitoprosesseja sujuvoittaa asiakkaan parhaaksi. Asiakkuuksien johtamisen toimintoja ovat henkilöstösuunnittelu sekä työn ja prosessien suunnittelu ja koordinointi. Näillä toiminnoilla luodaan edellytykset sille, että prosessit tuottavat asiakkaiden tarpeisiin suunniteltuja toimintoja. Koordinoinnilla ja tiedon

hallinnalla huolehditaan asiakkuuksien syntymisestä ja sitoutumisesta. Asiakkuuksien johtamisella pyritään välittämään osaaminen parhaalla mahdollisella tavalla asiakkaiden prosesseihin. Arvoa pyritään nostamaan kehittämällä asiakkaiden prosesseja. (Storbacka & Lehtinen 2006, 61, 114-116, 138-139, 143.)

Asiakaslähtöistä kehittämistä tapahtuu työn organisoinnilla ja toimintatapojen kehittämällä. Johtamisen rooli korostuu ja siinä tarvitaan henkilöstöjohtamisen taitoja. Huomiota tulee kiinnittää palveluprosessien parantamiseen. Henkilökunnalle tulee luoda tilanteita, jossa työn asiakaslähtöistä kehittämistä voi tapahtua. Johtamisen näkökulmasta tiedonhallinta ja tiedon pohjalta tehdyt kehittämistoimenpiteet korostuvat ja tietoa tulee käyttää päätöksenteon tukena. Palveluprosessien kokonaisuuksien huomioiminen ja strategian jalkauttaminen palveluprosesseihin on johtamisessa tärkeää. Asiakkuuksien johtamiseen kuuluu tiedon ja asiakasymmärryksen kerääminen sekä asiakastarpeen määrittely, kuten erilaisten mittareiden käyttö ja asiakaspalautte. Esimiehet vastaavat asiakaslähtöisten prosessien suunnittelusta ja tuottamisesta, strategian toteuttamisesta, resursien kohdentamisesta ja toiminnan arvioinnista. (Virtanen ym. 2011, 51.)

Organisaation johto ja esimiehet ovat tärkeässä asemassa asiakaslähtöisyyden esiin tuomisessa. Johdon ja esimiesten tulee osoittaa asiakaslähtöisyyteen sitoutuminen ja korostaa jatkuvasti hyvää palvelua ja sen merkitystä. Esimiehen on kerättävä aktiivisesti asiakaspalautetta, rohkaistava henkilöstöä hankkimaan palautetta, kehitettävä henkilöstön osaamista hyvän palvelun tuottamiseksi ja palkittava onnistumisesta asiakaspalvelussa. Toimintamallien ja prosessien kehittämisen tavoitteena on tuottaa enemmän lisäarvoa asiakkaille, parantaa hoidon laatua, tehokkuutta ja asiakastyytyvyyttä. Asiakkuuksia johtamalla tuotetaan oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan, oikealle asiakkaalle. Johtamisella sitoutetaan työntekijät toimimaan yhdessä yhteisen päämäärän saavuttamiseksi eli asiakkaan parhaaksi. (Laaksonen & Ollila 2017, 47, 122.)

4 Hoitoprosessien kehittäminen ja johtaminen

4.1 Hoitoketju ja hoitoprosessi

Asiakaslähtöinen palveluketju on asiakkaan tarpeista lähtevä sosiaali- ja terveyspalveluista muodostuva kokonaisuus. Palveluketju voi muodostua useiden eri sosiaali- ja terveyspalvelujen toimijoiden, organisaatioiden ja asiantuntijoiden palveluista, joka kokoaa yhteen eri palvelut ja palvelun tuottajat. Terveystieteiden hoitoketjulla tarkoitetaan puolestaan asiakkaan tiettyyn terveydelliseen tarpeeseen kohdistuvia terveydenhuollon hoitotoimia. Terveystieteiden hoitoketju on suunnitelmallisesti ja yksilöllisesti toteutuva hoitoprosessien kokonaisuus. Hoitoprosessi on suunnitelmallinen tapahtumasarja, joka koostuu asiakkaan tiettyyn terveydelliseen tarpeeseen kohdistuvista hoitotapahtumista. Hoitoprosessit ovat organisaatiokohtaisia. (Laaksonen & Ollila 2017, 131; Vuokko, Mäkelä, Komulainen & Meriläinen 2011, 27; Silvennoinen-Nuora 2010, 91-92; Sinkkonen, Taskinen & Rissanen 2015, 121-123.)

Terveystieteiden prosessi kuvaa asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välistä suhdetta ja siinä tapahtuvia toimintoja. Terveystieteiden hoitoprosessilla tarkoitetaan toimintoja, jotka kuuluvat potilaan hoidon kokonaisuuteen. Hoitoprosessiin kuuluvat tulotilanteen arviointi, hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi. Hoitoprosessin vaiheet kuvataan asiakaslähtöisessä lähestymistavassa potilaan näkökulmasta. Prosessi rakennetaan kaikille yksilöllisesti ja hoitoketjun sisällä asiakkaan kulkema polku voi vaihdella. Eri vaiheiden sisällä voi olla osaprosesseja tai ammattikohtaisia prosesseja. Hoitoprosessi on jatkumo hoidon suunnittelusta sen arviointiin ja tarvittaessa uuden hoidon suunnitteluun. Hoitoprosessiin kuuluu jatkuvaa ongelmanratkaisua ja päätöksentekoa. (Koivuniemi & Simonen 2011, 38-42; Vuokko ym. 2011, 27-34.)

Hoitohenkilökunnan ja asiakkaan välillä tapahtuva jatkuva vuorovaikutus on toimivan ja asiakaslähtöisen hoitoprosessin lähtökohta. Vuorovaikutuksella voidaan vaikuttaa hoidon tuloksellisuuteen ja vaikuttavuuteen. (Koivuniemi & Simonen 2011, 38-42.) Terveystieteiden prosessien avulla voidaan tukea ja to-

teuttaa potilaan hyvää hoitoa. Prosessin tulee mahdollistaa potilaan osallistuminen oman hoitonsa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Prosessin tulee tukea potilasturvallisuutta, hoidon jatkuvuutta ja potilaan oikeuksia sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeusturvaa. (Vuokko ym. 2011, 34.)

Prosessi voidaan määritellä sarjaksi yhteen kuuluvia toimintoja, jotka tuottavat halutun lopputuloksen. Prosesseja kuvataan ja kehitetään prosessien laadunvarmistamiseksi, ja toiminnan ohjaamiseksi ja parantamiseksi. Palveluketjujen sujuvuuteen vaikuttaa prosessien sujuvuus. (Laaksonen & Ollila 2017, 88, 94.) Hoitoketjun tai hoitoprosessikuvauksen avulla luodaan toimintamalleja, joiden lähtökohtana on hoidon tarpeessa oleva asiakas. (Koivuniemi & Simonen 2011, 23; Koivuniemi ym. 2014, 151.) Hoitoketjun tai hoitoprosessin kuvauksella voidaan huomioida erilaisia asiakkuuksia, hoitaa asiakasta suunnitelmallisesti, kokonaisvaltaisesti ja oikea-aikaisesti. Prosessikuvausten avulla voidaan lisätä asiakaslähtöisyyttä, tiedonkulkua ja yhteistyötä organisaatioiden ja eri asiantuntijoiden välillä sekä kerätä palvelut yhteen asiakkaiden ja ammattilaisten löydettäväksi ja uudistaa palveluja. Perinteisesti hoitoketjut on määritelty lääketieteellisistä tarpeista. Uudenlainen hoitoketju rakentuu asiakkaan prosessista, joka määrittää terveydenhuollon tavoitteet ja palvelut. Asiakkaan voimavarat yhdistetään terveydenhuollon palveluihin. (Koivuniemi ym. 2014, 151.)

Karlstedt (2014, 19-20, 43, 46-47) on kehittänyt potilaslähtöisen hoitoprosessimallin Salon aluesairaalan hemodialyysiosastolle. Mallin avulla oli tarkoitus kehittää hemodialyysipotilaiden hoitoa potilaslähtöistä omahoitoa lisäämällä. Omahoitoa tukevassa hoitoprosessiajattelussa potilas osallistuu hoitohenkilöstön kanssa hoidon suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Omahoidossa potilas ottaa vastuuta hoidostaan ja hoitajan rooli muuttuu. Yksilöllinen, potilaslähtöinen hoito ja potilaan osallistuminen lisäsivät tyytyväisyyttä hoitoon. Hoitoprosessimallin kehittäminen vaati yhteistyötä hoitoon osallistuvilta tahoilta. Henkilökunta koki potilaslähtöisen omahoidon kehittämisen tarpeelliseksi ja prosessimallista tuli käyttökelpoinen työväline hemodialyysiosastolle.

4.2 Näyttöön perustuva toiminta ja johtaminen

Hoitotyön tulee perustua parhaaseen ja ajantasaiseen tietoon. Hoitotyön kehittäminen pohjautuu näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Näyttöön perustuvassa hoitotyössä yhdistyvät tieteellinen tutkimusnäyttö, hoitotyöntekijöiden hyväksi havaitut toimintatavat eli kokemustieto ja potilaan tietoon ja kokemukseen sekä resursseihin pohjautuva tieto. Näytöllä tarkoitetaan tutkimusnäyttöä, asiantuntijatietoa tai organisaation toiminnasta saatua seurantatietoa. Näytön lisäksi tarvitaan olosuhteisiin liittyvää tietoa, kuten toimintaympäristöä ja saatavilla olevia voimavaroja. (Sarajärvi ym. 2011, 9, 12; Holopainen, Junntila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 15-16; Laaksonen & Ollila 2017, 68-72.)

Hoitotyön toimintamallien, hoitoprosessien ja hyvien hoitokäytäntöjen kehittämistä tehdään hoidon laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi. Näyttöön perustuvia ja yhtenäisiä käytäntöjä kehittämällä voidaan parantaa asiakkaan hoidon vaikuttavuutta, lisätä toiminnan tehokkuutta ja hoitohenkilökunnan osaamista. Hoitotyön toimintamallien avulla yhdenmukaistetaan potilaan hoitoa ja hoitotyön käytäntöjä. Yhtenäisten käytäntöjen kehittämiseen tarvitaan moniammatillista yhteistyötä potilaan hoidon kokonaisuuden huomioimiseksi. Toimintamallit ohjaavat hoitotyön päätöksentekoa, vähentävät työyhteisön sisäisten ristiriitojen esiintymistä ja edistävät tavoitteiden saavuttamista. Toimintamalli on mukautettava kuhunkin työyhteisöön sopivaksi. (Sarajärvi ym. 2011, 113, 120; Holopainen ym. 2013, 24-26; Laaksonen & Ollila 2017, 68-72.)

Näyttöön perustuvan hoitotyön tavoitteena on tuottaa parasta mahdollista ja vaikuttavaa hoitoa. Näyttöön perustuvassa hoitotyössä käytetään parasta ja ajantasaista tietoa harkitusti asiakkaan terveyden edistämiseen, hoitoon ja hänen läheistensä huomioimiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 53; Holopainen ym. 2013, 19; Barker 2010, 12.) Parhaalla tiedolla tarkoitetaan uusinta tutkimustietoa hoidon päätöksenteon tukena. Harkittua tietoa on, että tutkimustiedon lisäksi huomioidaan potilaalta ja hänen läheisiltään saatava tieto, heidän toiveensa ja käytettävissä olevat resurssit. Ne lisätään hoitotyöntekijän kokemukseen ja asiantuntijuuteen parhaan mahdollisen hoidon saavuttamiseksi. Hoitotyöntekijä yhdistää asiakaslähtöisyyden ja tutkimustiedon yksilölliseksi rat-

kaisuksi potilaan hoidossa. (Holopainen ym. 2013, 19; Sarajärvi ym. 2011, 70.) Terveystieteidenhuoltolaissa (1326/2010) näyttöön perustuva toiminta on yksi terveydenhuollon toiminnan tehokkuuden, laadun ja potilasturvallisuuden tavoite. Näyttöön perustuvan toiminnan tavoitteena on käyttää vaikuttaviksi tunnistettuja menetelmiä potilaiden hoidon tarpeeseen vastattaessa. Johtamisella voidaan yhtenäistää potilaiden hoitoa, eri yksiköiden toimintatapoja ja koulutusta sekä lisätä toiminnan tehokkuutta, vaikuttavuutta ja henkilöstön osaamista. Julkisen sektorin laatustrategiassa korostuvat asiakaslähtöisyys, asiakkaan osallisuus ja palveluiden kehittäminen näyttöön perustuen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 53-54; Sarajärvi ym. 2011, 70, 113; Holopainen 2013, 38-39.)

Hoitotyön johtajilla on merkittävä rooli näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä (Holopainen ym. 2013, 39). Näyttöön perustuva toiminnan kehittäminen edellyttää johtajilta ja hoitotyöntekijöiltä alan kehityksen seuraamista, tiedon hyödyntämistä ja päätöksenteon osaamista. Toimintojen kehittämiseksi on kyseenalaistettava totuttuja toimintatapoja ja etsittävä tietoa niiden kehittämiseksi. Päätöksenteon tueksi on haettava tietoa vaikuttavista menetelmistä ja sovellettava tietoa omaan toimintaan. Johtajien tulee varmistaa henkilöstön osaaminen sekä moniammatillisen ja verkostojen välisen yhteistyön edellytykset. Asiakaslähtöisellä hoidon vaikutusten arvioinnilla voidaan lisätä käytännön kokemusta ja vahvistaa asiantuntemusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 54, 58.)

Hoitotyön johtajat vastaavat tutkimustiedon ja asiantuntijakokemuksen integroimisesta työyhteisöön ja parhaiden mahdollisten käytäntöjen ja toimintamallien käyttöönotosta. Johtajat vastaavat hoidon tarkoituksenmukaisuudesta ja kustannusvaikuttavuuden analysoinnista. Toiminnan kehittämisessä ja uudistamisessa tärkeää on resurssien kohdentaminen tehokkaasti. (Rissanen & Lammin-takanen 2015, 34.) Johtajan tulee luoda näyttöön perustuvaa toimintaa tukeva ympäristö, jossa työntekijät ottavat vastuuta hoidon kehittämisestä. Työyhteisön toimintakulttuurin tulee motivoida työntekijää kehittämään omaa tietoperustaan- sa ja hyödyntämään sitä hoitotyössä. Näyttöön perustuvaa toimintaa tukevassa työyhteisössä työntekijän osaamista arvostetaan ja jaetaan sekä hyödynnetään eri asiantuntijuuksia toiminnan kehittämiseksi. (Holopainen ym. 2013, 47; Korhonen, Holopainen, Kejonen, Meretoja, Eriksson & Korhonen 2015, 44, 49.)

Kehittämisen lähtökohtana on uusi tutkimustieto tai hoitomenetelmä ja tarve uudistaa toimintaa vastaamaan paremmin potilaiden tarpeisiin. Johtaja mahdollistaa näyttöön perustuvan tiedon käyttämisen, vastaa kehittävästä ilmapiiristä, resursseista, henkilöstön osaamisesta, koulutuksesta ja töiden organisoinnista. Johtajalta vaaditaan muutosprosessien johtamisosaamista ja hyvää tiedottamista. Työntekijät tulee motivoida osallistumaan ja sitoutumaan osaamisensa kehittämiseen, mikä on välttämätöntä uuden toimintamallin kehittämisessä ja juurtamisessa käyttöön. (Holopainen ym. 2013, 79-80; Laaksonen & Ollila 2017, 69-72; Korhonen ym. 2015, 44, 49.) Terveystieteiden palveluja ja tuottavuutta voidaan parantaa hyvällä johtamisella. Näyttöön perustuvan toiminnan johtaminen vaatii tieteellistä tietoa toiminnan tueksi. Hoitotyön johtajan tulee hyödyntää tietoa työyksikön toiminnan kehittämisessä ja johtamistoiminnassaan. Henkilöstöä tulee rohkaista ja tukea tutustumaan hoitotyön tutkimukseen ja käyttämään tutkittua tietoa hoitotyön ja sen kehittämisen tukena. (Ruotsalaisen 2011, 2.)

Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisen ja johtamisen osa-alueita ovat henkilöstön tukeminen, organisaation ilmapiirin kehittäminen sekä rakenteiden ja prosessien kehittäminen. Näyttöön perustuvassa johtamisessa korostuu tiedolla johtaminen. Esimiehellä tulee olla käytössään toiminnan seurantajärjestelmät ja mahdollisuus tiedon saamiseen vaikuttavista johtamisjärjestelmistä ja hoitotyön käytännöistä. Määrätietoinen johtaminen on oikean ja oleellisen tiedon keräämistä, analysointia ja hyödyntämistä. Tiedolla ja näyttöön perustuvalla johtamisella voidaan lisätä terveydenhuollon tuottavuutta ja vaikuttavuutta sekä turvata asiakaslähtöinen, yksilöllinen hoito ja potilaan oikeudet. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2009, 32-33; Sarajärvi ym. 2011, 91.)

Esimies on johtamisen asiantuntija. Johtamisen osaaminen ja päätöksenteko perustuvat ajantasaiseen ja tutkittuun tietoon, vankkaan kokemukseen ja johtamiskoulutukseen. Esimieheltä edellytetään valmiuksia tiedonhankintaan ja tiedon soveltamiseen, osaamista johtamaltaan hoitotyön alueelta sekä tutkimus- ja kehittämisosaamista. Näyttöön perustuvassa johtamisessa esimieheltä vaaditaan kykyä muutosten johtamiseen, kehittämisprojektien koordinointiin, moniammatillisen tiimityön johtamiseen ja asiantuntijuuksien kehittämiseen. Näyttöön perustuvan hoitotyön johtamisessa hyödynnetään työntekijöiden hiljaista

tietoa. Tutkimustiedon käyttöä tukevan koulutuksen mahdollistaminen ja tiedon käyttöä edistävien toimintatapojen organisointi kuuluvat johtamiseen. Esimies vastaa resurssien kohdentamisesta, mahdollistaa toiminnan kehittämisen, ohjaa muutos- ja kehittämisprosesseja sekä vahvistaa ja tukee työntekijöiden osaamista ja asiantuntijuutta. (Sarajärvi ym. 2011, 93-94, 97-98.)

Näyttöön perustuvan hoitotyön johtamisen haasteena on muutos. Parhaan ja ajantasaisen tiedon tuominen ei riitä, vaan muutosta on johdettava tiedon käyttämiseksi. Näyttöön perustuvan tiedon hyödyntämiseksi esimiehen tulee osoittaa, että nykyisessä toimintatavassa on puutteita, näyttää visio paremmasta ja johtaa muutoksen toteuttaminen. Hyödyn, vision ja muutosprosessin tulee voittaa muutoksen vastarinta. Työntekijöitä tulee tukea uuden tiedon käyttöön otossa. Esimies voi perustella näyttöön perustuvan tiedon käyttöä omalla toiminnallaan. Tiedon käyttöönotto ja toimintatapojen muuttaminen vaatii aikaa, ponnisteluja ja henkilökunnan motivoimista. Muutoksen hyödyt näkyvät työntekijöiden lisäksi asiakkaille. Myös näyttöön perustuvan toiminnan ylläpitäminen vaatii selkeää strategiaa ja tavoitteellista toimintaa. (Barker 2010, 107-119.)

4.3 Hoitoprosessien kehittäminen

Hoitoprosessien kehittämisen tavoitteena on nykyisten resurssien käyttäminen tehokkaammin. Tarkoitus on ymmärtää prosesseja paremmin ja järjestellä uudelleen toimintoja. Asiakslähtöisessä toiminnassa prosessien kehittämisellä autetaan asiakasta järkevöittämään omaa hoitoprosessiaan. (Koivuniemi & Simonen 2011, 115-116.) Asiakkaiden tarpeisiin vastaaminen, henkilöstöresurssit, osaaminen ja strateginen johtaminen ovat edellytyksiä hoitoprosessien kehittämiseksi. Terveystieteiden palveluissa olennaista on prosessien sujuvuus. Prosessien kehittämisessä huomioidaan palveluiden laatu, tuottavuus, tehokkuus ja taloudellisuus. Tehokkuus sisältää taloudellisuuden ja tuottavuuden lisäksi prosessien toimivuuden. Tuottavuus määritellään tuotannon ja sen vaatimien resurssien väliseksi suhteeksi. Tavoitteena on laadun parantaminen mahdollisimman pienillä resursseilla. Johtamisen osaaminen korostuu. (Laaksonen & Ollila 2017, 123; Silvennoinen-Nuora 2010, 68-71.)

Sujuvien prosessien ja tuloksellisuuden lähtökohtana on henkilöstö, joka on terveydenhuollon strateginen voimavara. Henkilöstön osaamisen hyödyntäminen ja kehittäminen ovat henkilöstöressurssien ja osaamisen johtamista. Osaamisen johtaminen on perusta asiakkaiden tarpeisiin vastaamiselle, hoitoprosessien kehittämiseksi sekä tulokselliselle ja vaikuttavalle toiminnalle. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2009, 11; Laaksonen & Ollila 2017, 191-193; Silvennoinen-Nuora 2010, 58.) Esimiehen ja johdon tehtävänä on luoda oppimista ja kehittämistä tukeva kulttuuri, mahdollistaa koulutukseen osallistuminen ja suunnata kehittämisen organisaation tavoitteiden mukaiseksi. Työntekijät tuntevat työnsä parhaiten, heillä on halu muuttaa toimintatapoja ja johtaa potilaan prosesseja käytännössä. (Koivuniemi ym. 2014, 186-187.)

Asiakaslähtöisen palvelun tai hoitoprosessin kehittämisen edellytys on, että työntekijät osallistuvat kehitystyöhön. Myös asiakkaan tulee saada vaikuttaa palvelun sisältöön. Terveystieteiden henkilöstö vastaa työnsä laadusta ja työyksikön tulee suunnitella työtehtävät ja hoitoprosessit siten, että käytössä olevilla resursseilla saadaan mahdollisimman paljon laadukasta tulosta aikaan. Toimintaa voidaan tehostaa, kun työntekijät itse ryhtyvät parantamaan työnsä laatua. Asiakaslähtöinen ja osallistava kehittämistoiminta lähtee työyksikön, työntekijöiden ja potilaiden tarpeista ja perustuu käytännön tietoon ja osaamiseen. Uusien toimintojen juurruttaminen helpottuu, kun työntekijät ovat mukana kehittämisprosessissa. Kehittämisestä tulee pysyvää lyhytkestoisten projektien sijaan. (Arola & Suhonen 2014, 21; Lammi-Taskula 2011, 156-159.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) potilaista noin 10 % on ollut kotihemodialyysissä jo 2000-luvun alkuvuosista lähtien (Honkanen ym. 2004, 1430; Suomen munuaistautirekisteri 2018, 25). HUSissa kehitettiin kotihemodialyysin hoitoprosessia vuosien 2014 ja 2015 aikana. Kotihemodialyysin hoitoprosessi avattiin, toiminnan kehittämistarpeet kartoitettiin ja toimintaa tehostettiin kehittämistarpeiden pohjalta. Kehittämisprosessin avulla parannettiin, yksilöllistettiin ja yhdenmukaistettiin kotihemodialyysipotilaan hoitoa. Hoitajien työaika vapautui logistiikasta hoitotyöhön ja potilasohjaukseen, kustannusseuranta selkeytyi ja henkilökunnan perehdyttäminen helpottui. (Rauta 2016b.)

Kotihemodialyysipotilaiden määrän lisääntymisen vuoksi Päijät-Hämeen keskussairaalassa tehtiin toiminnan selkeä kuvaus ja ohjeistus. Kotihemodialyysitoimintaa kehitettiin ja tehostettiin prosessimallinnuksen avulla. Kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessi avattiin ja eriteltiin, kuka tekee, mitä tekee, miten tekee ja missäkin vaiheessa. Tavoitteena oli, että hoitoprosessin vaiheet toteutuvat tasalaatuisesti. (Niemi 2017.) Tampereen yliopistollisessa sairaalassa hemodialyysipotilaiden omahoitoa kehitettiin potilaslähtöisen ajattelutavan näkökulmasta. Omatoimisen hemodialyysihoidon kehittäminen oli aidosti asiakaslähtöistä, hoitohenkilökunnan ja asiantuntijoiden lisäksi potilaat osallistuivat aktiivisesti kehittämiseen. Potilaiden osallistaminen paransi asiakastytyvyyttä ja potilaiden sitoutumista hoitoon. (Lönnerberg 2016; Järvinen 2016; Tays 2015.)

4.4 Hoitoprosessien johtaminen

Hoitotyön lähiesimiehellä on vastuu yksikkönsä toiminnan suunnittelusta. Toiminnan tavoitteena on turvata potilaan hyvä hoito. Lähiesimiehen toimintaa ohjaavat organisaation strategia ja toimintaohjeet. Esimies jalkauttaa strategian toteuttamisen, ja vie käytäntöön ja perustelee organisaation johdolta tulevat määräykset. Moniammatillinen yhteistyö muiden ammattiryhmien, esimiesten ja henkilöstön kanssa on jokapäiväistä toimintaa, joka takaa hyvän ja turvallisen hoidon potilaille. (Laaksonen & Ollila 2017, 146-147; Surakka 2008, 50-51; Yletyinen & Tiainen 2018, 14-15.) Tavoitteiden saavuttamiseksi vaaditaan avointa, strategisesti perusteltua ja tavoitteellista johtamista. Esimies suuntaa henkilöstön toimintaa tavoitteisiin pääsemiseksi. Työntekijöiltä vaaditaan aktiivista, itseenäiseen työskentelyyn ja kehittämistyöhön osallistuvaa roolia. Työntekijöiden voimavaroja käytetään optimaalisesti ja työntekijän vaikutusmahdollisuudet lisääntyvät osaamista hyödyntämällä. (Laaksonen & Ollila 2017, 147, 211-213.)

Henkilöstön osallistaminen ja sitouttaminen toimintaan on tärkeää. Osallistava johtaminen tukee hoitohenkilökunnan ammatillisia vaikutusmahdollisuuksia omassa työssään. Toimintayksikön eri tasojen vuorovaikutuksessa vaihdetaan tietoa, asiantuntemusta ja osaamista. Hoitohenkilökunnan ja johtamisen osallistaminen yhdistyvät ja hoitohenkilöstö osallistuu päätöksentekoon. Osallistavan

johtamisen avulla moniammatilliset tiimit ja verkostot sitoutuvat yhteiseen tavoitteeseen. Johtaminen tukee yhteistyötä ja organisaation oppimista. Osallistava johtaminen mahdollistaa kaikkien työntekijöiden asiantuntijuuden hyödyntämisen työyhteisön ja potilaiden hyväksi. Hoidon laatu ja työhyvinvointi paranevat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 34, 39, 78.)

Esimies organisoii toimintaa tehokkaan työskentelyn ja hyvän työilmapiirin saavuttamiseksi. Johtamisella selkeytetään työntekijöiden rooleja, ja hoitoprosesseja toteutetaan sovittun työnjaon mukaisesti. Työnjakomallien, kuten yksilövastuun hoitotyön ja tiimityön avulla, työnjaosta tulee toimiva ja mielekäs. Asiakslähtöisten ja tehokkaiden hoitoprosessien johtaminen vaatii koordinoitua. Koordinoinnin avulla vähennetään päällekkäisiä toimintoja. Sairaanhoidajat vastaavat yhdessä hoitavan lääkärin kanssa potilaan hoitoprosessin asiakslähtöisyydestä ja tuloksellisuudesta. Potilas ja hoitohenkilöstö suunnittelevat hoidon kokonaisuuden ja sovittavat sen potilaan tarpeisiin. Vastuu yksittäisen potilaan hoitoprosessin koordinoimisesta on potilaan omahoitajalla. Hoitotyön asiantuntijana sairaanhoitaja johtaa ennakoivasti ja suunnitellusti potilaan yksilöllistä hoitoprosessia ja koordinoi sen saumattomaksi palveluksi. Esimiehen rooli on muuttunut valmentavaan suuntaan, jossa sairaanhoitajan itseohjautuvuus, voimaantuminen ja vastuu korostuvat. Hoitotyön johtamisella siirretään potilaan hoitoon liittyvää päätöksentekoa sairaanhoitajille. (Laaksonen & Ollila 2017 146-147; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 40; Surakka 2008, 46, 50-51.)

Sairaanhoidaja johtaa hoitoprosesseja potilaan parhaaksi hyödyntäen moniammatillista yhteistyötä ja toimijoiden välisiä verkostoja. Hoitotyö kehittyy uusien hoitomenetelmien, teknologian ja digitalisaation myötä. Asiakkaiden lisääntyneet odotukset yksilöllisyydestä ja mahdollisuus valita palveluja tuovat haasteita osaamiseen. Sairaanhoidajan osaamistarpeita ovat asiakslähtöisten hoitoprosessien suunnittelu ja toteuttaminen, potilaan omahoidon edistäminen, vuorovaikutusosaaminen, oman työn vaikuttavuuden arviointi ja osaamisen syventäminen. Sairaanhoidajan tulee tunnistaa hoitotyön kehittämiskohteita ja palvelun tarpeita, ja kehittää hoitotyötä näyttöön perustuen. Sairaanhoidaja organisoii hoitotyötä, johtaa hoitotyön tiimejä ja moniammatillista yhteistyötä. (Sirviö, Fors, Meriläinen, Koivisto & Sandelin 2016.) Sairaanhoidaja vastaa työstään ja hoito-

työn johtaja tukee sairaanhoitajan itseohjautuvuutta ja voimaantumista. Voimaantuminen ja asiantuntijuus ovat sairaanhoitajan johtajuutta. Sairaanhoitajat valtuuttavat potilaita itsensä hoitamiseen. (Surakka 2008, 50-51.)

Henkilöstön itseohjautuvuus oman työnsä ja osaamisensa kehittämiseen on ennistä merkittävämpää. Tulevaisuudessa johtamiselta vaaditaan arvostavaa ja valmentavaa otetta, vuorovaikutteista ja läsnä olevaa johtamista. Työntekijät haluavat osallistua päätöksentekoon, ottaa vastuuta ja vaikuttaa omaa työtään koskeviin päätöksiin. Johtamisessa tarvitaan toimintatapojen uudistamista, henkilökunnan sitouttamista ja luottamusta. Työntekijöille siirretään kontrolloidusti valtaa ja vastuuta, ja työyhteisön resurssit voidaan hyödyntää optimaalisesti. (Tiainen 2017; Yletyinen & Tiainen 2018, 14; Laaksonen & Ollila 2017, 246-252.) Johtamisella tuetaan työntekijöiden mahdollisuutta toimia itsenäisesti, suunnitella ja toteuttaa potilaan prosesseja sekä kehittää omaa työtään. Vastuun ottaminen vaatii työntekijältä aktivoitumista ja sitoutumista. Johtamisella tuetaan työntekijän ohjautumista asiantuntijuutensa kehittämiseen. Itseohjautuvuuden lisääminen vaatii työntekijän yksilöllisten voimavarojen tunnistamista ja avointa vuorovaikutusta. (Laaksonen & Ollila 2017, 189-191, 246-252.)

4.5 Osaamisen johtaminen ja johtamisen uudistuminen

Terveystieteiden tulevaisuuden haasteet vaativat onnistunutta asiantuntijoiden johtamista, moniammatillista johtamista ja osaamisen johtamista. Laadukkaan hoitotyön edellytys on hyvä johtaminen. Johtamisella varmistetaan potilaan oikea-aikainen hoito ja henkilöstön optimaalinen työmäärä. (Torppa 2011, 115-116.) Osaamisen johtamisen ja henkilöstövoimavarojen johtamisen vahvistamista edellytetään Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistumisen edessä. Osaamisen kehittäminen ja hyödyntäminen on tärkeää ammattitaidon ja työhön sitoutumisen vuoksi. Se parantaa työhyvinvointia ja työn merkityksellisyyttä. (Lammintakanen 2015, 237-240, 252.) Osaamisen johtamisella varmistetaan osaamisen hyödyntäminen optimaalisesti ja osaamisen tukeminen kehityksen mukana. Osaamisen johtamisella hallitaan työntekijöiden tietoa ja kokemusta. Se vaatii esimieheltä esimerkillisyyttä, oppimisen suuntaamista ja kannustavan il-

mapiin luomista. Johtajan tulee kehittää omaa ammattitaitoaan ja olla itse halukas kehitykseen ja muutokseen. Työntekijöiden asiantuntijuutta ja osaamista tulee arvioida ja mahdollistaa reflektion hyödyntäminen. Vuorovaikutuksen kehittäminen on tärkeää. (Laaksonen & Ollila 2017, 175-176. 187-189.)

Osaamisen johtamisen tavoitteena on turvata organisaation tehtävässä tarvittava osaaminen. Osaamisen kehittämisellä tuetaan muutoksen hallintaa, nopeutetaan muutokseen sopeutumista sekä edistetään työyhteisön toimivuutta, tuoksellisuutta ja työhyvinvointia. Osaamisen kehittämisen lähtökohtana on työntekijän osaamisen ja työtehtävien yhteensopivuus. Työyhteisön kehittäminen edellyttää tehtävien ja työnjaon arviointia suhteessa muuttuviin tarpeisiin, jotta toiminta olisi mahdollisimman tuoksellista. Osaamisen kehittämistä voidaan tukea osaamista jakamalla. Osaamisen kehittämisen keinoja ovat muun muassa perehdyttäminen, koulutukset, mentorointi, työnohjaus, työkierto, erilaiset työssä oppimista tukevat menettelytavat, osallistumismahdollisuudet ja tiimityö. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2009, 67-68.) Työntekijöiden motivoiminen uudistumiseen ja kehittymiseen on tärkeää. Motivoituneet työntekijät tuottavat parempaa tulosta ja ovat tyytyväisempiä työhönsä. Esimies voi vaikuttaa osaamisen kehittämiseen ja motivoitumiseen avoimella vuorovaikutuksella, oikeudenmukaisella toiminnalla, osallistamisella, rohkaisemalla, kannustamalla ja palkitsemalla. (Laaksonen & Ollila 2017, 146-147; Yletyinen & Tiainen 2018, 13.)

Hoitotyön asiantuntijoiden johtaminen vaatii kehittymisen mahdollistamista, asiantuntijuuksien hyödyntämistä, sosiaalisen pääoman kasvattamista ja yhteisöllisyyden edistämistä. Tiimityö on lisännyt sairaanhoitajien asiantuntijavaltaa omiin tehtäviinsä. Hoitotyössä vahvin osaaminen on sairaanhoitajilla, joilta myös työn parhaat kehittämisideat useimmiten tulevat. Hyvän esimiehen alaisena työskentelee asiantuntijuudeltaan ja ammattitaidoltaan esimestä itseään vahvempia tuloksentekijöitä. Esimies tarjoaa resursseja työn tekemiseen ja työn ja osaamisen kehittämiseen. Hyvä esimies on läsnä ja arvostaa työntekijöitään. Esimiehen ja asiantuntijoiden välillä vallitsee luottamus, kumppanuus ja jaettu johtajuus, jossa valtaa ja vastuuta jaetaan työntekijöille heidän osaamisensa mukaan. Sairaanhoitajien asiantuntijatyö lisääntyy entisestään tulevaisuudessa. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusten mukaan, hoitotyön osaamisen hyödyntämiseen ja asi-

antuntijoiden saatavuuteen voidaan vaikuttaa tavoitteellisella johtamisella. Onnistunut asiantuntijoiden johtajuus vaatii yhteisöllisyyttä ja yhteisvastuuta, myös asiantuntijoilta itseltään. (Kanste 2011, 126-138.)

Sosiaali- ja terveysalan muutosten ja palvelujen uudistamisen myötä tarvitaan uudenlaista johtamista. Terveystieteiden johtamisen ytimen muodostavat asiakkaat, itseohjautuva toiminta ja sisäinen motivaatio. Itseohjautuvuuden ja sisäisen motivaation saavuttamiseksi johtamisessa tulee onnistua kriittisissä menestystekijöissä. Menestystekijöitä ovat asiakkaiden ja henkilöstön osallisuus, valmentava johtaminen, tavoitejohtaminen, tiedolla johtaminen ja osaamisen johtaminen. Lisäksi tarvitaan monialaista tiimityötä, yhteisiä pelisääntöjä ja ketterää kehittämistä. Vaikka esimiehet vastaavat toiminnasta ja johtamisesta, menestystekijät koskevat kaikkia työntekijöitä ja kuvaavat yhteistä johtajuutta. Yhteisellä johtajuudella pyritään yhteisen tavoitteen saavuttamiseen, vaikuttaviin palveluihin, korkeaan tuottavuuteen, palvelujen saatavuuteen ja myönteiseen asiakas- ja henkilöstökokemukseen. (Ojala & Mäki 2017, 274-278.)

5 Opinnäytetyön tavoitteet ja kehittämistehtävät

Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessi ja kehittää kotihemodialyysipotilaan hoitoa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa kotihemodialyysipotilaan hoidon nykytilasta ja hoidon kehittämistarpeista. Lisäksi tavoitteena oli tuottaa asiakaslähtöisiä ratkaisuja havaittuihin kehittämistarpeisiin ja laatia toimintamalliehdotus kotihemodialyysipotilaan hoitoon.

Kehittämistehtävät tässä opinnäytetyössä muodostuivat seuraavasti:

1. Tuottaa tietoa kotihemodialyysipotilaan hoidon nykytilasta ja kehittämistarpeista.
2. Tuottaa ratkaisuja havaittuihin kotihemodialyysipotilaan hoidon kehittämistarpeisiin.
3. Laatia toimintamalliehdotus kotihemodialyysipotilaan hoitoon.

6 Opinnäytetyön toteutus

6.1 Opinnäytetyön toimintaympäristö ja osallistujat

Opinnäytetyön kehittämissympäristönä oli Siun soten Pohjois-Karjalan keskussairaalan kotihemodialyysiyksikkö, joka toimii hemodialyysiosaston ohella sisätautien vuodeosaston alaisuudessa. Opinnäytetyöstä sovittiin yhteistyössä työyhteisön, osastonhoitajan ja konservatiivisen klinikkaryhmän ylihoitajan kanssa. Opinnäytetyön kehittämisprosessiin osallistettiin viisi kotihemodialyysin sairaanhoitajaa, jotka työskentelevät myös hemodialyysiosastolla ja sisätautien osastolla. Kotihemodialyysin sairaanhoitajista käytetään tässä opinnäytetyössä nimitystä kotihemodialyysihoitaja. Kehittämisprosessiin osallistettiin lisäksi nefrologian ylilääkäri ja erikoislääkäri, osastonhoitaja, predialyysipoliklinikan ja munuaispoliklinikan sairaanhoitaja. Opinnäytetyöntekijä työskentelee hemodialyysiosastolla ja kotihemodialyysiyksikössä sairaanhoitajana.

Hemodialyysipotilaiden määrä on ollut kasvussa Pohjois-Karjalassa. Hemodialyysissä oli vuoden 2018 alussa 54 potilasta, joista kotihemodialyysissä oli kuusi potilasta ja yhden maakunnan terveystieteiden keskuksen dialyysiyksikössä neljä potilasta. Peritoneaalidialyysipotilaiden määrä on vaihdellut vuosien saatossa ja ollut kasvussa viime vuosina. Peritoneaalidialyysissä oli vuoden 2018 alussa 16 potilasta. Kaikkiaan kotidialyysipotilaiden osuus Pohjois-Karjalan keskussairaalamme on kasvanut koko ajan. Kotidialyysipotilaita oli yli 30 % ja kotihemodialyysipotilaita 8 % kaikista dialyysipotilaista vuoden 2018 alussa. Hemodialyysipotilaita hoidetaan Pohjois-Karjalan keskussairaalamme kahdella osastolla potilasmäärän kasvusta aiheutuneen tilan puutteen vuoksi. Tulevaisuudessa tavoitteena on yhtenäiset tilat ja tilasuunnittelu on käynnissä. Hemodialyysiosastolla on 10 potilaspaikkaa. Potilaita hoidetaan kuutena päivänä viikossa kahdessa vuorossa, jolloin osastolla voidaan hoitaa noin 40 hemodialyysipotilasta. Pääasiassa potilaat käyvät hemodialyysissä kolmena päivänä viikossa. Pitkäaikaisten hemodialyysipotilaiden lisäksi hoidossa voi olla akuutteja hemodialyysipotilaita ja plasmanvaihtopotilaita.

Kotihemodialyysiyksikkö sijaitsee sisätautien vuodeosaston tiloissa. Kotihemodialyysiyksikössä on neljä potilaspaikkaa ja potilaita hoidettiin kehittämisprosessin alkaessa maanantaista lauantaihin aamuvuoroissa ja kolmena päivänä viikossa iltavuorossa. Kotihemodialyysiyksikössä potilaille annetaan koulutusta omatoimiseen hemodialyysiin ja kotihemodialyysiin. Tässä opinnäytetyössä käytetään jatkossa termiä kouluttaminen potilaan ohjaamisesta omatoimiseen hemodialyysiin ja kotihemodialyysiin. Toiminnan kannalta on haasteellista, kun hemodialyysipotilaita hoidetaan eri osastoilla. Se vie myös jonkin verran enemmän henkilökuntaresurssia. Toisaalta on etu, että omatoimiseen ja kotihemodialyysiin koulutettavat potilaat ovat erillään ja tämä huomioidaan uusien tilaratkaisujen yhteydessä. Koulutettavat potilaat oppivat mallin hoitoon osallistumisesta ja saavat vertaistukea omassa yksikössään.

Omatoimiseen hemodialyysiin koulutettu potilas suunnittelee ja toteuttaa mahdollisimman pitkälti itse dialyysihoitonsa sairaalassa. Dialyysitarvikkeiden kerääminen, koneen valmisteleminen, neulojen pistäminen, nesteenpoiston määrittäminen ja hoitotietojen kirjaaminen sekä hoidon aloitukseen ja lopetukseen osallistuminen kuuluvat potilaalle hänen kykyjensä mukaan. Kouluttamisen lisäksi hoitaja valvoo, avustaa ja tarjoaa asiantuntijuuttaan potilaan käyttöön hänen tarpeidensa mukaan. Kotihemodialyysiin koulutettavat potilaat opetetaan suoriutumaan dialyysihoidosta itse ja he siirtyvät koulutusjakson jälkeen kotiin. Kouluttamisen lisäksi kotihemodialyysihoitajat hoitavat kotihemodialyysihoidossa olevien potilaiden vointiin tai hoitoon liittyviä asioita, dialyysitarviketilauksia ja osallistuvat potilaiden kontrollikäynneille. Kotihemodialyysikoulutuksessa on keskimäärin yksi potilas koko ajan. Kotihemodialyysiin oli koulutettu 11 potilasta vuoden 2018 alkuun mennessä. Syitä kotihemodialyysin päättymiseen Pohjois-Karjalassa ovat olleet munuaisensiirto, pistovaikeudet ja psyykkiset ongelmat.

6.2 Opinnäytetyön vaiheet

Kehittämistyön vaiheet ovat perustelu, organisointi, toteutus, arviointi ja tulosten levittäminen. Kehittämisprosessi etenee usein spiraalimaisesti ja suunnittelu, toteutus ja arviointi vuorottelevat ja toistuvat uudelleen. (Toikko & Rantanen 2009,

56, 66; Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 24-26, 58; Ojasalo, Moilanen & Rita-lahti 2014, 24, 60-61.) Tässä opinnäytetyössä edettiin prosessimaisesti kehittämistyön vaiheita noudattaen ja kehittämisprosessi eteni spiraalimaisesti. Opinnäytetyön ideointi ja suunnittelu alkoivat syksyllä 2016. Työntekijöiden ja esimiehien kanssa keskusteltiin aiheesta. Toimeksiantajan edustajana ylihoitaja hyväksyi opinnäytetyön toteuttamisen toimintayksikössä.

Organisointivaihe ja tavoitteiden asettelu ajoittuivat kevääseen 2017. Opinnäytetyöntekijä keskusteli kehittämisprosessin toteutuksesta organisaation tutkimuskoordinaattorin ja kliinisen hoitotyön asiantuntijan kanssa. Työyksikössä kuvattiin kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessin nykytila ja pohdittiin kehittämiskohteita. Tiedonhaku ja tietoperustan kirjoittaminen alkoivat. Opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin Siun sotessa kesällä 2017. Toteutuksen aikataulu suunniteltiin yhdessä osastonhoitajan ja osallistujien kanssa, ja sitä tarkennettiin prosessin edetessä. Aikataulutuksen avulla pyrittiin varmistamaan tavoitteiden saavuttaminen sekä huomioimaan aikaa suunnitteluun, kehittämiseen ja arviointiin. Opinnäytetyön toteutusvaihe ajoittui syyskuusta 2017 alkuvuoteen 2018. Toteutusvaihe koostui ryhmätyöskentelystä viidessä työpajassa. Työpajojen ohjelma koostui kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessin kehittämisestä.

Toikko ja Rantasen (2009, 61) mallia seuraten tässä opinnäytetyössä jatkuvalla arvioinnilla ohjattiin kehittämisprosessia, tuotettiin tietoa kehitettävästä asiasta ja pyrittiin saavuttamaan yhteisiä merkityksiä. Arviointia ja itsearviointia tehtiin koko kehittämisprosessin ajan. Lopuksi arvioitiin kehittämisprosessia, tavoitteisiin pääsyä ja tuloksia. Tulosten levittämiseen kuului toimintamallin käyttöönoton suunnitelma ja sen esittely työyhteisölle. Kirjallinen materiaali jaettiin osallistujille ja työyksikköön. Toimintamalliehdotuksesta tehtiin sähköinen versio työntekijöiden käyttöön. Toimintamallin juurruttaminen käytäntöön, seuranta ja jatkokehittäminen kokemusten perusteella jäävät kotihemodialyysiyksikön tehtäväksi. Kuviossa 3 on kuvattu opinnäytetyön vaiheet ja aikataulu.



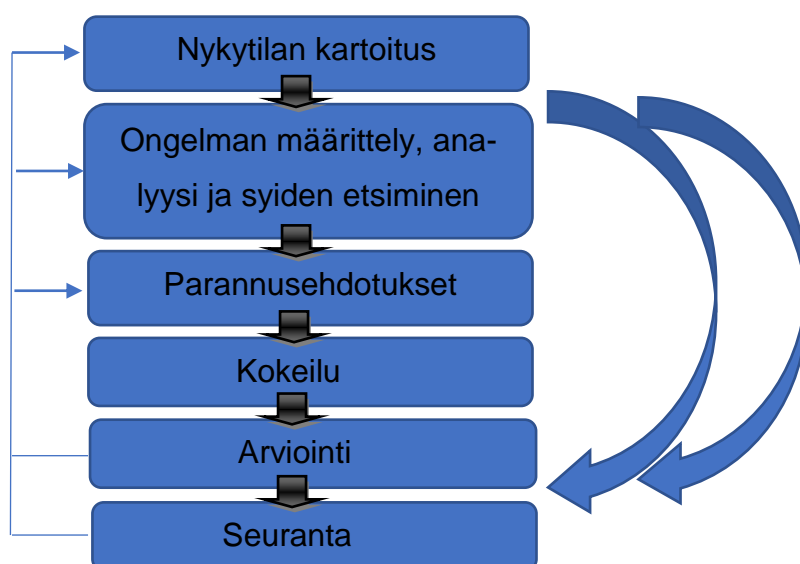
Kuvio 3. Opinnäytetyön vaiheet ja aikataulu.

6.3 Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat

Kehittämistoiminta on tavoitteellista ja sillä tähdätään toiminnan tehostamiseen tai muutokseen, kuten hoidon laadun parantamiseen. Kehittämisen lähtökohtana on toiminnassa kohdatut ongelmat ja näky uudesta. (Toikko & Rantanen 2009, 14, 16; Sarajarvi ym. 2011, 111.) Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistoimintana. Tavoitteena oli tutkimuksellisin menetelmin parantaa toimintaa. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta yhdistää käytännön kehittämisen, tutkimuksellisen lähestymisen ja kriittisen arvioinnin. Konkreettisen muutoksen lisäksi pyritään perustellun tiedon tuottamiseen. Kehittämistoiminnassa hyödynnetään näyttöön perustuvaa tutkimustietoa, kokemuseräistä ja hiljaista tietoa.

(Toikko & Rantanen 2009, 19, 22-23; Ojasalo ym. 2014, 19; Heikkilä ym. 2008, 23-24.) Opinnäytetyössä käytettiin toimintatutkimuksellista lähestymistapaa. Toimintatutkimuksella pyritään ratkaisemaan käytännön ongelmia, saamaan aikaan muutosta ja luomaan uutta tietoa. Käytännössä mukana olevat ihmiset osallistetaan kehittämiseen. (Ojasalo ym. 2014, 58, 61; Kananen 2014, 11.)

Toimintatutkimus etenee sykleittäin ja siitä on tehty erilaisia vaihekaavioita. Perusajatus on sama ja tutkimus etenee vaiheittain ongelman määrittelyyn, ratkaisun etsimisen, kokeilun ja arvioinnin muodossa (kuvio 4). Kehittämisen vaiheet voivat toistua uudelleen, kunnes tyydyttävä lopputulos saavutetaan. Toimintatutkimus alkaa nykytilan kartoituksella, sen jälkeen määritellään kehittämistarpeet tai ongelmat. Nykytilan kartoittaminen ja ongelman määrittäminen vievät aikaa, mutta todellisten ongelmien ja syiden tunnistaminen on olennaista kehittämissä onnistumiseksi. Ongelmien syitä analysoidaan ja esitetään parannus- tai ratkaisuehdotuksia. Ongelman määrittely ja ratkaisuehdotusten tuottaminen vaativat tutkimusta, jota tapahtuu toimintatutkimuksen eri vaiheissa. Tutkittua tietoa ja hyviksi havaittuja käytäntöjä hyödynnetään kehittämistyön tukena. Ratkaisuehdotuksia testataan, arvioidaan ja muokataan käytännössä. Lopuksi arvioidaan ehdotusten toimivuutta ja prosessia ja esitetään johtopäätökset. Tulos on useiden mielipiteiden synnyttämä kompromissi, joka tyydyttää mahdollisimman monia. (Kananen 2014, 34-35; Ojasalo ym. 2014, 60-61.)



Kuvio 4. Opinnäytetyössä noudatetut toimintatutkimuksen vaiheet (mukaellen Kananen 2014, 34).

Toimintatutkimukselle ominaiseen tapaan työntekijät löytävät itse parhaat ratkaisut kehitettävään asiaan ja samalla sitoutuvat asioiden muuttamiseen. Toimintatutkimus sekoittaa eri tutkimusmenetelmiä. Se on kuin strategia, jolla lähestytään tutkittavaa ilmiötä tai kehitettävää asiaa muutoksen aikaan toteuttamiseksi. Oleellista on toiminnan kehittäminen, yhteistoiminta, tutkimus ja tutkijan mukana olo. Toimintatutkimus muistuttaa läheisesti kehitettävää työntutkimusta. Toimintatutkimuksessa tutkija on kuitenkin mukana muutosprosessissa, toisin kuin kehitävässä työntutkimuksessa. Toisaalta toimintatutkimus kohdistuu pääasiassa ihmisiin ja kehitävässä työntutkimuksessa kohteena voivat olla prosessit ja toiminnot, ei välttämättä ihmisiä. (Kananen 2014, 11, 13-14, 20.) Ojasalon, Moilasan ja Ritalahden (2014, 58, 60) mukaan toimintatutkimusta voidaan työelämässä nimittää kehitäväksi työntutkimukseksi. Se on ongelmakeskeistä ja suuntautuu voimakkaasti käytäntöön. Toimintatutkimuksella pyritään todellisuuden muuttamiseen ja vaikuttamaan siihen, miten asioiden pitäisi olla. Toimintatutkimus on käytännön toiminnan ja teoreettisen tutkimuksen vuorovaikutusta.

Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat sisältävät myös kehitävän työntutkimuksen piirteitä. Myös kehitävä työntutkimus on osallistavaa tutkimusta. Tutkittavien omien merkitysten muodostaminen on ratkaisevaa. Tutkija tekee tutkimusta yhdessä työntekijöiden kanssa ja työntekijät ovat aktiivisia osallistujia. Kehitävässä työntutkimuksessa käytetään reflektiivistä otetta. Tutkimus tuottaa työntekijöille refleктоitavaksi konkreettista havaintoaineistoa omasta työstään, toiminnan kehittämistarpeista ja uusista ratkaisuista. Kehitävä työntutkimus asettaa työntekijöille havaintoaineiston analysoitavaksi ja uuden toimintamallin tuottamiseksi sekä tarjoaa välineitä näiden toteuttamiseen. Tutkijan rooliin kuuluu puuttua aktiivisesti tapahtumiin, tallentaa ja kritisoida tapahtumia sekä arvioida reflektiivisesti omia tekojaan ja tulkintojaan. (Engeström 2002, 124,126.)

Tässä opinnäytetyössä kehittämisprosessin vaiheet ovat samankaltaiset kuin kehitävässä työntutkimuksessa ja toimintatutkimuksessa. Kehitävän työntutkimuksen vaiheet ovat nykyisen toimintatavan kuvaus ja ongelmien kartoitus, toiminnan ja ongelmien analysointi, ongelmien ratkaisu sekä uuden toimintamallin luominen, käyttöönotto ja arviointi. Toimintatutkimuksen tapaan myös kehitävä työntutkimus etenee syklimäisesti, ja analysointi ja arviointi kuuluvat tutki-

muksen kaikkiin vaiheisiin. Kehittävän työntutkimuksen avulla voidaan toteuttaa kehittämisprojekteja, joissa luodaan uusi toimintamalli tai valmista mallia arvioidaan ja muokataan käyttöönoton jälkeen. Tutkija voi muokata toimintamallia yhdessä työntekijöiden kanssa tai työntekijät muovaavat uuden toimintamallin tutkijan avustamana. (Engeström 2002 127-129, 146.) Tässä opinnäytetyössä toimintamalli tuotettiin kotihemodialyysitoimintaan. Toimintaa pyrittiin parantamaan ja tehostamaan yhdessä työntekijöiden kanssa. Opinnäytetyöntekijä toimi kehittämisprosessin ohjaajana, avustajana ja yhtenä kehittäjistä.

Kehittämistoiminnassa vuorovaikutus, sosiaalinen toiminta ja ihmisten aktiivinen osallistuminen korostuvat. Osallistamisen avulla varmistetaan kaikkien mielipiteiden huomioiminen, tuotetaan monipuolisesti tietoa ja lisätään kehittämiseen sitoutumista. Työntekijät, joita kehittäminen koskee, ovat oikeutettuja osallistumaan. Osallistamisen avulla päästään parempiin tuloksiin kehittämistyössä. Kehittäjällä tulee olla tietoa kehitettävästä asiasta, joten työntekijä voi toimia kehittäjänä. Tällöin kehittäminen on aidosti työyhteisölähtöistä, kuten tässä opinnäytetyössä. Kehittäjä tekee työtään, kerää tietoa ja analysoi sitä reflektiivisesti yhdessä muiden osallistujien kanssa. Kehittämisprosessissa kehittäjä toimii eräänlaisena fasilitaattorina eli asiantuntijana, joka kuuntelee, kannustaa ja ohjaa osallistujia kehittämistyössä. Fasilitaattorilta vaaditaan vuorovaikutustaitoja, yhteistyökykyä ja johtamistaitoja. Lisäksi tulee hallita tutkimuksellisen kehittämisprosessin läpivieminen ja auttaa osallistujia ongelmien määrittämisessä sekä ratkaisemisessa. (Toikko & Rantanen 2009, 89-91; Kananen 2014, 67-70.)

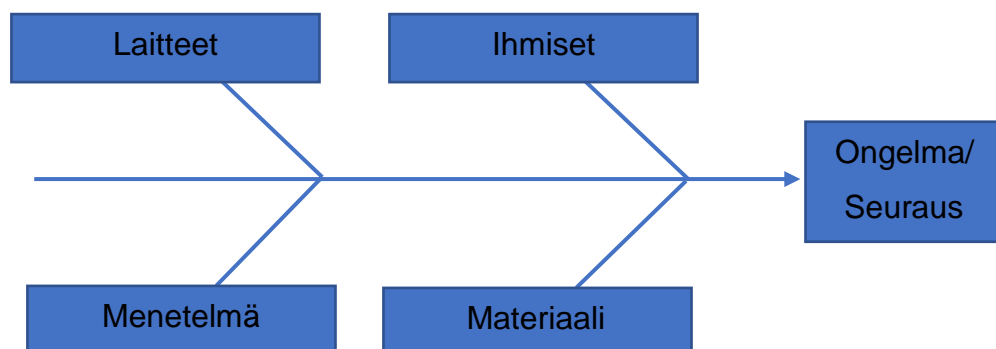
6.4 Kehittämisprosessin osallistamismenetelmät

Osallistavien menetelmien avulla voidaan hyödyntää työntekijöiden hiljaista tietoa, kokemuksia ja ammattitaitoa. Tutkimusaineistoa voidaan kerätä esimerkiksi kyselyillä, haastatteluilla, ryhmäkeskusteluilla, aivoriihiyöskentelyllä tai havainnoimalla. Havainnointia pidetään yhtenä tehokkaimmista aineistonkeruumenetelmistä. Myös toimijoiden väliset keskustelut ovat yleinen menetelmä. Keskustelu jatkuu kehittämisprosessin vaiheesta toiseen ja sillä pyritään yhteisesti hyväksytyihin näkemyksiin ja ratkaisuihin. Tutkija dokumentoi keskustelut ja kirjaa

tavoitteet, toimijoiden näkemykset ja päätökset. (Ojasalo ym. 2014, 61-62.) Tässä opinnäytetyössä osallistaminen toteutettiin ryhmätyöskentelynä työpajoissa. Osallistamismenetelmät toimivat ryhmätyöskentelyn välineinä yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Kehittämispöytätyössä pyrittiin muodostamaan osallistujien kesken yhteinen käsitys kotihemodialyysipotilaan hyvästä hoitoprosessista ja sen toteuttamisesta. Aineistoa kerättiin työpajojen kirjallisista tuotoksista, keskusteluista, havainnoista ja opinnäytetyöntekijän muistiinpanoista.

Tässä opinnäytetyön kehittämispöytätyössä osallistavia menetelmiä ryhmäkeskustelun lisäksi olivat ideointiryhmää muistuttava menetelmä ja aivoriihimenetelmä. Ideointiryhmässä haetaan ideoita tiettyihin teemoihin pienissä ryhmissä. Tavoitteena on osallistujien osaamista jakamalla luoda uusia ideoita tai ratkaisuja. Työskentely aloitetaan kartoittamalla keskeisimmät teemat ja kirjoittamalla ne erillisille tauluille. Niihin kirjataan ideoita ja ajatuksia esimerkiksi pareittain ja käydään taulut yhdessä läpi. Ideoita perustellaan, niistä keskustellaan ja niitä tarkastellaan kriittisesti. Ryhmän vetäjä ohjaa keskustelua ja tuo esiin omia näkemyksiään. (Tevere Oy 2017.) Opinnäytetyössä ideointimenetelmää käytettiin kehittämistarpeiden tunnistamiseen ensimmäisessä työpajassa. Kehittämistarpeet nousivat esiin osallistujien kokemuksista, havainnoista ja tiedoista.

Opinnäytetyön kehittämispöytätyössä hyödynnettiin Pohjois-Karjalan keskussairaalan kehittämistoiminnan syy-seuraus-työkalua eli kalanruotokaaviota. Sen avulla voidaan tunnistaa ja luokitella ongelmia ja niiden syitä sekä ideoida parannusehdotuksia. (PKSSK 2017.) Kalanruotokaaviota käytetään ryhmätyöskentelyn apuvälineenä ja laatujohtamisen sekä prosessin kehittämisen työkaluna. Se on japanilainen ongelmanratkaisumalli, jonka avulla voidaan havainnollistaa ongelmaan vaikuttavia tekijöitä. Kalanruodon päässä on ongelma ja ruodon haarat nimetään ongelmaan johtavien syiden mukaan. Haarat voidaan nimetä esimerkiksi seuraavalla tavalla: ihminen/henkilöstö, tekniikka/välineet, ympäristö/toimintaympäristö, metodit, materiaalit tai mittarit (kuvio 5). Ongelmia aiheuttaviin tekijöihin haetaan syitä yleensä aivoriihen avulla. Syy-seuraussuhteiden selvittäminen on tärkeää ongelman ratkaisun onnistumiseksi. (Kananen 2014, 41-42; PKSSK 2017.)



Kuvio 5. Kalanruotomalli (mukaellen Kananen 2014, 42).

Aivoriihi on luovan ongelmanratkaisun menetelmä, johon kaikki ryhmän jäsenet osallistuvat. Aivoriihen tavoitteena on tuottaa mahdollisimman paljon erilaisia ideoita, näkökulmia, kokemuksia ja tietoa. Ajatuksena on, että mitä enemmän ideoita, sen todennäköisemmin mukana on myös toteuttamiskelpoisia ideoita. Aivoriihi on nopea menetelmä asioiden esille tuomiseen. Ryhmän vetäjä ohjaa ja aikatauluttaa työskentelyä sekä ohjaa ideoiden läpikäyntiä ja työstämistä. Menetelmän vahvuutena on, että ideoita tulee runsaasti, ideoiden pohjalta syntyy uusia ajatuksia ja osallistujat oppivat uusia tapoja lähestyä asiaa. Ideoita ei tule arvostella kriittisesti. (Innokylä 2015; Tevere 2017.) Aivoriihimenetelmää käytettiin toisessa ja kolmannessa työpajassa kotihemodialyysipotilaan hoidon kehitystarpeiden syiden etsimiseen ja ratkaisujen ideointiin.

6.5 Kehittämisen toteutus

Toteutusvaihe koostuu ideoinnista, kokeiluista ja mallintamisesta. Toteutusvaiheeseen kuuluu konkreettista tekemistä ja työyhteisössä tapahtuvaa kehittämistä. (Toikko & Rantanen 2009, 59-60; Heikkilä ym. 2008, 99.) Tämän opinnäytetyön kehittämisen toteutusvaiheeseen kuuluivat viisi työpajaa, joista neljä pidettiin syksyn 2017 aikana ja viides tammikuussa 2018. Kaikkiin työpajoihin kutsuttiin viisi kotihemodialyysihoidattavaa. Yhteen työpajaan osallistui lisäksi nefrologian ylilääkäri ja erikoislääkäri ja kahteen työpajaan osastonhoitaja, predialyysipoliklinikan sairaanhoitaja ja munuaispoliklinikan sairaanhoitaja. Työpajat pidettiin Pohjois-Karjalan keskussairaalassa olevassa neuvotteluhuoneessa ja ai-

kaa oli kaksi ja puoli tuntia. Osallistujia oli informoitu opinnäytetyöstä etukäteen työyksikössä käydyissä keskusteluissa ja keväällä 2017 pidetyssä työhön liittyvässä tiimipalaverissa. Osallistujille lähetettiin kirjallinen informaatio kehittämissprosessin toteutuksesta, työpajojen aikataulusta ja ohjelmasta (liite 1). Osallistujat saivat osallistua työpajoihin työajalla.

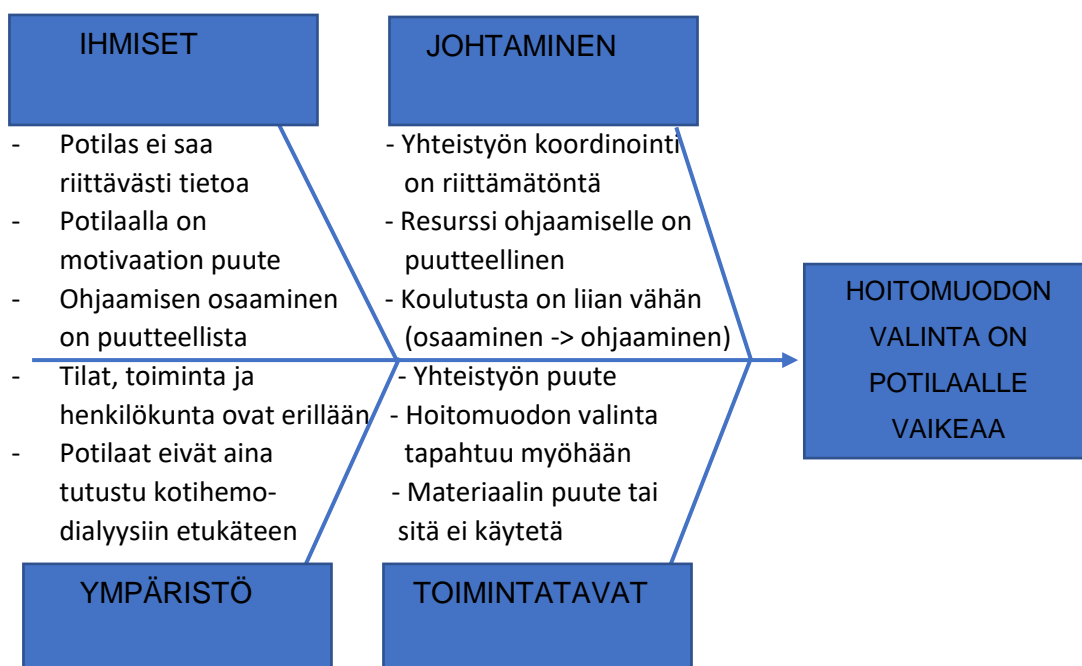
Ensimmäinen työpaja pidettiin 12.9.2017. Työpajaan oli kutsuttu viisi kotihemodialyysihoitajaa. Yksi kutsutuista oli estynyt tulemaan paikalle. Osallistujille kerrottiin opinnäytetyön ja ryhmätyöskentelyn tavoitteista. Ensimmäisen työpajan aiheena oli kuvata kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessin vaiheet, hoidon nykytila ja tunnistaa hoidon kehittämistarpeita. Kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessin vaiheet kuvattiin janalle isolle paperille aikaisempien pohdintojen ja työhön liittyvässä tiimipalaverissa käytyjen keskustelujen pohjalta. Hoitoprosessi tarkistettiin ja sitä tarkennettiin keskustellen. Kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessi jaettiin predialyysivaiheeseen, kotihemodialyysikoulutukseen sekä kotihemodialyysihoitoon potilaan kotona.

Kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessin vaiheet otsikoitiin kolmelle isolle paperille. Paperit kiinnitettiin neuvotteluhuoneen seinille. Ideointiryhmän tapaan osallistujat pohtivat ja kirjasivat pareittain kunkin vaiheen kehittämistarpeita. Kehittämistarpeita pohdittiin erityisesti potilaan näkökulmasta. Kukin pari keskittyi yhteen vaiheeseen kerrallaan, kunnes kehittämistarpeiden keksiminen hidastui. Parit vaihtoivat seuraavan aiheen ääreen ja lisäsivät uusia kehittämistarpeita edellisen parin kirjaamien asioiden lisäksi. Opinnäytetyöntekijä ohjasi ja aikataulutti ryhmätyöskentelyä. Opinnäytetyöntekijä osallistui kehittämistarpeiden pohittamiseen, mutta antoi ryhmäläisille mahdollisuuden tuoda ajatuksiaan esiin ja toimi enemmänkin kuuntelijana ja kannustajana. Kirjaamisen jälkeen paperit käytiin yhdessä läpi. Parit perustelivat ajatuksiaan ja kehittämistarpeista keskusteltiin avoimesti. Yhdessä keskustellen valittiin jokaisesta hoitoprosessin vaiheesta tärkeimmät kehittämistarpeet jatkokäsittelyyn.

Toinen työpaja pidettiin 19.9.2017. Viidestä kotihemodialyysihoitajasta yksi oli poissa, kuitenkin eri hoitaja kuin ensimmäisessä työpajassa. Työpajan aiheena oli kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessin kehittämistarpeiden syiden tunnis-

taminen ja parannusehdotusten ideointi. Aluksi kerrattiin edellisen työpajan tulokset, kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessin vaiheet ja jatkokäsittelyyn valitut kehittämistarpeet. Seuraavaksi opinnäytetyöntekijä esitteli kalanruotomallin, jonka avulla työpajassa työskenneltiin. Kalanruotomallin mukaisesti kalan päähän asetettiin yksi kehittämistarve kerrallaan. Kehittämistarpeita olivat hoitomuodon valintaan, potilaan ohjaamiseen ja tukemiseen, osaamiseen ja toiminnan suunnitteluun liittyvät kehittämistarpeet.

Kalanruotomallin mukaan käsittelyssä olevaan kehittämistarpeeseen etsittiin syitä aivoriihimenetelmän avulla. Opinnäytetyöntekijä esitti herätteleviä kysymyksiä, kuten miksi meillä on tämä ongelma ja mitkä tekijät vaikuttavat ongelman syntymiseen. Osallistujat pohtivat itsekseen kehittämistarpeen syitä, ja tämän vaiheen aikana ei puhuttu. Osallistujat pyrkivät tunnistamaan mahdollisimman monta syytä ja kirjoittivat ne muistilapuille. Kalanruotoon asetettiin neljä pääryhmää: ihmiset, johtaminen, ympäristö ja toimintatavat. Ryhmittelyvaiheessa osallistujat asettivat kirjoittamansa syyt kalanruodon ryhmiin, joihin ne mielestään kuuluivat (kuvio 6). Lopuksi syitä ryhmiteltiin yhdessä, kunnes kaikki olivat tyytyväisiä lopputulokseen ja syyt olivat sopivissa ryhmissään.



Kuvio 6. Kehittämistarpeen syiden ryhmittely kalanruotokaavioon.

Syiden ryhmittelystä siirryttiin syiden analysointiin. Jokainen sai äänestää mielestään kolmea tärkeintä syytä ongelmaan, ja eniten ääniä saaneet syyt otettiin käsittelyyn. Opinnäytetyöntekijä ohjasi osallistujia ensin pohtimaan ja ideoimaan parannusehdotuksia aivoriihimenetelmän ja miksi-kysymysten avulla. Sen jälkeen ideoista keskusteltiin ja ratkaisujen ideointia jatkettiin yhdessä. Ryhmäkeskustelua jatkettiin, kunnes osallistujista alkoi tuntua itsestään selvältä mitä pitää muuttaa ja mikä on oikea toimenpide ongelman poistamiseksi.

Kaikkia kehittämistarpeita ei ehditty tässä työpajassa käsitellä. Predialyysipotilaan ohjaamiseen, hoitomuodon valintaan ja kotihemodialyysitoiminnan suunnitteluun liittyviin kehittämistarpeisiin ideoitiin parannusehdotuksia, jotka päätettiin esittää esimiehelle, lääkäreille ja poliklinikalla työskenteleville sairaanhoitajille. Lääkärit ja poliklinikan sairaanhoitajat toimivat yhteistyökumppaneina potilaan hoitomuodon valinnassa. Parannusehdotuksena oli kotihemodialyysihoitajan osallistuminen predialyysivaiheen ohjaamiseen potilaalle varattavalla ohjausajalla kotihemodialyysissä, predialyysipoliklinikalla tai hoitomuodon valintaa helpottavalla vastaanottokäynnillä. Lisäksi päätettiin ehdottaa ryhmäohjausta sisältävän ensitetopäivän järjestämistä tuleville dialyysipotilaille hoitomuodon valinnan helpottamiseksi. Työpajan jälkeen opinnäytetyöntekijä keskusteli nefrologian ylilääkärin kanssa kehittämisprosessissa ilmenneistä kehittämistarpeista ja parannusehdotuksista. Ylilääkärin ja osastonhoitajien kanssa sovittiin lääkäreiden ja poliklinikan sairaanhoitajien osallistumisesta seuraavaan työpajaan. Osallistujille lähetettiin informaatiokirje ja kutsu seuraavaan työpajaan (liite 2).

Kolmas työpaja pidettiin 24.10.2017. Työpajan aiheena oli parannusehdotusten arviointi ja mahdollisten uusien ratkaisujen tuottaminen. Paikalle oli kutsuttu viisi kotihemodialyysihoitajaa ja osastonhoitaja. Yksi kotihemodialyysihoitajista oli estynyt osallistumaan. Ensimmäisen tunnin ajan ryhmätyöskentelyssä jatkettiin kehittämistarpeiden käsittelyä. Ryhmäkeskustelun ja aivoriihityöskentelyn avulla tunnistettiin ja analysoitiin ongelmien syitä, ideoitiin ja arvioitiin parannusehdotuksia. Ensimmäisen tunnin jälkeen työpajaan oli kutsuttu lisäksi nefrologian ylilääkäri, erikoislääkäri, predialyysipoliklinikan ja munuaispoliklinikan sairaanhoitajat. He antavat potilaalle ohjausta hoitomuodon valinnasta ja esittelevät kotihemodialyysiä hoitomuotona. Opinnäytetyöntekijä kertoi kehittämisprosessin

etenemisestä. Predialyysivaiheesta nousseet kehittämistarpeet käytiin läpi ja niiden syistä keskusteltiin avoimesti. Merkittävimpänä kehittämistarpeena oli potilaan vaikeus valita hoitomuotoa ja riittämätön ohjaus hoitomuodon valinnassa. Poliklinikoiden sairaanhoitajat kertoivat, millaisia haasteita heillä on predialyysipotilaan ohjauksessa ja kotihemodialyysihoidon esittelemisessä, kuten ajan puute, osaaminen ja ohjausmateriaalin puuttuminen.

Parannusehdotukset käytiin yksitellen läpi ryhmässä keskustellen. Opinnäytetyöntekijä ohjasi keskustelua ja dokumentoi sen. Ehdotuksia muokattiin käytäntöön sopiviksi ja kaikkia osapuolia tyydyttäväiksi. Osa ehdotuksista päätettiin ottaa heti käyttöön. Niitä olivat kaikkien kotihemodialyysiin soveltuvien predialyysipotilaiden ohjaaminen tutustumis- ja ohjauskäynnille kotihemodialyysiyksikköön sekä tarvittaessa ylimääräisen vastaanottokäynnin järjestäminen hoitomuodon valinnan ohjaukselta varten. Kahden ehdotuksen jatkokäsittelyä varten päätettiin järjestää yksi työpaja lisää. Jatkokäsittelyä vaativat parannusehdotukset olivat predialyysipotilaiden moniammatillisen ryhmäohjauksen eli ensitietopäivän suunnittelu ja poliklinikoiden käyttöön tulevan kotihemodialyysin kirjallisen materiaalin läpikäyminen. Työpajan jälkeen opinnäytetyöntekijä lähetti osallistujille muistion työpajassa sovituista asioista ja käyttöön otettavista parannusehdotuksista sekä kutsun ja ohjelman seuraavaan työpajaan.

Neljäs työpaja pidettiin 21.11.2017. Työpajan aiheena oli hoitomuodon valintaan liittyvien parannusehdotusten jatkokäsittely, predialyysipotilaiden ensitietopäivän suunnittelu ja predialyysipotilaalle suunnatun kotihemodialyysin ohjausmateriaalin läpikäyminen sekä muiden parannusehdotusten arviointi. Työpajaan osallistui viisi kotihemodialyysihoitajaa. Heidän lisäksi ensimmäisen puolen tunnin ajan työpajaan osallistuivat predialyysipoliklinikan ja munuaispoliklinikan sairaanhoitajat ja aikaisemmin poliklinikalla työskennellyt sairaanhoitaja, jolla oli kokemusta vastaavan ensitietopäivän järjestämisestä.

Sairaanhoitaja kertoi kokemuksistaan predialyysipotilaiden ensitietopäivän järjestämisestä. Vastaava ensitietopäivä oli järjestetty Pohjois-Karjalan keskussairaalaissa aikaisemmin noin kymmenisen vuotta sitten. Ensitietopäivä oli ollut suosittu, mutta koettu työlääksi järjestää. Opinnäytetyöntekijä oli selvittänyt

muualla Suomessa olevia käytäntöjä ja kertoi kahdesta ohjauskäytännöstä. Ryhmäkeskustelussa suunniteltiin ensitietopäivää vastaamaan Siun soten alueen predialyysipotilaiden tarpeisiin ja hyödynnettiin hyviksi havaittuja käytäntöjä. Keskustelussa sovittiin alustavasti ohjelman sisällöstä sekä työnjaosta ensitietopäivän suunnittelussa ja järjestämisessä. Toiseksi opinnäytetyöntekijä esitteli kotihemodialyysistä olemassa olevia esitteitä. Keskustelussa valittiin poliklinikan käyttöön sopiva ohjausmateriaali predialyysipotilaalle. Poliklinikoiden sairaanhoitajat saivat kirjalliset esitteet ja ohjeet materiaalin sähköiseen versioon. Kotihemodialyysiyksikön omaa ohjetta sovittiin käytettävän, kun potilas tulee tutustumiskäynnille kotihemodialyysiyksikköön. Työpajassa arvioitiin myös dialyysihoitomuodon valintaan tehtyjä parannusehdotuksia. Niiden käytöstä ei ollut tässä vaiheessa karttunut kokemuksia. Käytäntöön viemistä päätettiin jatkaa. Opinnäytetyöntekijä kirjasi keskustelun ja sovitut asiat.

Viimeisen tunnin ajaksi paikalle jäivät kotihemodialyysihoitajat. Ryhmäkeskustelussa käytiin läpi potilaan kouluttamiseen ja tukemiseen, osaamiseen ja toimintaan liittyviä kehittämistarpeita ja ideoitiin parannusehdotuksia. Parannusehdotuksia olivat potilaan kouluttamisen ja työvuorosuunnittelun sovittaminen yhteen, nimetyn hoitajan keskittyminen potilaan kouluttamisen kokonaisprosessiin ja yksikön aukioloaikojen laajentaminen tavoitettavuuden lisäämiseksi. Nämä ideat päätettiin ottaa heti käyttöön ja kirjattiin ylös. Työpajan jälkeen opinnäytetyöntekijä teki muistion työpajassa sovituista asioista ja lähetti päätökset hyväksyttäväksi esimiehille ja tiedoksi osallistujille.

Viides työpaja pidettiin 9.1.2018. Työpajan aiheena oli kehittämisprosessin tulosten käsittely ja arviointi sekä toimintamalliehdotuksen suunnittelu. Joidenkin kehittämistarpeiden, kuten potilaan kouluttamisen, osaamisen ja kotihemodialyysin toiminnan kehittämiseen ja parannusehdotusten arviointiin tarvittiin lisää keskusteluaikaa. Työpajaan osallistui neljä kotihemodialyysihoitajaa. Ensimmäisen tunnin ajan työpajaan osallistui myös osastonhoitaja. Potilaan ohjaamiseen, osaamiseen ja kotihemodialyysin toimintaan liittyvät kehittämistarpeet kaipasivat vielä käsittelyä. Ryhmäkeskustelussa käytiin läpi kehittämistarpeita, niiden syitä ja parannusehdotuksia. Aikaisemmin tehtyjä ratkaisuja arvioitiin ja sovittiin uusien parannusehdotusten kokeilusta ja käyttöönotosta. Avoin

vuorovaikutus, yhteistyön lisääminen, mentorointi ja osaamisen kehittäminen käytännössä nousivat avaintekijöiksi. Myös uusien ohjeiden käyttöönotosta ja kodin muutostyökäynnin toteuttamisesta sovittiin.

Opinnäytetyöntekijä esitti yhteenvedon kehittämisprosessin tuloksista, merkittävimmistä kehittämistarpeista ja parannusehdotuksista. Näistä keskusteltiin ja parannusehdotusten toimivuutta arvioitiin. Opinnäytetyöntekijä teki muistiinpanoja arvioinnista parannusehdotusten muokkaamiseksi. Kaikki ideat eivät vielä olleet käytössä, mutta niiden kehittämistä päätettiin jatkaa työyksikössä. Esimerkiksi ensitietopäivä järjestetään keväällä 2018 ja hoitomuodon valinta- vastaanottokäyntejä kokeillaan käytännössä. Toimintamalliehdotuksen muokkaamiseksi opinnäytetyöntekijä oli hahmotellut kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessin kulkua ja sitä arvioitiin yhdessä. Toimintamalliehdotuksen valmistelu jäi kesken ja sitä päätettiin jatkaa työyksikössä. Opinnäytetyöntekijä toimitti toimintamallin luonnoksen työyksikköön jatkokäsitteltäväksi. Taulukossa 1 on yhteenvedo työpajojen aikataulusta, osallistujista ja ohjelmasta.

Taulukko 1. Työpajojen ohjelma.

Työpaja	Aika	Osallistujat	Aihe
Työpaja1:	12.9.2017 13.30-16	4 kotihemodialyysihoitajaa	Kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessin vaiheet/nykytila, kehittämistarpeet
Työpaja2:	19.9.2017 13.30-16	4 kotihemodialyysihoitajaa	Hoidon kehittämistarpeet, syiden tunnistaminen, parannusehdotukset
Työpaja3:	24.10.2017 13.30-16 14.30-16	4 kotihemodialyysihoitajaa, osastonhoitaja nefrologian ylilääkäri, nefrologian erikoislääkäri, 2 poliklinikan sairaanhoitajaa	Parannusehdotusten arviointi Hoidon kehittämistarpeet, parannusehdotusten arviointi, muokkaus ja valinta
Työpaja4:	21.11.2017 13.30-16 13.30-15	5 kotihemodialyysihoitajaa, 3 poliklinikan sairaanhoitajaa	Parannusehdotusten jatkokäsittely
Työpaja5:	9.1.2018 13.30-16 13.30-15	4 kotihemodialyysihoitajaa, osastonhoitaja	Kehittämisprosessin tulokset, arviointi, toimintamalliehdotus

6.6 Kotihemodialyysipotilaan hoidon nykytila ja hoitoprosessin vaiheet

Kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessi jaettiin kolmeen vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe on predialyysivaihe, toinen kotihemodialyysikoulutus ja kolmas kotihemodialyysihoidon ja seuranta kotona. Kotihemodialyysihoidot päättyvät, jos potilas tarvitsee jatkuvaa hemodialyysihoidoa sairaalassa, pääsee munuaisensiirtoon tai menehtyy.

Potilaat tulevat läheteellä nefrologin arvioon munuaispoliklinikalle ja ovat predialyysivaiheen seurannassa ja hoidossa poliklinikalla. Munuaissairauden edetessä dialyysihoidomuodon valinta tulee ajankohtaiseksi, jos konservatiivista hoitolinjaa ei ole valittu. Dialyysihoidomuotoihin tutustuminen alkaa poliklinikalla, jossa nefrologi ja sairaanhoitaja kertovat eri dialyysihoidomuodoista. Potilaalle varataan aika predialyysipoliklinikalle, jossa sairaanhoitaja esittelee dialyysihoidomuodot, hoitovälineet ja hemodialyysiosaston. Jos potilas on kiinnostunut kotihemodialyysistä, hänet voidaan ohjata tutustumaan kotihemodialyysiyksikköön. Kotihemodialyysihoidon ja kotihemodialyysihoidosta ja esittelee kotihemodialyysilaitteen. Dialyysihoidomuodon valinnan ja dialyysihoidojen koordinoimiseksi järjestetään yhteistyöpalavereja noin kerran kahdessa kuukaudessa. Palaveriin osallistuvat nefrologit, munuaispoliklinikan ja predialyysipoliklinikan sairaanhoitaja, peritoneaaldialyysihoidon ja kotihemodialyysihoidon sairaanhoitaja. Palaverissa käydään läpi predialyysipotilaiden osalta, onko hoitomuotoa valittu ja milloin dialyysihoidon aloitus arvioidaan olevan ajankohtaista.

Päätös hoitomuodosta tehdään nefrologin vastaanotolla. Kun hoitomuodoksi valitaan kotihemodialyysi, ja dialyysihoidon aloitus arvioidaan olevan lähikuukausina, tehdään lähete verisuonikirurgille fistelileikkausta varten. Fistelin on tarpeen kehittyä vähintään yhden tai kahden kuukauden ajan ennen dialyysihoidon aloitusta. Kotihemodialyysihoidon aloituksesta sovitaan nefrologin vastaanotolla ja lääkäri ilmoittaa hoidon tarpeesta kotihemodialyysiyksikköön. Yleensä hoidon aloitus tapahtuu nopeasti muutaman päivän sisällä. Kotihemodialyysipotilaan koulutus pyritään aloittamaan ensimmäisestä hemodialyysihoidosta lähtien kotihemodialyysiyksikössä. Kotihemodialyysiin voi siirtyä myös sairaalan hemodialyysiosastolta ja peritoneaaldialyysistä.

Koulutus kotihemodialyysiin kestää noin kaksi kuukautta, joskus kauemminkin. Potilas käy kotihemodialyysiyksikössä hemodialyysihoidoissa ja kotihemodialyysikoulutuksessa kolmesta viiteen kertaan viikossa. Potilasta ohjataan itsensä hoitamiseen ja koulutetaan omatoimiseen hemodialyysihoidon toteutukseen. Koulutukseen kuuluu hemodialyysilaitteen valmistelu, fisteliin pistäminen tai dialyysikatetrin käsittely, dialyysihoidon aloitus ja lopetus. Teknisen dialyysihoidon toteutuksen lisäksi annetaan ohjausta nesteiden poistoon, lääkitykseen, ruokavalioon, dialyysihoitoihin sitoutumiseen, henkiseen jaksamiseen ja riittävään dialyysihoitoon liittyen. Yleensä omaisille tarjotaan mahdollisuutta tulla tutustumaan kotihemodialyysiin. Lisäksi sovitaan käytännön asioista kotiutukseen, tarvikkeiden tilaamiseen ja kotihoidon seurantaan liittyen. Koulutusaikana tehdään munuaisensiirtoa varten tarvittavia tutkimuksia ja ohjataan munuaisensiirtoon valmistautumisessa. Ohjaukseen osallistuvat myös sosiaalityöntekijä ja ravitsemusterapeutti yksilöllisen tarpeen mukaan.

Koulutusjakson aikana tehdään muutostöiden kartoituskäynti potilaan kotiin. Kotihemodialyysihoitaja sopii käynnistä sairaalan lääkintälaittehuollon työntekijän ja potilaan kanssa. Lääkintälaittehuolto vastaa kodin muutostöiden kartoittamisesta ja tilaamisesta. Kotihemodialyysihoitaja osallistuu hoitotilan kartoittamiseen ja on potilaan tukena kotikäynnillä. Muutostöiden järjestämiseen on hyvä varata noin kuukausi aikaa. Kun muutostyöt on tehty ja dialyysihoidon toteuttaminen onnistuu itsenäisesti, voidaan kotihemodialyysihoidot aloittaa kotona. Kotihemodialyysihoitaja sopii dialyysilaitteen ja tarvikkeiden kuljetuksen laitefirman tai sairaalan materiaalikeskuksen kanssa. Laitefirman asentaja käy asentamassa dialyysilaitteen potilaan kotiin sovitun aikataulun mukaisesti.

Asennuksen jälkeisenä päivänä yleensä kaksi kotihemodialyysihoitajaa menevät kotiutuskäynnille. Tarvittaessa kotihemodialyysihoitaja ottaa dialyysilaitteen vedenpuhdistuslaitteesta vesinäytteet ja ohjaa vesinäytteenoton potilaalle. Kotihemodialyysihoitajat ovat paikalla dialyysihoidon aloituksen tai tarvittaessa koko hoidon ajan. Hoitajaan voi olla puhelimitse yhteydessä, jos hoidon aikana tulee kysyttävää. Kotihemodialyysihoitaja lähettää vesinäytteet tutkittavaksi ja kirjaa tiedot kotiutumisesta potilastietojärjestelmään. Kotiutuksen jälkeen potilas hoitaa itseään kotona annettujen hoito-ohjeiden mukaan. Potilas käy sovitusti veri-

kokeissa ja nefrologin ja kotihemodialyysihoidajan vastaanotolla. Ensimmäinen kontrolli on kahden tai kolmen viikon kuluttua kotiutumisesta, seuraava noin neljän viikon ja jatkossa kuuden viikon välein. Kontrollikäynnit järjestetään yksilöllisen tarpeen mukaan.

Kotihemodialyysipotilaat ilmoittavat tarvikelaukset kotihemodialyysihoidajalle. Hoitaja tilaa ja pakkaa hoitotarvikkeet sekä tilaa tarvikkeille kuljetuksen potilaan kotiin noin kerran kuukaudessa sovitun aikataulun mukaisesti. Kotihemodialyysihoidajat ovat tarvittaessa yhteydessä potilaisiin puhelimitse ja seuraavat esimerkiksi laboratoriokokeita. Yhteydenpito on tiiviimpää heti kotiutuksen jälkeen tai ongelmien yllättäessä. Tarvittaessa potilas ottaa yhteyttä puhelimitse hoitoon tai vointiin liittyvissä kysymyksissä. Useimmiten ongelmat liittyvät dialyysilaitteeseen, pistämiseen tai vointiin. Tarvittaessa sairaalan kotihemodialyysiyksikköön voi tulla tukidialyysiin, jos dialyysihoito ei syystä tai toisesta kotona onnistu. Kuviossa 7 esitetään kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessin vaiheet ja niihin kuuluvat toimet pelkistettyinä.

PREDIALYYSIVAIHE	KOTIHEMODIALYYSI-KOULUTUSVAIHE	KOTIHEMODIALYYSIHOITO KOTONA
<ul style="list-style-type: none"> • Hoito, seuranta ja dialyysihoitomuotoihin tutustuminen munuaispoliklinikalla • Dialyysihoitomuotoihin tutustuminen predialyysipoliklinikalla • Joskus tutustuminen kotihemodialyysiin • Hoitomuodon valinta munuaispoliklinikalla • Fistelin teko • Kotihemodialyysihoidon aloituksesta ilmoittaminen kotihemodialyysiin ja sopiminen potilaan kanssa • Potilas voi siirtyä kotihemodialyysiin myös hemodialyysiosastolta tai peritoneaalialyysistä 	<ul style="list-style-type: none"> • Kotihemodialyysihoidon aloittaminen • Potilaan koulutus: laiteohjaus, pisto-ohjaus, muu kotihemodialyysipotilaan ohjaus • Kotihemodialyysihoidon toteutus omatoimisesti sairaalassa • Selvittelyt ja ohjaus munuaisensiirtoa varten • Omaisten huomiointi • Sosiaalityöntekijän ja ravitsemusterapeutin ohjaus • Kotiutuksen suunnittelu: muutostöiden kartoitus-käynti, kotiutuspäivän sopiminen • Tarvikkeiden tilaaminen, koneen kuljetus ja asennus kotiin 	<ul style="list-style-type: none"> • Kotiutuskäynti, yleensä 2 hoitajaa: 1.kotihemodialyysihoito kotona • Vesinäytteiden otto ja ohjaus • Seuranta: Kontrollikäynnit; vastaanotto ja laboratoriokokeet • Kotihemodialyysihoidajien tuki, yhteydenpito, puhelinohjaus • Tarviketilaukset/toimitukset • Tukidialyysi sairaalassa tarvittaessa

Kuvio 7. Kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessin vaiheet.

6.7 Kehittämisen prosessin arviointimenetelmät

Toimintatutkimus on sosiaalista ja kokeilevaa toiminnan kehittämistä, jossa kehittämistyön suunnittelu, toiminta ja arviointi vuorottelevat. (Ojasalo ym. 2014, 61; Toikko & Rantanen 2009, 30.) Jatkuvalla arvioinnilla suunnataan kehitysprosessia ja tarvittaessa kehittämistoiminnan tavoitteita ja toimintatapoja voidaan muuttaa. Kehittämisen prosessin edetessä arvioidaan prosessia, tavoitteita, toimintatapoja ja onnistumisia. (Toikko & Rantanen 2009, 61.) Loppuarviointiin kuuluu tavoitteisiin pääsyn arviointi ja tulosten arviointi (Heikkilä ym. 2008, 88).

Arvioinnin tehtävänä tässä opinnäytetyössä oli ohjata kehittämisen prosessia ja tuottaa tietoa kehittävästä asiasta. Opinnäytetyöntekijä suoritti jatkuvaa arviointia ja peilasi prosessin etenemistä suhteessa tavoitteisiin. Suunnitteluvaiheessa kehittämiskohdetta ja aiheen tarpeellisuutta arvioitiin yhteistyössä työntekijöiden ja esimiesten kanssa. Opinnäytetyöntekijä arvioi aihetta tiedonhaulla tutkimuksia ja kehittämisprojekteja hyödyntäen. Kehittämisen prosessissa voidaan käyttää neuvottelevaa arviointia, jossa näkemyksiä sovitetaan ja muodostetaan yhteistä ymmärrystä (Toikko & Rantanen 2009, 84–85). Tässä opinnäytetyössä neuvottelevaa arviointia suoritettiin kehittämisen prosessin aikana työpajoissa ja työyhteisössä käytännön työssä. Kehittämisen prosessiin osallistujien kanssa arvioitiin kehittämisen prosessin etenemistä, ideoiden ja ratkaisujen toimivuutta, käytännön kokemuksia ja tavoitteisiin pääsyä. Arvioinnin avulla nousi uusia kehittämistarpeita esiin. Parannusehdotuksia arvioitiin toistuvasti ja muokattiin arvioinnin avulla. Arvioinnin avulla kehittämisen prosessin etenemistä muokattiin. Osallistavana menetelmänä arvioinnissa olivat ryhmäkeskustelu ja havainnointi.

Osallistajat antoivat suullista palautetta toimintamalliehdotuksen työstämiseksi. Opinnäytetyöntekijä suoritti oman toiminnan reflektointia työpajojen jälkeen, jolla arvioi omaa toimintaa kriittisesti ja puntaroi vaihtoehtoisia toimintatapoja. Työntekijät osallistuivat kehittämisen prosessin loppuarviointiin täyttämällä arviointilomakkeen (liite 3). Kehittämisen prosessin arvioinnissa käytettiin apuna työpajojen muistiinpanoja, muistioita ja kirjallisia tuotoksia. Kehittämisen prosessissa ei käytetty ulkoista arviointia, koska kyseessä oli opinnäytetyöntekijän suunnittelema ja toteuttama omaan työyksikköön kohdistuva työelämälähtöinen kehittäminen.

7 Opinnäytetyön tulokset

Opinnäytetyön tulokset syntyivät kehittämistoiminnan prosessin aikana. Aineistoa kerättiin työpajojen tuotoksista ja ryhmäkeskusteluista. Tuloksissa hyödynnettiin työpajoista tehtyjä muistiinpanoja ja havaintoja. Opinnäytetyön aineisto analysoitiin käyttämällä teemoittelua analysointimenetelmänä. Kehittämisprosessin tuotoksena opinnäytetyössä laadittiin asiakaslähtöinen ja näyttöön perustuva toimintamalliehdotus kotihemodialyysipotilaan hoitoon. Toimintamalli syntyi kehittämisprosessiin osallistujien näkemysten, kirjallisuuden ja hyviksi havaittujen käytäntöjen perusteella.

7.1 Aineiston analyysi

Laadullisen aineiston perusanalyysimenetelmä on sisällönanalyysi. Sitä voidaan pitää omana analyysimenetelmänä tai väljänä teoreettisena viitekehyksenä kaikkien kirjoitettujen, kuultujen tai nähtyjen sisältöjen analyysissä. Aineiston analyysillä tarkoitetaan tutkimusaineiston käsittelyä ja järjestelyä. Analyysillä pyritään löytämään selitys ilmiölle tai pilkkomaan ongelma pieniin osiin, jotta se olisi ratkaistavissa. Laadullisen tutkimuksen olennaiset ilmiöt saadaan esiin, kun tutkija päättää mikä kerätyssä aineistossa on merkittävintä ja kerää aineistosta kaiken siihen liittyvän yhteen. Merkittävimmät tiedot erotetaan ja kirjataan tekstimuotoon. Tätä kutsutaan litteroinniksi tai koodaamiseksi. Tällöin aineistoa on mahdollista käsitellä ja työstää. Ennen analyysiä aineistoa tulee tiivistää, jotta olennainen tieto saadaan esiin. Sen jälkeen aineisto luokitellaan, teemoitellaan tai tyypitellään ja tuloksista kirjoitetaan yhteenveto. (Kananen 2014, 105-107; Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-93.) Sisällön analyysi ja teemoittelu ovat yleisimpiä hoitotieteellisen tutkimuksen analyysimenetelmiä. Menetelmissä on paljon yhtäläisyyksiä, mutta erona on, että sisällön analyysillä voidaan tuottaa myös määrällistä tietoa. (Vaismoradi, Turunen & Bondas 2013, 398, 404.)

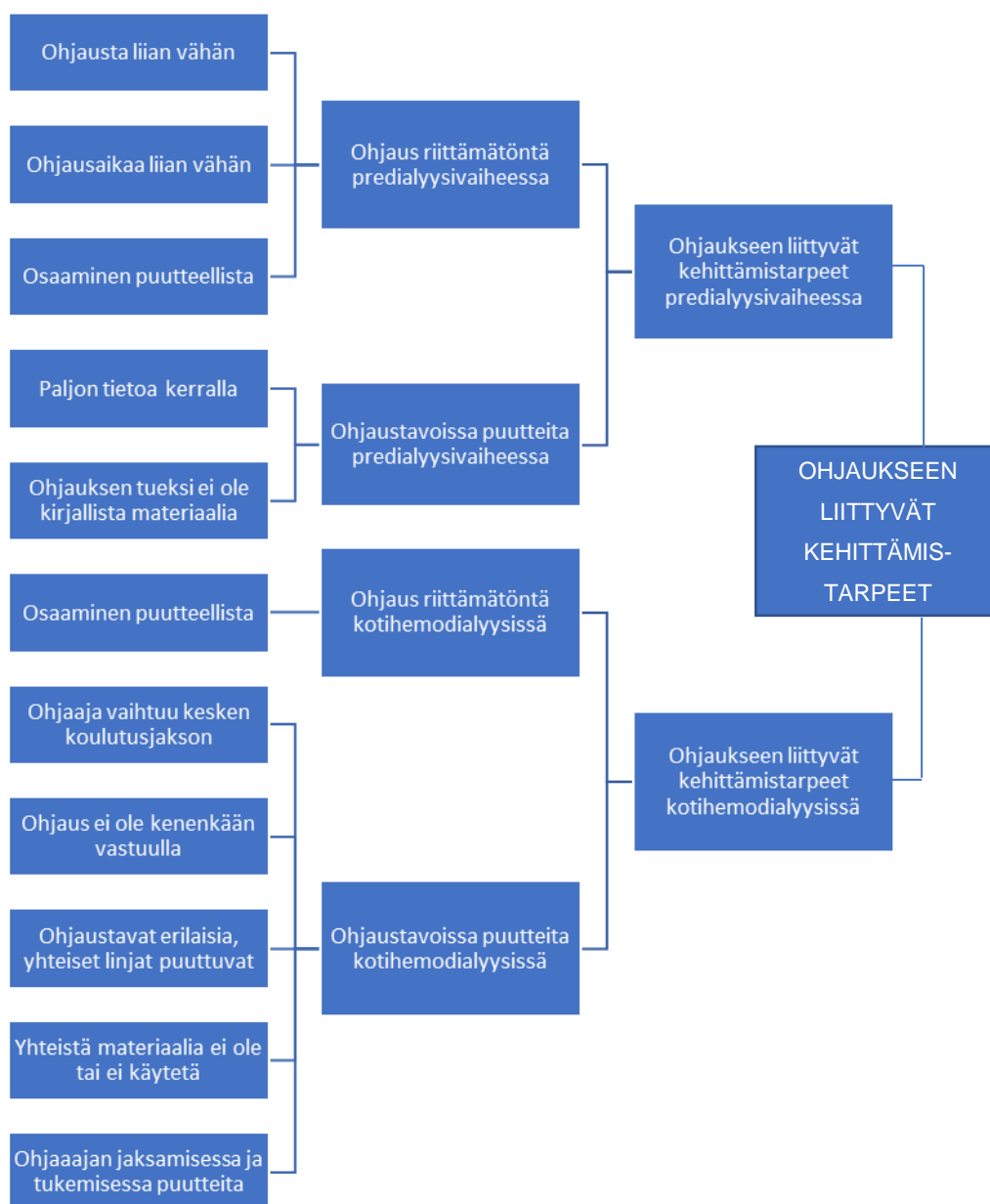
Luokittelu on yksinkertaisin analyysimuoto. Aineistosta määritellään luokkia, joiden avulla voidaan laskea, kuinka montaa kertaa kukin luokka esiintyy aineis-

tossa. Teemoittelussa aineisto pilkotaan ja ryhmitellään erilaisten aihepiirien tai teemojen mukaan. Luokittelussa korostuvien lukumäärien sijaan teemoittelulla tehdyssä analyysissä painotetaan teeman sisältöä, mitä kustakin teemasta on sanottu tai mitä siihen katsotaan sisältyvän. Aineiston alustavan luokittelun tai ryhmittelyn jälkeen siitä etsitään varsinaisia teemoja tai tiettyä teemaa kuvaavia näkemyksiä. Teemoja tai keskeisiä aiheita muodostetaan etsimällä aineistosta yhdistäviä tai erottavia tekijöitä. Tuloksissa voidaan esittää myös alkuperäisten vastausten sitaatteja. Tyypittelyssä puolestaan etsitään teemojen sisältä yhteisiä ominaisuuksia ja niitä tiivistetään yleistyksiksi tai tyyppiesimerkeiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92-93; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Kananen 2014, 111; Vaismoradi ym. 2013, 398-399.)

Teemojen muodostamisen apuna voidaan käyttää taulukointia tai teemakortistoa havainnollistamaan mitkä seikat aineistossa ovat keskeisiä. Näille seikoille määritellään yhdistäviä tekijöitä eli teemoja. Kunkin teeman alle kootaan aineistosta teemaa kuvaavia näkemyksiä ja järjestetään tiettyyn teemaan liittyvät asiat omiksi kokonaisuuksikseen. Näin voidaan luokitella sisällöllisiä näkemuseroja, joita eri teemoilla on. Teemat voidaan muodostaa etukäteen valittujen aiheiden mukaan tai teemoiksi valitaan aineistosta tulkinnan pohjalta nousseet teemat. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Vaismoradi ym. 2013, 399.)

Tämän opinnäytetyön tulosten analyysissä aineiston kehittämistarpeet ryhmiteltiin ensin hoitoprosessin mukaan vaiheittain. Sen jälkeen kunkin vaiheen alkuperäisiä ilmauksia ryhmiteltiin sisällön mukaisesti erilaisten aihepiirien mukaan. Alkuperäisten ilmaisujen sisällöistä etsittiin yhteisiä merkityksiä ja niitä yhdisteltiin omiin ryhmiinsä. Ilmaisuihin muodostuneista ryhmistä koottiin saman sisältöisiä alaluokkia. Jokaisen ryhmän tai alaluokan sisällöstä etsittiin yhteisiä merkityksiä ja alaluokkia yhdistettiin isompiin kokonaisuuksiin, joista lopulliset teemat muodostuivat. Kehittämistarpeista nousseista teemoista saatiin selville, millaiset tekijät vaikuttavat ongelmien syntymiseen. Teemojen muodostamisen apuna käytettiin taulukointia, johon asioita ryhmiteltiin yhdistävien näkemysten mukaan. Taulukoinnilla havainnollistettiin aineistosta nousevia keskeisiä asioita. Teemat muodostuivat analyysin aikana opinnäytetyöntekijän aineistosta teke-

mien tulkintojen pohjalta. Kuviossa 8 mallinnetaan esimerkin avulla, kuinka analyysin purku teemoittelun avulla tehtiin.



Kuvio 8. Esimerkki teemoittelusta – ohjaukseen liittyvät kehittämistarpeet.

Parannusehdotuksia käsiteltiin kehittämistarpeiden teemojen mukaan. Aineistosta etsittiin kuhunkin teemaan kuuluvia ilmaisuja. Alkuperäiset ideat ja parannusehdotukset kerättiin sen kehittämistarpeen alle, mihin parannusehdotus kohdistui. Parannusehdotukset ryhmiteltiin teemojen sisällä saman sisältöisiin alaluokkiin ja yhdistettiin edelleen laajempiin kokonaisuuksiin. Teemoittelun

avulla kehittämisilmiöstä muodostui tiivistetty kuvaus, joka kytkeytyi aihetta koskevaan kirjallisuuteen.

7.2 Kotihemodialyysipotilaan hoidon kehittämistarpeita

Kehittämisprosessin tuloksissa kehittämistarpeiksi nousi kuusi pääteemaa. Teemat olivat hoitomuodon valintaan, potilaan ohjaamiseen, osaamiseen, potilaan tukemiseen, toimintatapoihin ja resursseihin liittyvät kehittämistarpeet. Hoitomuodon valintaan liittyvänä kehittämistarpeena koettiin, että tukeminen hoitomuodon valinnassa oli puutteellista. Potilaat eivät aina saaneet riittävästi tietoa eri hoitomuodoista ja hoitomuodon valinta oli vaikeaa. Omainen tai läheinen ei osallistu ohjaukseen, vaikka kotihemodialyysi koskettaa koko perhettä. Joskus omaisten suhtautuminen kotihemodialyysiin voi olla negatiivista, koska tietoa ei ole riittävästi. Kotidialyysimuotojen ja kotihemodialyysin markkinointi koettiin vielä riittämättömäksi. Joskus potilaan soveltuvuutta kotihemodialyysiin on vaikea arvioida etukäteen. Hoitomuodon valinnan riittämättömän tiedon saannin takia kotihemodialyysiin voi olla vaikea motivoitua ja sitoutua. Potilaalla ei välttämättä ole riittävää käsitystä kotihemodialyysistä ja hän voi valita sopimattoman hoitomuodon. Kotihemodialyysihoitajat kokivat kuitenkin, että soveltuvuutta voidaan arvioida myös käytännössä. Näin voidaan hakea rajoja hoitomuotoon soveltuvuuteen.

Potilaan ohjaaminen nousi kehittämistarpeeksi kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessissa. Predialyysipotilaan ohjaaminen hoitomuodon valinnassa oli riittämätöntä. Ohjausaikaa poliklinikalla on vähän ja vastaanottoaika kului voinnin seurantaan ja hoidon arviointiin. Ohjausaika on vähäinen myös predialyysipoliklinikalla, jossa esitellään kaikki dialyysihoitomuodot, tutustutaan tiloihin ja hoitovälineisiin. Aikaa on varattu 50 minuuttia ja tietoa tulee paljon yhdellä kertaa. Poliklinikoilla ei myöskään ollut predialyysipotilaille kirjallista ohjausmateriaalia kotihemodialyysistä.

Potilaan kouluttaminen kotihemodialyysiin ja pistämisen opettaminen koettiin haasteelliseksi. Koulutuksessa saattoi olla puutteita, ja kotihemodialyysihoito

kotona ei onnistunut odotetulla tavalla. Sairaanhoidajien osaamisessa ja ohjaustavoissa oli eroja. Yhteisiä linjoja kouluttamiseen ei oltu määritelty. Kotihemodialyysihoitajilla oli erilaisia käsityksiä koulutuksen sisällöstä. Potilaan koulutusjaksoja ei pystytty suunnittelemaan kokonaisvaltaisesti. Työkierron takia ohjaaja saattoi vaihtua kesken koulutuksen, vaikka potilaan kouluttaminen on pitkäjänteinen ja luottamuksellista vuorovaikutussuhdetta vaativa prosessi. Koulutusjaksot olivat myös melko pitkiä. Yhteisiä ohjeita ei käytetty. Potilaan tai hoitajan jaksaminen koulutuksessa saattoi myös olla haasteena. Työyhteisön tuki koulutusprosessissa koettiin puutteelliseksi.

Osaamiseen liittyviä kehittämistarpeita koettiin kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessissa. Poliklinikoiden hoitajat ovat asiantuntijoita munuaispotilaiden hoidossa, mutta heillä ei ole käytännön perehtyneisyyttä kotihemodialyysistä. Kotihemodialyysihoitajilla ei puolestaan ollut riittävästi yhteistä näkemystä predialyysipotilaan ohjauksen sisällöstä. Kotihemodialyysissä ei ollut materiaalia predialyysipotilaan ohjauksen tueksi tai materiaalia ei käytetty. Kotihemodialyysipotilaan koulutuksessa vaaditaan paljon osaamista kotihemodialyysistä ja potilaan ohjaamisesta. Kotihemodialyysihoitajien osaaminen ja kokemus vaihtelevat toiminnan lyhyen taustan ja työkokemuksen takia. Osa kotihemodialyysihoitajista koki epävarmuutta osaamisestaan ja kokemuksen kotihemodialyysistä vähäiseksi. Työkokemus vaikutti perehtymiseen ja osaamisen kehittymiseen. Työkierron takia kotihemodialyysissä työskentelyyn tulee taukoja, eivätkä kaikki hoitajat olleet osallistuneet potilaan kokonaisprosessiin kotihemodialyysissä. Myös koulutusta koettiin olevan liian vähän saatavilla.

Yhdeksi teemaksi muodostui potilaan tukemiseen liittyvät kehittämistarpeet. Potilaat tarvitsevat tukea dialyysihoitoon sopeutumisessa. Kotihemodialyysipotilaiden kohdalla dialyysihoitoon sitoutumisen ja vastuun ottamisen tukeminen korostui. Ajoittain motivointi kotihemodialyysiin oli puutteellista ja hoitomyöntyvyydessä saattoi olla puutteita. Hoitoon saattoi olla vaikea sitoutua ja hoitosuosituksia ei aina noudatettu. Potilaat saattoivat vähentää hoitoaikaa tai jättää hoitoja tekemättä, mikä voi olla selviytymisen kannalta haitallista. Joillakin esiintyi perheen sisäisiä ongelmia, psyykkisiä ongelmia, hoitoväsymystä tai yksinäisyyttä. Kotihemodialyysihoitajat saattoivat kokea huolta potilaan pärjäämisestä ja

potilas ei aina itse tunnistanut pärjäämättömyyttään. Omaisia ei aina huomioitu riittävästi, omainen ei osallistunut ohjaukseen tai sopeutunut ajatukseen kotihemodialyysistä. Läheisten tuki koettiin kuitenkin tärkeänä. Myös vertaistukea kaivattiin kotihemodialyysissä.

Kehittämisprosessiin osallistujat kokivat toimintaan, suunnitteluun ja koordinoitiin liittyviä kehittämistarpeita, jotka nimettiin toimintatapoihin liittyviksi kehittämistarpeiksi. Yhteistyö kotihemodialyysin, munuaispoliklinikan ja predialyysipoliklinikan välillä koettiin vähäiseksi. Yhteisissä toimintatavoissa hoitomuodon valinnan ohjauksessa ja kotihemodialyysipotilaiden hoidon koordinoinnissa oli puutteita. Joskus nefrologi tai poliklinikan sairaanhoitaja ohjaa kotihemodialyysistä kiinnostuneen potilaan tutustumaan kotihemodialyysiyksikköön. Näin ei kuitenkaan aina tapahtunut, käyntiin ei ollut varattu aikaa tai sovittu etukäteen, jolloin resurssi ohjaamiselle saattoi olla puutteellinen. Ohjaustilanne saattoi olla kiireinen ja sisältää häiriötekijöitä yksikön muusta toiminnasta johtuen. Potilaan tai hoitajan valmistautuminen ohjaukseen oli ajoittain puutteellista. Kotihemodialyysipotilaan tapaaminen etukäteen koettiin motivoinnin, hoitoon sitoutumisen ja luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen muodostamisen takia tärkeäksi.

Hoitomuodon valinnan koettiin välillä tapahtuvan myöhään, koska potilaiden oli vaikea valita hoitomuotoa tai he olivat haluttomia aloittamaan dialyysihoitoa. Kotihemodialyysiä varten tarvittavan veritien rakentaminen saattoi viivästyä ja joskus dialyysihoito joudutaan aloittamaan hemodialyysikaterin kautta. Tämä pidentää koulutustarvetta, lisää infektoriskiä ja kustannuksia. Jos dialyysihoidon aloittaminen pitkittyy, oppiminen voi olla hitaampaa myös pitkälle edenneen munuaisten vajaatoiminnan oireiden takia. Vaikka hoitomuoto valittaisiin ajoissa, hoidon aloituksesta sovitaan nopeasti. Potilaat tulevat kotihemodialyysikoulutukseen usein vain päivien varoitusajalla. Kotihemodialyysin toimintaa ja koulutusta on tällöin vaikea suunnitella ja koordinoida. Potilaiden hoitovuorot ja hoitajien työvuorot on suunniteltava niin, että kouluttamiseen on riittävästi aikaa. Jos koulutuksessa ei ole potilaita, hoitajaresurssia on vähemmän. Työkierron takia kotihemodialyysipotilaan ohjaaja voi vaihtua kesken koulutusjakson ja koulutus pidentyy. Etenkin koulutuksen alussa voi olla vaikeaa vastaanottaa ohjausta usealta ihmisiltä, koska ohjaustyylit ovat erilaisia. Luottamuksellisen hoi-

tosuhteen syntyminen vie aikaa ja oppiminen vaatii toimivaa vuorovaikutusta. Myös ohjaaja sitoutuu ja ottaa enemmän vastuuta, jolloin ohjaaminen tavoitteellista ja oppiminen nopeampaa. Kun koulutus alkaa äkillisesti, muiden potilaiden hoitovuoroja voidaan joutua muuttamaan. Hemodialyysipaikat ovat tarkasti käytössä ja potilaita joudutaan siirtämään kotihemodialyysiyksikön ja hemodialyysiosaston välillä. Toiminnan suunnittelemattomuus korostuu, jos hoitomuodon valinta viivästyy.

Kotihemodialyysiyksikkö oli kehittämisprosessin aikaan avoinna maanantaista lauantaihin klo 7-14 ja kolmena iltana viikossa klo 19 saakka. Kotihemodialyysipotilaat eivät saa tukea puhelimitse kuin yksikön aukioloaikana. Hoidon toteuttamiseen liittyviä kysymyksiä tulee helposti, kun kotihemodialyysihoitoa aloitetaan kotona ja kotiutuminen on hiljattain tapahtunut. Puhelintuen puuttuminen rajoittaa potilaiden vapautta tehdä hoitoa itselleen parhaiten sopivana ajankohdaksi ja aiheuttaa turvattomuutta. Kun dialyysihoidot kotona sujuvat rutiininomaisesti, hoitoajankohtaa ei enää rajoiteta. Tämä kehittämistarve liittyy myös potilaan tukemiseen ja resursseihin. Toimintatapoihin liittyvänä kehittämistarpeena koettiin yhteistyön haasteet kotihemodialyysiyksikössä. Toiminnan kehittäminen ja tiedottaminen koettiin vaativana, osin työkierron ja hoitajien vaihtuvuuden takia. Selkeitä yhteisiä toimintatapoja ei ollut, toimintatavat ja toimintaan sitoutuminen vaihtelivat. Yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa oli haasteita.

Toiminnan suunnittelun ja koordinoinnin lisäksi teemoiteltiin johtamiseen ja resursseihin liittyviä kehittämistarpeita. Koulutusten nopeaan aloittamiseen liittyen hoitajien työvuorojen ja työkierron suunnittelu sekä ohjaamisen turvaaminen koettiin haasteelliseksi. Ympäristöön ja toimintaan liittyen kotihemodialyysin tilat olivat epäkäytännölliset ja ahtaat. Munuaispotilaan hoito on sairaalassa myös fyysisesti erillään. Kotihemodialyysi, hemodialyysiosasto ja polikliiniset toiminnot sijaitsevat eri puolilla sairaalaa ja tämä vaikeuttaa ohjaamista predialyysivaiheessa. Kotihemodialyysi on erillään nefrologien muista työpisteistä, lääkärillä ei ole työtiloja kotihemodialyysiyksikössä ja kotihemodialyysin vastaanotot pidetään hemodialyysiosaston tiloissa. Jatkuvan puhelintuen eli puhelinpäivystyksen tarve koettiin toimintatapoihin ja resursseihin liittyvänä kehittämistarpeena. Tarviketoimitusten järjestäminen koettiin väärin organisoiduksi. Tarviketilausten jär-

jestäminen vie kohtuuttoman paljon hoitajien työaikaa, vähentää aikaa hoitotyöstä ja potilaan kouluttamisesta. Resursseihin ja johtamiseen liittyväksi kehittämistarpeeksi linkittyy myös osaamisen kehittämisen tukeminen. Kuviossa 9 on kotihemodialyysipotilaan hoidon kehittämistarpeet pääteemoihin jaettuna. Tee-
mojen alla on ryhmiä hoitoprosessin vaiheiden ja sisältöjen mukaan.

HOITOMUODON VALINTAAN LIITTYVÄT KEHITTÄMISTARPEET	OHJAAMISEEN LIITTYVÄT KEHITTÄMISTARPEET	OSAAMISEEN LIITTYVÄT KEHITTÄMISTARPEET
<ul style="list-style-type: none"> •HOITOMUODON VALINNAN TUKEMINEN PUUTTEELLISTA •Hoitomuodon valinta on potilaalle vaikeaa •Potilas ei saa riittävästi tietoa hoitomuodoista •Omaiset eivät ole mukana hoitomuodon valinnassa •KOTIHEMODIALYYSIN PANOSTAMINEN PUUTTEELLISTA •Kotidialyysien markkinointi ei ole riittävä •Soveltuvuuden arviointi kotidialyysieihin on vaikeaa •Potilaan motivointija sitoutuminen kotihemodialyysiin on puutteellista 	<ul style="list-style-type: none"> •OHJAUS RIITTÄMÄTÖNTÄ PREDIALYYSIVAIHEESSA: •Liian vähän ohjausta •Liian vähän aikaa •Liian paljon tietoa kerralla •Osaaminen puutteellista •Ohjausmateriaalin puute •KOULUTUS PUUTTEELLISTA KOTIHEMODIALYYSISSÄ: •Osaaminen puutteellista •Ohjaaja vaihtuu, ei vastuu-ohjaajaa •Ohjaustavat erilaisia, ei yhteisiä linjoja ohjauksessa •Yhteiset ohjeet puuttuvat tai ei käytetä •Ohjaajan jaksamisessa puutteita 	<ul style="list-style-type: none"> •OSAAMINEN PUUTTEELLISTA PREDIALYYSIVAIHEEN POTILAAN OHJAUKSESSA •Ohjaajalla ei ole kokemusta kotihemodialyysistä •OSAAMINEN PUUTTEELLISTA KOTIHEMODIALYYSI-POTILAAN KOULUTUKSESSA •Vähäinen työkokemus •Työkierto pidentää oppimista, osallistuminen kotihemodialyysipotilaan kokonaisprosessiin katkonaista •Epävarmuus osaamisesta •Koulutusta liian vähän
POTILAAN TUKEMISEEN LIITTYVÄT KEHITTÄMISTARPEET	TOIMINTATAPOIHIN LIITTYVÄT KEHITTÄMISTARPEET	RESURSSIEIHIN LIITTYVÄT KEHITTÄMISTARPEET
<ul style="list-style-type: none"> •POTILAAN SITOUTUMINEN HOITOOON VAIKEAA •Potilaan sopeutuminen pitkäaikaissairauteen ja dialyysihoitoon vaikeaa •Potilaan sitoutuminen kotihemodialyysiin ja vastuun ottaminen omasta hoidostaan riittämätöntä •Hoitomyöntyvyys puutteellista •POTILAAN JAKSAMINEN HOIDOSSA PUUTTEELLISTA •Hoitoväsymys •Yksinäisyys •Jatkuvan puhelintuen puute •Omaisten tuen puute •Vertaistuen puute 	<ul style="list-style-type: none"> •YHTEISTYÖ YKSIKÖIDEN VÄLILLÄ PUUTTEELLISTA •Yhteiset linjat hoitomuodon ohjauksessa ja toiminnan koordinnassa puutteellisia •Tutustuminen kotihemodialyysiin ei toimi •TOIMINNAN SUUNNITTELU PUUTTEELLISTA •Hoitomuoto valitaan myöhään, veritietä ei valmis •Potilaat tulevat koulutukseen lyhyellä varoitusajalla •Hoitovuorojen, työvuorojen ja koulutusten suunnittelu haasteellista •Aukioloaika rajoittaa hoitoa •YHTEISTYÖ KOTIHEMODIALYYSISSÄ HAASTEELLISTA •Yhteiset toimintatavat, tiedottaminen puutteellisia 	<ul style="list-style-type: none"> •HENKILÖKUNTA RIITTÄMÄTÖNTÄ •Työvuorojen/työkierron suunnittelu vaihtelevaa •Resurssi ohjaamiselle ajoittain puutteellinen •Lääkäriresurssi puutteellinen •TILA PUUTTEELLISET •Kotihemodialyysin tilat epäkäytännölliset ja riittämättömät •Ykisköt erillään toisistaan •PUHELINTUEN PUUTE •Hoitoajankohdan rajoittaminen kotona •TARVIKETILAUKSET/ TOIMITUKSET VÄÄRIN ORGANISOITU •Vievät paljon työaikaa

Kuvio 9. Kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessin kehittämistarpeet.

7.3 Kotihemodialyysipotilaan hoidon parannusehdotuksia

Kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessin kehittämiseksi parannusehdotuksista tuloksissa nousivat esiin hoitomuodon valinnan tukeminen, ohjaamisen tehostaminen, osaamisen kehittäminen, potilaan jaksamisen tukeminen, kotihemodialyysitoiminnan tehostaminen ja resurssien varmistaminen. Hoitomuodon valinnan helpottamiseksi potilaan tukemista hoitomuodon valinnassa lisätään. Ohjausta päätettiin lisätä ja päätöksentekoa tukea entistä paremmin jaetun päätöksen mukaisesti. Omainen tai omaiset pyritään huomioimaan paremmin ja pyydetään predialyysivaiheen ohjaukseen mukaan. Kehittämisprosessin aikana sovittiin, että molempien kotidialyysimuotojen markkinoimista lisätään. Kotidialyysiin soveltuvat potilaat pyritään seulomaan entistä paremmin, potilaan kanssa yhdessä harkitaan soveltuvuus kotidialyysiin ja pyritään ohjaamaan heidät sopivimpaan hoitomuotoon. Tiedon antamista kotihemodialyysistä tehostetaan ja ohjausmateriaalia käytetään ohjauksen tukena. Jatkossa kaikki kotihemodialyysiin soveltuvat potilaat ohjataan tutustumiskäynnille kotihemodialyysiyksikköön. Tiedon antaminen ja kotihemodialyysiin tutustuminen helpottavat soveltuvuuden arvioimista. Potilaita pyritään myös motivoimaan kotidialyysimuotoihin paremmin. Motivaatio paranee, kun valitsee itselleen parhaiten sopivimman dialyysihoitomuodon.

Hoitomuodon valinnan tukemiseen liittyy ohjaamisen tehostaminen. Predialyysivaiheen ohjaamiseen sovittiin yhteisiä linjoja ja uusia keinoja sekä valittiin käytettävät ohjausmateriaalit. Potilaat ohjataan entiseen tapaan predialyysikäynnille hoitajan vastaanotolle, jossa tutustutaan eri hoitomuotoihin. Jatkossa järjestetään lisäksi moniammatillista predialyysipotilaiden ryhmäohjausta, munuaispotilaiden ensitietopäivä kerran vuodessa tai tarpeen mukaan. Ensitietopäivä järjestetään ensimmäisen kerran huhtikuussa 2018. Kehittämisprosessin aikana sovittiin alustavasti ensitietopäivän sisällöstä, työnjaosta, aikataulusta ja järjestelyjen etenemisestä. Ensitietopäivään kutsutaan predialyysivaiheen potilaita läheistensä kanssa. Ryhmäohjausta antavat eri asiantuntijat kuten nefrologi, sosiaalityöntekijä, ravitsemusterapeutti ja potilasjärjestön, Munuais- ja maksaliiton edustaja. Hoitajat esittelevät eri dialyysihoitomuodot ja kotidialyysissä olevat potilaat kertovat omista kokemuksistaan. Ohjausta lisätään ohjaamalla kaikki koti-

hemodialyysiin soveltuvat potilaat predialyysiohjauskäynnille kotihemodialyysiyksikköön. Tutustumisesta sovitaan etukäteen ja siihen varataan aika. Kotihemodialyysihoitaja kertoo hoitomuodosta kattavasti, yhteisesti sovitun mallin mukaan. Jos potilas tarvitsee edelleen tukea hoitomuodon valinnassa, varataan munuaispoliklinikan vastaanoton yhteyteen ylimääräinen aika hoitomuodon valintaa varten. Vastaanotolle osallistuu tilanteen mukaan peritoneaalidialyysi- tai kotihemodialyysihoitaja. Potilaalle annetaan ohjausta, pyritään yhdessä päättämään sopiva hoitomuoto ja tehdään alustava suunnitelma hoidon aloituksesta.

Potilaan ohjaamista tehostetaan myös kotihemodialyysissä. Koulutuksen suunnittelua parannetaan ja yksilöllistetään potilaan tarpeet ja voimavarat huomioiden. Potilaan ja ohjaajan ohjaussuhdetta vahvistetaan nimeämällä ohjaaja koulutukseen tulevalle potilaalle. Ohjaajan vastuun lisääntymisen myötä ohjaussuhde ja koulutus paranevat. Koulutuksen tehostamiseksi sovittiin yhteisiä linjoja, mitä ohjataan ja missä aikataulussa. Kouluttamista, toimintatapoja ja ohjeita yhtenäistetään. Kouluttamisen onnistumiseksi, ohjaajan jaksamisen tueksi ja osaamisen vahvistamiseksi lisätään yhteistyötä kotihemodialyysihoitajien kesken. Kouluttamisen ja ohjaamisen kehittämiseen kotihemodialyysissä vaikuttavat lisäksi osaamisen kehittäminen ja resurssit.

Osaamisen kehittämiseksi ja vahvistamiseksi lisätään yhteistyötä, parannetaan kollegiaalisuutta ja hyödynnetään sisäistä konsultaatiota. Merkittävimmäksi osaamisen kehittämisessä koettiin osaamisen jakaminen. Perehdyttämisen ja osaamisen kehittämisen apuna hyödynnetään työparia, kokeneempaa työtoveria ja mentorointia. Työkierron ja koulutusten yhteen sovittamisella hoitajat pääsevät paremmin perehtymään potilaan koulutuksen kokonaisprosessiin. Yhteistyötä ja verkostoitumista muiden kotihemodialyysiyksiköiden kanssa pyritään lisäämään. Osaamisen kehittämisessä esimiehen tuki on tärkeää. Yhteistyötä ja tiedottamista esimiehen ja kotihemodialyysiyksikön välillä lisätään. Esimies mahdollistaa työvuorosuunnittelun potilaan koulutusten mukaisesti, tukee osaamisen kehittämistä ja mahdollistaa koulutuksiin osallistumisen.

Potilaan jaksamista pyritään tukemaan yksilöllisemmin. Hoitoon sitoutumista tuetaan motivoinnin, tiedon ja tuen lisäämisellä. Omaiset huomioidaan jatkossa

paremmin perheen tarpeiden mukaan ja heille tarjotaan mahdollisuutta osallistua ja tutustua kotihemodialyysiin koulutuksen aikana. Vertaistuen mahdollisuutta pyritään parantamaan kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessin aikana. Vertaistukea tarjotaan lisäämällä yhteistyötä potilasjärjestön kanssa ja järjestämällä mahdollisuuksia kuulla muiden potilaiden kokemuksia esimerkiksi ensitietopäivän yhteydessä. Kotihemodialyysikoulutuksessa on mahdollista halutessaan vaihtaa ajatuksia toisten potilaiden kanssa. Omaisille annetaan tietoa kotihemodialyysistä, jotta he voivat tukea potilaan hoidossa jaksamista. Yhteydenpito ja kontrollikäyntien tarve arvioidaan ja järjestetään yksilöllisen tarpeen mukaan. Puhelintuen mahdollisuutta lisättiin käytössä olevien resurssien mukaan kehittämisprosessin aikana.

Kotihemodialyysin toiminnan tehostamiseksi toiminnan suunnittelu koettiin olennaiseksi. Yhteistyön, ohjauksen ja hoitomuodon valinnan kehittämällä voidaan vaikuttaa myös moniin kotihemodialyysihoidon koulutusvaiheen ongelmiin. Kun hoitomuodon valinta helpottuu ja tapahtuu ajoissa, voidaan dialyysihoidon aloitus tehdä suunnitelmallisemmin. Tavoitteena on, että potilaalla on valmis veritie eli fisteli kotihemodialyysihoitoa varten ja uremian oireet eivät ole ehtineet kehittyä liikaa. Työvuorosuunnittelu helpottuu, kun tieto koulutukseen tulevasta potilaasta saadaan aikaisemmin ja koulutus voidaan suunnitella paremmin. Näin voidaan varmistaa riittävät resurssit koulutukselle ja estää ohjaajan vaihtuminen koulutusjakson aikana. Potilaan kouluttamiseen nimetään vastuuhjaaja. Kotihemodialyysihoitajien työkierto vuodeosastolla ja hemodialyysiosastolla pyritään mahdollisuuksien mukaan suunnittelemaan koulutusprosessien mukaisesti. Hoitoprosessin toteutus suunnitellaan yksilöllisesti potilaan tarpeiden mukaan. Koulutukset ja dialyysihoitojen ajankohdat porrastetaan, jotta riittävä resurssi ohjaamiseen turvataan ja ohjaamiseen on aikaa.

Yhteistyön lisääminen potilaiden koulutusten suunnittelussa ja toteutuksessa koettiin tarpeelliseksi. Työkierto koettiin haittaavan toiminnan kehittämistä ja tiedonkulkua. Suunnittelun parantamiseksi ja toiminnan tehostamiseksi pyritään sopimaan yhteisistä toimintatavoista, järjestämään tiimipalavereita useammin ja tiedottamaan tehokkaammin. Toiminnan optimoimiseksi pyritään avoimeen vuorovaikutukseen. Moniammatillista yhteistyötä kehitetään ja lisätään yhteistyötä

lääkäreiden kanssa potilaan hoidon suunnittelun ja kotihemodialyysin onnistumiseksi. Päivystyspuhelimien tarpeesta ja käyttöön otosta keskusteltiin ja se koettiin tarpeelliseksi potilasmäärän kasvaessa. Tässä vaiheessa puhelintukea lisättiin kotihemodialyysiyksikön toimintaa ja aukioloaikaa laajentamalla. Yksikköön otettiin muutama omatoimiseen hemodialyysiin soveltuva potilas lisää ja aukioloaikaa lisättiin maanantaista lauantaihin klo 19 saakka. Näin kotihemodialyysipotilaiden hoitoaikatauluihin saatiin joustavuutta.

Riittävien resurssien varmistaminen ja johtaminen ovat edellytys kotihemodialyysin toiminnalle ja sen kehittämiseksi. Esimies tukee toiminnan, yhteistyön ja osaamisen kehittämistä. Kotihemodialyysin yhteistyön kehittämiseksi järjestetään säännöllisiä tiimipalavereja. Kotihemodialyysi vaatii hoitajan aikaa koulutuksen aikana tavallista enemmän. Myös kotikäynnit ja kotona olevien potilaiden tukeminen ja hoidon seuranta vievät aikaa. Kotihemodialyysiin panostaminen on kuitenkin hyödyllistä potilaalle. Myös kotihemodialyysin kokonaiskustannukset ovat lähes puolta pienemmät kuin sairaalan hemodialyysissä.

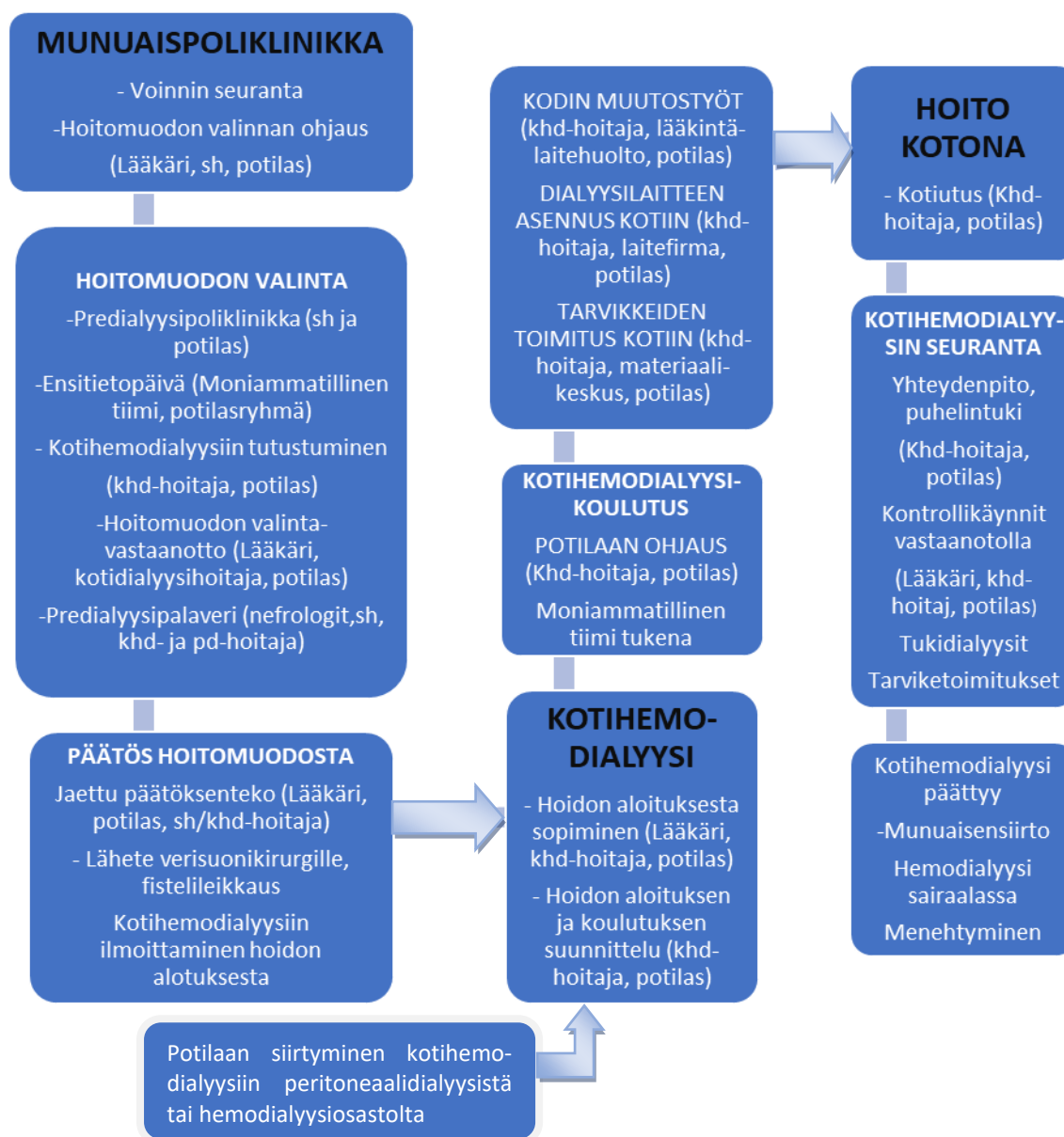
Potilaan ohjaamista ja kotihemodialyysin käytännön opettelua varten tulee olla erillinen ja rauhallinen tila. Uusien tilojen myötä kotihemodialyysille suunnitellaan tarkoituksenmukaiset tilat. Suunnitteilla ovat myös yhtenäiset tilat munuaispoliklinikan, predialyysipoliklinikan, kotidialyysitoimintojen ja hemodialyysi-osaston kanssa. Yhteistyö, kotidialyysien markkinointi, potilaan ohjaaminen ja hoidon koordinointi paranevat ja henkilökuntaresurssien käyttöä voidaan tehostaa. Puhelinpäivystyksen käyttöönotosta jatketaan neuvotteluja, kun puhelintuen tarve kasvaa tulevaisuudessa. Sillä voidaan parantaa hoidon joustavuutta, potilasturvallisuutta ja vähentää dialyysihoidon tarvetta sairaalassa. Kotihemodialyysipotilaiden tarviketilaukset työllistävät kotihemodialyysiä ja potilasmäärän kasvaessa logistinen työ lisääntyy. Tavaratoimituksista neuvotellaan sairaalan logististen palveluiden kanssa, jotta tilaus toimitettaisiin suoraan sairaalan materiaaliokeskuksesta potilaalle. Resurssien oikein kohdentamisella voidaan vapauttaa hoitajan työaika logistisesta työstä hoitotyöhön ja potilaan kouluttamiseen. Esimiehen ja organisaation johdon tuki on resurssien ja kotihemodialyysitoiminnan onnistumisen kannalta välttämätöntä. Yhteistyöllä, tiedottamisella ja toiminnan suunnittelua tehostamalla pyritään mahdollistamaan tarvittavat resurssit.

Kuviossa 10 on kotihemodialyysihoidon parannusehdotukset kuuden teeman mukaan. Teemojen sisältöä on ryhmitelty samansisältöisten aiheiden mukaan.

<p>HOITOMUODON VALINNAN TUKEMINEN</p> <ul style="list-style-type: none"> •HOITOMUODON VALINTA •Ohjaamisen lisääminen •Omaisten mukaan ottaminen •Jaettu päätöksenteko •KOTIHEMODIALYYSIN HUOMIONTI •HOITOMUODON VALINNAN OHJAUKSESSA •Kotidialyysien markkinointi •Soveltuvuuden arviointi •Kotihemodialyysi-ohjaamisen lisääminen •Motivointi kotihemodialyysiin 	<p>OHJAAJAN TEHOSTAMINEN</p> <ul style="list-style-type: none"> •PREDIALYYSIVAIHEESSA •Ohjaamisen lisääminen •Ohjausmateriaali tukena •Predialyysipotilaiden ensitietopäivä •Predialyysikäynti kotihemodialyysissä •Hoitomuodon valinta-vastaanottokäynnit •KOTIHEMODIALYYSISSÄ •Ohjauksen suunnittelu •Ohjaajan nimeäminen •Osaamisen kehittäminen •Kouluttamisen yhtenäistämisen, yhteiset ohjeet •Yhteistyö 	<p>OSAAMISEN KEHITTÄMINEN</p> <ul style="list-style-type: none"> •YHTEISTYÖ PREDIALYYSIVAIHEESSA •Yhteistyön lisääminen •YHTEISTYÖ KOTIHEMODIALYYSISSÄ •Osaamisen jakaminen, sisäinen konsultaatio, mentorointi •Verkostoituminen •Potilaan kokonaisprosessiin osallistuminen •ESIMIEHEN TUKI •Yhteistyö, tiedottaminen •Työkierron suunnittelu •Osaamisen kehittäminen •Koulutukset
<p>POTILAAN JAKSAMISEN TUKEMINEN</p> <ul style="list-style-type: none"> •HOITOON SITOUTUMINEN •Motivointi, tiedon ja tuen lisääminen •Omaisten huomioiminen •Vertaistuen lisääminen -> ensitieto-päivä, Munuais- ja maksa-liitto, potilastoverit •HOIDOSSA JAKSAMINEN •Yhteydenpito ja kontrollikäynnit yksilöllisesti •Puhelintuki •Omaisten huomioiminen, tiedon antaminen, tukeminen -> potilaan tukeminen •Vertaistuki 	<p>TOIMINNAN TEHOSTAMINEN</p> <ul style="list-style-type: none"> •YHTEISTYÖ:Yhteiset linjat predialyysiohjauksessa ja hoidon koordinoinnissa •TOIMINNAN SUUNNITTELU •Hoitomuodon valinta ja tieto aloituksesta ajoissa •Koulutukset yksilöllisesti, vastuuhjaaja, työvuorot ja työkierto •YHTEISTYÖ KOTIHEMODIALYYSISSÄ •Yhteiset toimintatavat •Tiimipalaverit tiedottaminen •TOIMINNAN LAAJENTAMINEN: Aukioloaikojen lisääminen 	<p>RESURSSIEN VARMISTAMINEN</p> <ul style="list-style-type: none"> •RIITTÄVÄ HENKILÖKUNTA •Työvuorojen ja työkierron optimointi •Aikaa kouluttamiseen •Kotikäynnit mahdollisia •Riittävä lääkäriresurssi •TILASUUNNITTELU Asianmukaiset tilat •Yhtenäiset tilat •PÄIVYSTYSPUHELIMEN KÄYTTÖÖN OTTO? •ESIMIEHEN JA ORGANISAATION TUKI •Tiedottaminen, yhteistyö •Kehittämisen tukeminen •RESURSSIEN KOHDENTAMINEN •Yhteistyö logististen palveluiden kanssa

Kuvio 10. Kotihemodialyysihoidon parannusehdotukset.

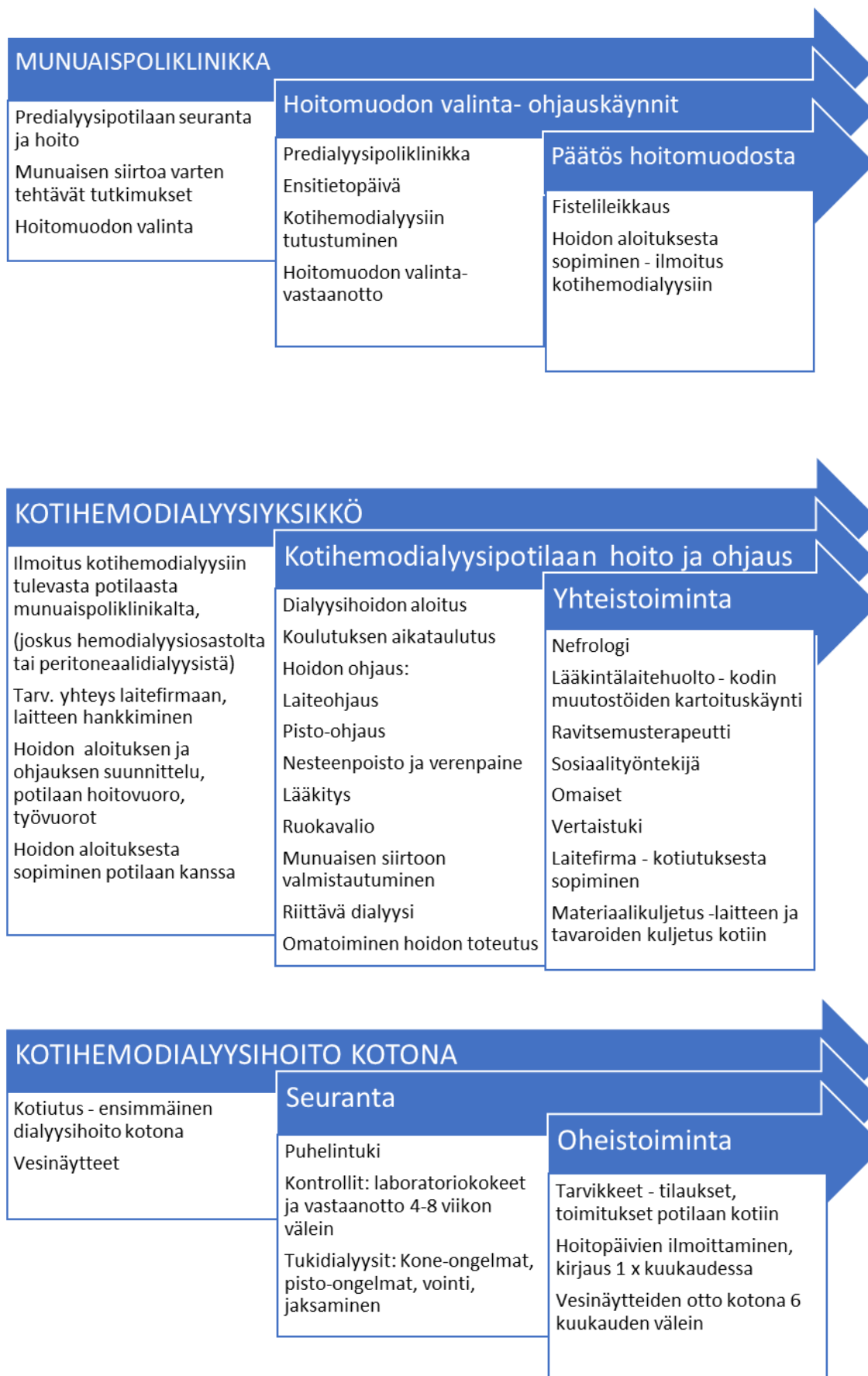
Kuviossa 11 esitetään paranneltu kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessi. Kuviossa on merkitty sulkuihin henkilöt, jotka kyseiseen toimintaan osallistuvat.



Kuvio 11. Kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessi. (sh=sairaanhoitaja, khd-hoitaja=kotihemodialyysihoitaja)

7.4 Toimintamalliehdotus

Opinnäytetyönä syntyi asiakaslähtöinen ja näyttöön perustuva toimintamalliehdotus kotihemodialyysipotilaiden hoitoon (kuviokuva 12). Työyksikössä toimintamalli tulee sähköiseen muotoon ja siihen liitetään sähköisiä työ- ja potilasohjeita. Liitteessä 4 luetellaan toimintamalliin liitettävät ohjeet sen käyttöönoton yhteydessä. Osa ohjeista on työstetty kehittämissuunnitelman aikana. Malliin voi liittää tarpeen mukaan uusia ohjeita.



Kuvio 12. Toimintamalliehdotus kotihemodialyysipotilaan hoitoon.

8 Pohdinta

8.1 Kehittämiproessin arviointi

Arviointi on kehittämisprosessin analyttisin vaihe. Arviointi kohdistuu siihen, miten kehittämisprosessi onnistui ja kuinka hyvin tavoitteet saavutettiin. Tulosten lisäksi arvioidaan kehittämisprosessin perusteluja, organisointia, toteutumista ja käytettyjä menetelmiä. (Toikko & Rantanen 2009, 82; Ojasalo ym 2014, 47-48.) Tämä opinnäytetyö alkoi suunnittelulla ja aiheeseen perehtymisellä ensimmäisen lukuvuoden aikana. Lopullinen suunnitelma muotoutui keväällä 2017. Opinnäytetyön ja kehittämisprosessin suunnitteluun käytettiin runsaasti aikaa. Aiheesta keskusteltiin käytännön toimijoiden, esimiesten ja Siun soten tutkimus- ja kehittämistyön asiantuntijoiden kanssa. Tarve kotihemodialyysihoidon kehittämiseen nousi käytännöstä. Opinnäytetyön myötä oli mahdollista paneutua toiminnan kehittämiseen syvällisemmin. Aihe sopi hyvin toiminnalliseksi kehittämistyöksi, koska tarkoituksena on hoitotyön käytäntöjen parantaminen. Opinnäytetyöntekijän kokemustiedosta huolimatta aiheeseen perehtyminen vei aikaa. Kotihemodialyysi on suppea erikoissairaanhoidon alue, mutta tutkimuksia ja artikkeleita niin lääketieteen kuin hoitotyön näkökulmastakin löytyi hyvin.

Tämän opinnäytetyön toteutusvaihe koostui viidestä työpajasta. Alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen toteutusvaiheeseen lisättiin yksi työpaja runsaan aineiston ja parannusehdotusten jatkokäsittelyä varten. Opinnäytetyöntekijä valmistautui työpajoihin suunnittelemalla työpajojen sisällön ja ryhmätyöskentelyn menetelmät etukäteen. Työpajat oli aikataulutettu viidelle kuukaudelle. Ohjelmaa tarkennettiin kehittämisprosessin aikana edellisen työpajan tuotosten perusteella ja osallistujille tiedotettiin kehittämisprosessin etenemisestä. Työpajojen ryhmäkeskustelujen tuloksena valittiin toteutuskelpoiset ja kaikkia osapuolia tyydyttävät ideat käytäntöön vietäväksi. Keskusteluissa sovittiin parannusehdotusten toteuttamisesta käytännössä ja niitä alettiin toteuttaa heti. Työpajojen suunnittelu ja jatkuva kehittämisprosessin tuotosten arviointi olivat työlästä, mutta tulosten kannalta merkityksellistä. Keskusteluun ja ryhmätyöskentelyyn olisi tarvinnut vieläkin enemmän aikaa. Joidenkin ideoiden testaaminen ja muok-

kaaminen käytännössä olisi vaatinut myös enemmän aikaa. Toisaalta työpajoja oli useita ja kehittämisprosessi oli laaja. Kehittäminen jatkuu käytännön työssä.

Arvioinnin perusteella kehittämisprosessi oli onnistunut kokonaisuus. Osallistujilta saadun palautteen mukaan kehittämisprosessin onnistumiseen vaikuttivat aiheen ajankohtaisuus ja merkityksellisyys, yhdessä tekeminen ja osallistujien aktiivisuus. Kehittämisprosessin vahvuudeksi koettiin osallistujien asiantuntijuuden yhdistäminen. Ryhmän pienuus ja tuttuus koettiin vahvuudeksi, ja ilmapiiri avoimeksi ja rennoksi. Työpajatyöskentely koettiin tilaisuutena keskustella asioista avoimesti, mahdollisuutena jakaa tietoa, reflektoida omaa toimintaa ja kyseenalaistaa käytäntöjä. Osallistamisen avulla kehittämisprosessin tuloksesta saatiin käyttökelpoinen. Osallistujilta kerättiin mielipiteitä toimintamallista ja sitä hiottiin työpajojen jälkeen työyksikössä. Toimintamallia on mahdollisuus edelleen kehittää ja toiminnan kehittäminen koettiin jatkuvaksi prosessiksi. Opinnäytetyön onnistumista tukivat kehittämisprosessin perusteellinen suunnittelu, aikataulut ja refleктоiva arviointi. Onnistumisen vaikutti myös työnantajan tuki, joka mahdollisti työpajojen järjestämisen ja niihin osallistumisen työajalla. Osallistujien aktiivinen osallistuminen ryhmätyöskentelyyn ja kehittämismyönteisyys auttoivat kehittämisprosessin onnistumisessa. Opinnäytetyön haasteena oli ajankäytön resurssien rajallisuus, kehittämisprosessin laajuus ja opinnäytetyöntekijän kokemattomuus kehittäjänä. Aikaa keskustelulle olisi toivottu enemmän.

Asiakaslähtöisyyden optimaalinen toteutuminen oli haaste. Palvelun käyttäjiä ei osallistettu kehittämisprosessiin toteutuksen kohtuullistamiseksi. Kehittämisprosessin aikana puntaroitiin asiakaslähtöisyyden merkitystä ja sen toteutumista käytännössä. Asiakaslähtöisyyttä rajoittaa, että asiakaspalvelut toteutuvat terveydenhuollossa pitkälti organisaation asettamien tavoitteiden ja ohjeistusten mukaisesti. Asiakasymmärryksen kehittäminen vaatii asiakkailta saadun tiedon hyödyntämistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden johtamisessa asiakaslähtöinen kehittäminen tapahtuu työn organisoinnilla. Huomio kiinnittyy yhteistoimintaan, työprosesseihin ja toimintatapoihin. (Virtanen ym. 2011, 12, 50–51.) Kehittämisprosessissa hyödynnettiin asiantuntijoiden ja kehittämisprosessi kohdistui työn organisointiin ja toimintatapojen kehittämiseen.

Opinnäytetyön osallistajat ja kehittämissympäristö olivat tekijälle tuttuja. Kehittämistarpeista ja parannusehdotuksista keskusteltiin kehittämissuunnitelman aikana työyksikössä. Keskusteluista saatiin uusia näkökulmia pohdittavaksi. Opinnäytetyöntekijälle kotihemodialyysipotilaan hoidon ja toimintaympäristön tunteminen oli etu ja siitä oli apua kehittämistyössä. Opinnäytetyöntekijä oppi kehittämissuunnitelman aikana paljon. Uutta tietoa tuli aiheen tuntemisesta huolimatta. Pitkäjänteinen kehittämissuunnittelu ja toteuttaminen kehittivät osaamista toteuttaa jatkossa vastaavia prosesseja.

8.2 Kehittämissuunnitelman menetelmien arviointi

Tutkimuksellinen kehittämistoiminta perustuu suunnitelmalliseen ja tavoitteelliseen toimintaan ja vuorovaikutukseen. Menetelmälliset valinnat nousevat kehittämistoiminnan tavoitteisista ja toimintaympäristöstä. Kehittämissuunnitelmaan tulee osallistaa toimijat, joita kehittäminen aidosti koskee. (Arola & Suhonen 2015, 21.) Kehittämissuunnitelmaan osallistuvat henkilöt valikoitiin siten, että kotihemodialyysipotilaan hoitoon osallistuvat sairaanhoitajat, hoitomuodon valintaa ohjaavat sairaanhoitajat, hoidosta vastaavat lääkärit sekä lähiesimies olivat mukana kehittämissuunnitelmissa. Työntekijät pääsivät osallistumaan ja vaikuttamaan oman työnsä kehittämiseen. Toikon ja Rantasen (2009, 90–99) mukaan osallistuminen pyritään rakentamaan dialogin pohjalle. Dialoginen lähestymistapa mahdollistaa tasavertaisen osallistumisen ja edellyttää toisen hyväksymistä. Avoin vuorovaikutus mahdollistuu, kun osallistujien sallitaan esittää myös toisistaan eroavia näkemyksiä. Vuorovaikutuksen avulla voidaan tuottaa ratkaisu, jonka kaikki osapuolet hyväksyvät. Tämän opinnäytetyön kehittämissuunnitelman keskeisenä välineenä toimi avoin vuorovaikutus.

Osallistamismenetelmät toimivat ryhmätyöskentelyn välineinä yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Niiden avulla voidaan edistää konkreettista osallistumista kehittämiseen ja keskusteluun. (Toikko & Rantanen 2009, 89.) Toimintatutkimuksen menetelmien valinnassa tulee huomioida, että ne ovat aidosti toimijalähtöisiä sekä reflektiivistä toimintaa ja osallisuutta vahvistavia. (Arola & Suhonen 2014, 21.) Tämän opinnäytetyön ryhmätyöskentelyn osallistamismenetel-

mät valittiin osallistujien määrään, työpajan aiheeseen ja tavoitteeseen soveltuviksi. Keskustelua ja reflektointia toteutettiin kehittämisprosessin vaiheesta toiseen ja niiden avulla päästiin yhteisesti hyväksytyihin ratkaisuihin. Osallistavia menetelmiä ryhmäkeskustelun ohella olivat ideointiryhmää muistuttava menetelmä, kalanruotokaavion hyödyntäminen ja aivoriihimenetelmä. Ideointiryhmässä osallistajat työskentelivät pareittain ja menetelmä sopi pienen ryhmän kanssa työskentelyyn hyvin. Menetelmän avulla parit löysivät kokemuksiinsa perustuen kehittämistarpeita ja niistä virisi runsasta keskustelua. Keskusteluissa saavutettiin yhteinen näkemys käsiteltäväksi otettavista merkittävimmistä kehittämistarpeista. Osallistajat arvioivat työpajatyöskentelyn ja menetelmät hyväksi, avoin keskustelu ja yhdessä ideoiminen koettiin prosessiin parhaaksi anniksi.

Syy-seurausseuraussuhteiden selvittäminen kalanruotokaavion avulla oli havainnollistava ja tuotti helposti parannusehdotuksia. Aivoriihimenetelmä toimi syiden etsimisessä ja parannusehdotusten ideoimisessa hyvin. Sen avulla saatiin runsaasti ehdotuksia ja erilaisia asioita esiin. Kalanruotomenetelmä koettiin melko hitaaksi ja työlääksi, koska käsiteltäviä kehittämistarpeita oli paljon. Kalanruotokaavion avulla käsiteltiin hoitomuodon valintaan, ohjaamiseen ja osamiseen liittyvät kehittämistarpeet. Muiden kehittämistarpeiden käsittelyssä piti tyydyttiin ryhmäkeskusteluissa. Kehittämisprosessi oli laaja ja aineistoa tuli runsaasti. Runsaan aineiston käsittely oli haastavaa. Aineiston läpikäyminen useaan kertaan ja tiivistäminen helpotti työstämistä. Opinnäytetyöntekijän mielestä teemoittelu sopi aineiston analyysiin hyvin, koska tutkittava aineisto oli työpajoissa tuotettuja tekstejä ja muistiinpanoja. Aineistoa oli tarpeen luokitella sisällön mukaan teemoihin, jotta olennaiset tekijät saatiin esille.

8.3 Tulosten tarkastelu

Toimintatutkimuksen arvioinnissa verrataan tuloksia kehittämisprosessin tavoitteisiin. Jos ongelma onnistutaan poistamaan tai sen vaikutuksia vähentämään, tutkimus voidaan todeta onnistuneeksi. Tärkeää on, että arviontiin osallistuvat kehittämisprosessissa mukana olleet henkilöt. (Kananen 2015, 137.) Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessi ja kehittää ko-

tihemodialyysipotilaan hoitoa. Kehittämisprosessissa muodostettiin yhteinen käsitys siitä, millainen kotihemodialyysipotilaan hyvä hoitoprosessi on ja miten se pyritään toteuttamaan. Tuloksissa saatiin vastauksia kehittämistehtävien kysymyksiin ja hoitoprosessiin tehtiin useita konkreettisia parannuksia. Predialyysivaiheen ohjausta lisättiin, ja ohjausta tehostettiin materiaalin, yhteistyön ja moniammatillisen ohjauksen avulla. Kotihemodialyysin soveltuvia potilaita on lähetetty systemaattisesti tutustumaan kotihemodialyysiin. Käyntiin on varattu aika etukäteen. Kotihemodialyysihoidon aloituksia on pyritty suunnittelemaan ajoissa ja koulutuksen ohjaaja ja aikataulu on suunniteltu huolellisesti. Kotihemodialyysiyksikön toimintaa ja aukioloaikaa laajennettiin puhelintuen lisäämiseksi. Kotihemodialyysipotilaiden määrä on lisääntynyt merkittävästi.

Toimintaympäristön kehittämistarpeiden, organisaation strategian ja haetun tiedon avulla valittiin asiakaslähtöisyyden ja osallisuuden näkökulma opinnäytetyön kehittämisosioon. Asiakaslähtöisyys ilmenee tässä opinnäytetyössä hoitoprosessin kriittisenä tarkasteluna ja kehittämisenä, erilaisia asiakkuuksia ja potilaiden tarpeita huomioiden. Asiakaslähtöisyyttä tukevaa hoitoprosessia kehitettiin asiantuntijoista koostuvassa työryhmässä. Hoitoprosessi suunniteltiin potilaiden tarpeet huomioiden, mikä lisää asiakastyytyväisyyttä.

Tuloksia tulee tarkastella suhteessa aikaisempaan tietoon. Tulosten arvioinnissa tulee pohtia tulosten merkitystä oman alan tieteelle ja käytännön hoitotyölle. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 159.) Aikaisemmat tutkimustulokset ja käytännöt tukevat opinnäytetyön tuloksia. Kotihemodialyysi on todettu potilaan elämänlaadun ja ennusteen kannalta edulliseksi, joten kehittäminen oli hyödyllistä. Opinnäytetyö on merkityksellinen hoitotyön käytännön ja laadun näkökulmasta, koska kotihemodialyysihoidon kehittämisen tarve on tullut esiin käytännön toiminnassa sekä potilailta että työntekijöiltä.

Aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna kehittämisprosessi ei tuonut merkittävästi uutta tietoa, mutta tulosten avulla kotihemodialyysipotilaan hoitoa voidaan kehittää juuri tässä toimintayksikössä. Kehittämisprosessin tuloksissa kuvataan kotihemodialyysihoidon kehittämistarpeet avoimesti. Kehittämisprosessin myötä tiedostettiin kotihemodialyysipotilaan hoidossa ja kotihemodialyysiyksikön toi-

minnassa olevia ongelmia ja niiden syitä. Kehittämisprosessin tuloksena ja parannusehdotuksia käyttöön ottamalla potilaan dialyysihoitomuodon valinta helpottuu, potilaan ohjaaminen paranee ja osaamista voidaan kehittää. Lisäämällä ohjaamista ja tehostamalla yhteistyötä kotihemodialyysin, predialyysipoliklinikan ja munuaispoliklinikan kesken voidaan potilaiden soveltuvuutta kotidialyysiin arvioida paremmin, tehostaa kotidialyysin markkinointia ja sen myötä potilaiden halukkuutta kotidialyysihoitomuotoihin. Potilaiden motivoituminen ja sitoutuminen kotihemodialyysiin paranee. Kehittämisprosessin myötä kotihemodialyysiyksikön sisäinen yhteistyö ja osaamisen kehittäminen tehostuu. Kotihemodialyysin suunniteltavuus ja koordinointi paranevat yhteistyön lisäämisen ja hoitomuodon valinnan helpottumisen myötä. Potilaiden jaksaminen kotihemodialyysissä paranee potilaiden tukemista lisäämällä.

Kehittämisprosessin tuloksena syntyi toimintamalliehdotus, jonka avulla kotihemodialyysipotilaiden hoitoa voidaan kehittää, yhtenäistää ja tehostaa. Yhteistyö muiden toimijoiden kanssa paranee ja henkilökunnan perehdytys helpottuu. Toimintamallissa esitetään kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessi jaettuna predialyysivaiheeseen, kotihemodialyysikoulutukseen ja kotihemodialyysihoitoon kotona. Toimintamallissa esitetään mitä toimintoja, ohjausta ja seurantaa kukin vaihe sisältää sekä mitä toimia ja yhteistoimintaa työntekijöiltä vaaditaan. Toimintamalliin voidaan liittää erilaista lisätietoa, kuten työ- ja potilasohjeita. Toimintamalliin on koottu kehittämisprosessin aikana tehdyt parannukset. Toimintamalliehdotus syntyi osallistujien yhteistyön tuloksena ja lopputulokseen oltiin varsin tyytyväisiä.

8.4 Luotettavuuden ja eettisyyden arviointi

Kehittämistoiminnassa tiedon luotettavuudella tarkoitetaan tiedon käyttökelpoisuutta. Syntyvä tieto tulee olla todenmukaista ja hyödyllistä. Kehittämistoiminnan tutkimuksellisten asetelmien luotettavuutta voidaan osin arvioida määrällisen tutkimuksen reliabiliteetin ja validiteetin käsitteiden kautta. Validiteetin eli pätevyyden avulla arvioidaan, mitataanko tutkimuksessa juuri sitä, mitä on tarkoitus mitata. Validiteetin avulla luotettavuutta arvioidaan käytettyjen käsitteiden

ja tehtyjen valintojen johdonmukaisuuden, johtopäätösten ja ulkoisten ilmiöiden suhteen kautta. Reliabiliteettia eli luotettavuutta arvioidaan tutkimusasetelman toimivuuden kautta. Toistettavuus on tärkeä osa reliabiliteetin arviointia. Kehittämistoiminnassa luotettavuuteen liittyviä haasteita voivat olla sosiaalisten prosessien toistettavuus, kehittämistoiminnan suppea aineisto tai aineiston toistettavuus. (Toikko ym. 2009, 121-122.) Tietolähteiden huolellinen valinta ja lähdekritiikki lisäävät eettistä turvallisuutta (Heikkilä ym. 2008, 44). Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta arvioidaan vakuuttavuuden kautta. Vakuuttavuudella tarkoitetaan tutkimusta koskevien valintojen ja tulkintojen tekemistä näkyväksi. Vakuuttavuus on uskottavuutta ja johdonmukaisuutta. Tutkimusaineisto on kerättävä ja analysoitava huolellisesti ja näkyvästi. Kehittämistoiminnassa vakuuttavuutta voidaan arvioida toimijoiden sitoutumisella ja osallistumisella. Aineiston huolellinen analysointi ja luotettavuuden arviointi tukevat myös kehittämistyön eettisyyttä. (Toikko ym. 2009, 123-124; Heikkilä ym. 2008, 45)

Opinnäytetyö arvioitiin hyödylliseksi ja kehittämistyön tarve nousi käytännöstä. Lähteitä käytettiin monipuolisesti ja ne valikoitiin huolellisesti. Validiteettia tarkasteltiin käytettyjen käsitteiden ja tehtyjen valintojen johdonmukaisuutta arvioimalla. Keskeisiä käsitteitä ja kehittämismenetelmiä arvioitiin opinnäytetyön eri vaiheissa. Opinnäytetyön eteneminen kuvattiin tarkasti. Opinnäytetyön aineistoa kerättiin ja käsiteltiin avoimesti työpajoissa. Tuotoksia ja tuloksia arvioitiin useaan kertaan ja muokattiin kokemusten ja uudelleen arvioinnin avulla. Muistiinpanoilla varmistettiin, että käydyt keskustelut ja olennaiset asiat oli dokumentoitu, ja niitä pystyi tarkastelemaan kehittämisprosessin edetessä. Tuloksissa saatiin vastaukset kehittämistehtäviin ja aineistossa toistuivat tietyt sisällöt, joista teemat muodostettiin. Tulokset olivat samansuuntaisia tutkimustiedon ja vallitsevien käytäntöjen kanssa. Tämän voidaan katsoa lisäävän tulosten reliabiliteettia. Tulosten siirrettävyyttä käytäntöön ja tulosten levittämistä pidetään tärkeänä luotettavuuden arvioinnissa (Toikko ym. 2009, 125-126; Ojasalo ym. 2014, 48). Luotettavuutta paransi tulosten käyttökelpoisuus ja toimintamallin käyttöönotto keväällä 2018.

Kehittämistoimintaan liittyy paljon eettisiä kysymyksiä. Kehittäjän tulee toimia vastuullisesti ja rehellisesti ja pyrkiä luotettaviin tuloksiin. Vaikka kehittämisto-

minnalla pyritään positiivisiin tuloksiin, ne ovat raportoitava totuudenmukaisesti. Raportissa tulee analysoida myös ristiriidat ja epävarmuustekijät. Tulokset tulee raportoida avoimesti ja luottamuksellisesti, ja kohdehenkilöiden anonymiteetistä on huolehdittava. Kehittämistoimintaan osallistujille on annettava riittävästi tietoa kehittämistoiminnasta ja heidän roolistaan siinä. Kehittämistoiminnassa on sitouduttava toimeksiantajan käytäntöihin, arvoihin ja asenteisiin. (Toikko ym. 2009, 129-129; Ojasalo ym. 2014, 47-48; Heikkilä ym. 2008, 45.) Opinnäytetyöntekijä toimi vastuullisesti ja rehellisesti luotettavien tulosten aikaan saamiseksi. Tulokset analysoitiin ja raportoitiin avoimesti ja totuudenmukaisesti. Tulokset perustuvat alkuperäiseen aineistoon. Kehittämistoimintaan osallistujat saivat tietoa kehittämistyöstä ja heidän osallisuudestaan siinä. Osallistujia tiedotettiin kehittämisprosessin etenemisestä ja saaduista tuloksista. Kehittämistoiminta toteutettiin organisaation käytäntöjen, arvojen ja asenteiden mukaan.

Kanasen (2014, 138-139) mukaan perehtyneisyys kehittämiskohteeseen voi olla sekä etu että haaste. Työntekijät ovat parhaita asiantuntijoita työnsä kehittämiseen ja toimintamallien testaamiseen, mutta on tärkeää tarkastella asioita laajemmassa kontekstissa irtautumalla työympäristöstä ja sen rooleista. Opinnäytetyöntekijä toimi kehittämisprosessissa asiantuntijan, kehittäjän ja opinnäytetyöntekijän roolissa. Kehittämiskohteen tuntemisesta ja asiantuntijuudesta oli hyötyä, mutta haasteena oli tarkastella kehittämiskohdetta työntekijän roolin ulkopuolelta laajemmassa mittakaavassa. Työyksikön sisäiset roolit ja yhteistyön haasteet saattoivat vaikuttaa kehittämisprosessin etenemiseen. Keskusteluun ja yhteisymmärryksen löytämiseen kului ajoittain runsaasti aikaa. Osallistujat painottivat eri asioita ja välillä keskustelu pitkittyi. Osallistujat olivat kuitenkin sitoutuneita kehittämisprosessiin ja yhteinen tavoite oli selkeä. Kehittämisprosessi koettiin kokonaisuudessaan onnistuneeksi ja hyödylliseksi. Kehittämisprosessin ja oman työn kehittämisen koettiin lisäävän myös työmotivaatiota.

8.5 Kehittämisprosessin tulosten levittäminen ja jatkokehittämisideat

Kehittämisprosessin tulokset ja toimintamalli esitellään kehittämisprosessiin osallistujille ja työyhteisön jäsenille opinnäytetyön valmistumisen jälkeen osas-

tokokouksessa. Esittelyllä varmistetaan, että toimintamalli tulee tutuksi ja sitä opitaan hyödyntämään käytännön hoitotyössä. Toimintamallia testataan käytännössä ja sitä voidaan muokata palautteen avulla. Opinnäytetyöntekijä vastaa omassa työssään toimintamallin käyttöönotosta ja jatkokehittämisestä. Toimintamalliin liitetään ohjeita tarpeen mukaan. Malli ja ohjeet tulee tarkastaa ja päivittää työyhteisössä säännöllisesti. Toimintamalli ei ole suoraan siirrettävissä toiseen organisaatioon, koska se on suunniteltu juuri Siun soten kotihemodialyysiyksikön toimintaan ja sen tarpeisiin. Opinnäytetyön kehittämisprosessia ja tuloksia voidaan kuitenkin hyödyntää myös muissa organisaatioissa. Toimintamallia voidaan hyödyntää omassa organisaatiossa muokkaamalla sitä kotidialyysin käyttöön peritoneaalidialyysipotilaan hoitoon sopivaksi.

Kotidialyysimuotojen potilaalle tuomien hyötyjen ja toisaalta dialyysipotilaiden määrän kasvun takia kotidialyysimuotoihin panostaminen kannattaa tulevaisuudessa. Julkisen terveydenhuollon resurssit ovat koetuksella väestön kasvun ja ikääntymisen myötä. Tulevaisuudessa potilaiden ohjaamista kotidialyysimuotoihin ja kotidialyysipotilaan koulutusta tulee edelleen kehittää. Kotidialyysipotilaan ja kotihemodialyysipotilaan hoitoa ja osaamisen kehittämistä tarvitaan, sillä hoito vaatii erityisosaamista ja asiantuntijuutta. Kotidialyysihoidon kehittämistä voidaan Siun sotessa jatkaa kotidialyysimuotojen yhteistoiminnan kehittämiseen ja peritoneaalidialyysipotilaan hoidon ja ohjauksen kehittämiseen. Asiakslähtöisten palveluiden kehittämistä tulisi lisätä. Asiakkaiden osallistaminen palveluiden suunnitteluun ja kehittämiseen olisi aidosti asiakslähtöistä ja asiakkaita osallistavaa (Virtanen ym. 2011, 12). Jatkokehittämisessä asiakkaita voidaan osallistaa kehittämiseen ja selvittää asiakkaiden kokemuksia, tarpeita ja kehittämisideoita kotidialyysihoidosta ja hoitoon ohjautumisesta.

Lähteet

- Alahuhta, M., Hyväri, T., Linnanvuori, M., Kylmäaho, R. & Mukka, H. 2008. Munuaissairaahan hoito. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Arola, M. & Suhonen, L. 2014. Osallistava tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Teoksessa Tiainen, A-I. (toim.). YAMK työelämää kehittämässä. Sosiaali- ja terveystieteiden näkökulmia työhyvinvointiin. Karelia ammattikorkeakoulun julkaisuja. B:25, 14–22.
- Barker, J. 2010. Evidence-Based Practise for Nurses. London: SAGE Publications Ltd.
- Baxter. 2017a. Hemodialyysi voidaan tehdä sairaalassa tai kotona. <http://baxter.fi/Terapia-alueet/Dialyysi/product/hhd.page?scroll=tab-navigation> 22.11.2017.
- Baxter. 2017b. Munuaissairauksien hoitoa elämänlaadun parantamiseksi. <http://baxter.fi/Terapia-alueet/Dialyysi/product/ichd.page?scroll=tab-navigation>. 1.4.2018.
- Bjerregård-Madsen, J. 2014. Teoksessa Kaila, A. (toim.) Potilasohjaus vaikuttavammaksi Pohjois- Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky:ssä 2008-2013.
- Browman, N. 2018. How to facilitate home dialysis? Kotidialyysipäivät 2018. Turku. 15.-16.2.2018.
- Eloranta, S., Gröndahl, W., Engblom J. & Leino-Kilpi H. 2014. Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutuminen dialyysihoidossa olevien potilaiden arvioimana. Tutkiva hoitotyö 12 (4), 4-11.
- Engeström, Y. 2002. Kehittävä työntutkimus. 3.painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Finne, P., Honkanen, E. & Grönhagen-Riska, C. 2006. Tulevaisuuden haasteet munuaisten vajaatoiminnan hoidossa. Duodecim 122 (2), 193-5. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2006/2/duo95447>. 19.10.2017.
- Friman, K. 2006. Kotihemodialyysihoito potilaan ja hänen omaisensa kokemana. Turku: Turun yliopisto. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Holopainen, A., Juntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.
- Honkanen, E., Malmström, R. & Grönhagen-Riska, C. 2004. Kotihemodialyysi. Duodecim. 120. 1429-1430.
- Honkanen, E. & Rauta, V. 2008. What happened in Finland to increase home hemodialysis? Hemodialysis international 12 (1) S11-S15.
- Honkanen, E. 2014. Munuaisten vajaatoiminta ja sen hoito. Teoksessa Högrström S., Inomaa, P. & Heinimäki M. (toim.) Munuaissairaahan hyvä hoito- hyötyä yksilölle ja yhteiskunnalle. Helsinki: Munuais- ja maksaliitto, 4. http://www.muma.fi/files/918/Munuaissairaahan_hyva_hoito_vaikuttamisesite.pdf. 10.10.2017. 4.4.2017.
- Honkanen, E. 2018. Kotidialyysin rajapinnat. Historiallinen perspektiivi. Kotidialyysipäivät 2018. Turku. 15.-16.2.2018.
- Hyväri, T. 2008. Peritoneaalidialyysi. Teoksessa Alahuhta, M., Hyväri, T., Linnanvuori, M., Kylmäaho, R. & Mukka, H. Munuaissairaahan hoito. Helsinki: Edita Prima Oy. 90-106.

- Innokylä. 2017. Ideointi ja suunnittelu.
<https://www.innokyla.fi/kehittaminen/etsi-ja-loyda/menetelma/ideointi-ja-suunnittelu>. 5.4.2017.
- Joanna Briggs Institute. 2011. Hemodialyysipotilaan itsehoito munuaissairauden loppuvaiheessa. Best practise. 15 (8).
http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2011-8_0.pdf. 4.4.2017
- Järvinen, M. 2016. Tays omaHemo -yhdessä kehitetty täysin omatoiminen dialyysi. Finnmedi.
http://www.servicealliance.fi/tervetuloa/wp-content/uploads/2012/11/Jarvinen_omaHemo.pdf. 4.4.2017.
- Kaila, A. 2014. Näyttöön perustuva voimavaraistava potilasohjaus. Teoksessa Kaila, A. (toim.) Potilasohjaus vaikuttavammaksi Pohjois- Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky:ssä 2008-2013. 52-53.
- Kaila, A. & Kuivalainen, L. 2014. Miksi potilasohjausta kannattaa kehittää hoitotyössä. Teoksessa Kaila, A. (toim.) Potilasohjaus vaikuttavammaksi Pohjois- Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky:ssä 2008-2013. 52-53.
- Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kanste, O. 2010. Asiantuntijoiden johtamisen haasteet ja mahdollisuudet hoitotyössä. Teoksessa Ranta, I. (toim.) Sairaanhoitaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry ja Fioca Oy, 126-138.
- Karhapää, P. 2015. Dialyysipotilaiden omatoimisuus lisääntyy Kaarisairaalsassa.
https://www.psshp.fi/uutiset/-/asset_publisher/ltzobiK4GOx1/content/dialyysipotilaiden-omatoimisuus-lisaantyy-kaarisairaalassa/11427. 5.4.2017.
- Karlsted, S. 2014. Potilaan omahoito hemodialyysiosastolla. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö YAMK. Terveysala, Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen.
- Koivuniemi, K., Holmberg-Marttila, D., Hirsso, P. & Mattelmäki, U. 2014. Terveysthuollon kompassi. Avain asiakkuuteen. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.
- Koivuniemi, K. & Simonen, K. 2011. Kohti asiakkuutta. Ihmistä arvostava terveydenhuolto. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.
- Korhonen, T., Holopainen, A., Kejonen, P., Meretoja, R., Eriksson, E. & Korhonen, A. 2015. Hoitotyöntekijän tärkeä rooli näyttöön perustuvassa toiminnassa. Tutkiva hoitotyö 13 (1), 44-49.
- Kylmäaho, R. & Mukka, H. 2008. Hemodialyysi. Teoksessa Alahuhta, M. Hyväri, T., Linnanvuo, M., Kylmäaho, R. & Mukka, H. Munuaissairaahan hoito. Helsinki: Edita Prima Oy. 76-89.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu: Oulun yliopisto.

- Kääriäinen, M. 2010. Laadukkaan potilasohjauksen tunnusmerkit. Teoksessa Jauhiainen, M. (toim.) Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen. Iisalmi: Savonia-ammattikorkeakoulu. 26-32.
- Laaksonen, H. & Ollila, S. 2017. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. 3. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Laitinen, H. 2008. Potilaslähtöisyys ja sen johtaminen. Teoksessa Surakka, T., Kiikkala, I., Lahti, T., Laitinen, H. & Rantala, T. (toim.) 2008. Osastonhoitaja ja johtaminen. Vammala: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 118-138.
- Laitinen, S. 2016. Nuorten aikuisten kotihemodialyysipotilaiden omahoidon tukeminen. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö YAMK. Sosiaali- ja terveysalan johtaminen. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/119400/Laitinen_Sanna.pdf?sequence=1. 23.10.2017.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. 01.03.1993.
- Lammintakanen, J. 2015. Henkilöstö voimavarana – osaamisen johtaminen haasteena. 2015. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy, 237-258.
- Lammi-Taskula, J. Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet. 2011. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Linnanvuo, M. Munuaisten vajaatoiminnan konservatiivinen hoito. Teoksessa Alahuhta, M. Hyväri, T., Linnanvuo, M., Kylmäaho, R. & Mukka, H. Munuaissairaalan hoito. Helsinki: Edita Prima Oy. 64-67.
- Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Oulun yliopiston tutkijakoulu, Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Hoitotiede, Medical Research Center. Oulu: Oulun yliopisto.
- Lönnberg, T. 2016. Potilaslähtöinen ajattelutapa potilaan valmennuksessa. Kotidialyysipäivät. Tampere 2.9.2016.
- Malmström, R. 2007. Overall costs of dialysis by modality. Europp-kongressi. Helsinki. 2007.
- Malmström, R., Roine, R.P., Heikkilä, A., Räsänen, P., Sintonen, H., Muroma-Karttunen, R. & Honkanen, E. 2008. Costs of analysis and health-related quality of life of home and self-care satellite hemodialysis. *Nephrology Dialysis Transplantation* 23 (6), 1990–1996. <https://academic.oup.com/ndt/article/23/6/1990/1876863>. 9.10.2017.
- Midsides, N. Mitra, S. & Cornelis, T. 2015. Clinical, patient-related and economic outcomes of home-based high-dose hemodialysis versus conventional in-center hemodialysis. *Int J Nephrol Renovasc Dis.* 2016; 9: 151–159. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4940011/>. 5.11.2017.
- Mowatt G., Vale L., Perez J., Wyness L., Fraser C., MacLeod A., Daly C. & Stearns, SC. 2003. Systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness, and economic evaluation, of home versus hospital or satellite unit haemodialysis for people with end-stage renal failure. *Health Technology Assessment*. Vol. 7: No. 2. <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta7020/#/full-report>. 12.11.2017.

- Munuais- ja maksaliitto, 2010. Munuaispotilaan opas. Helsinki: Munuais- ja maksaliitto ry.
http://www.muma.fi/munuaispotilaan_opas/munuaispotilaan_opas. 31.3.2017.
- Munuais- ja maksaliitto, 2014. Munuaissairauden hyvä hoito -hyötyä yksilölle ja yhteiskunnalle. Helsinki: Munuais- ja maksaliitto ry.
http://www.muma.fi/files/918/Munuaissairauden_hyva_hoito_vaikuttamisesite.pdf. 31.3.2017.
- Munuais- ja Munuais- ja maksaliitto. 2015. Dialyysi osana elämää. Kyselytutkimuksen tulokset.
http://www.muma.fi/files/1779/dialyysi_osana_elamaa.pdf. 19.10.2017.
- Munuais- ja Munuais- ja maksaliitto. 2017. Vatsakalvodialyysi.
http://www.muma.fi/sairaudet_ja_elinsiirrot/munuaissairaudet/dialyysi_hoito/vatsakalvodialyysi. 31.3.2017.
- Muroma-Karttunen, R. 2018. Hoitomuodon valinta; Mitä potilas haluaa kuulla? Kotidialyysipäivät 2018. Turku. 15.-16.2.2018.
- Mäkelä, S. 2016. Jaettu päätöksenteko hoitomuodon valinnassa. Kotidialyysikoulutuspäivät 1.-2.9.2016. Tampere.
- NxStage Medical. 2018. The Proven Benefits of More Frequent Home Hemodialysis.
<https://www.nxstage.com/patients/benefits-of-home-hemodialysis/> 10.4.2018.
- Niemi, J. 2017. Uuden kotihemodialyysitoiminnan organisoiminen prosessimallia käyttäen osastonhoitajan näkökulmasta. Kotihemodialyysipäivät. Helsinki. 9.2.2017.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3.painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Palmer, S., Manns, B., Craig, JC., Ruospo, M., Gargano, L., Johnson, DW., Hegbrant, J., Olsson, M., Fishbane, S. & Strippoli, GF. 2013. The beliefs and expectations of patients and caregivers about home haemodialysis. An interview study. BMJ Open.
<http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/3/1/e002148.full.pdf>. 31.3.2017.
- Pasternack, A. 2012. Munuaisten rakenne Teoksessa Pasternack, A. (toim.) Nefrologia. Helsinki: Duodecim. 13-26.
- Pasternack, A., Honkanen, E. & Metsärinne K. 2012. Dialyysihoito. Teoksessa Pasternack, A. (toim.) Nefrologia. Helsinki: Duodecim. 555-602.
- Pasternack, A. & Saha H. 2012. Krooninen munuaistauti, munuaisten krooninen vajaatoiminta ja uremia. Teoksessa Pasternack, A. (toim.) Nefrologia. Helsinki: Duodecim. 431-494.
- Pasternack, A. & Salmela, K. Munuaisensiirto. Teoksessa Pasternack, A. (toim.) Nefrologia. Helsinki: Duodecim. 603-631.
- PKSSK. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. PKSSK intranet 2017. Työkaluja kehittämistyön tueksi.
<http://intra.pkssk.fi/yhteiset/kehittaminen/lean/tyokalut/Sivut/default.aspx> 13.4.2017.
- Rauta, V. 2016a. Kotihemodialyysi on yksilöllinen hoitomuoto. Elinehto 45 (3), 14-15.

- Rauta, V. 2016b. Kotidialyysin virtaviivaistamista -kuinka parantaa potilaan saamaa palvelua. HUS, Kotidialyysipäivät, Helsinki, 11.-12.2.2016.
- Rissanen, S. & Lammintakanen, J. 2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen toimintaympäristö. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.) Teoksessa Sosiaali- ja terveysjohtaminen. 2.uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 15-38.
- Ruotsalainen, M. 2011. Hoitotyön johtamisella kohti näyttöön perustuvaa toimintaa. Kuopio: Itä-Suomen Yliopisto. Pro gradu.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/> 14.11.2017.
- Salmela, K. 2014. Munuaisensiirrot Suomessa. Teoksessa Högström S., Inomaa, P. & Heinimäki M. (toim.) Munuaissairauden hyvä hoitohyötyä yksilölle ja yhteiskunnalle. Helsinki: Munuais- ja maksaliitto, 4. http://www.muma.fi/files/918/Munuaissairauden_hyva_hoito_vaikuttamisesite.pdf. 19.10.2017.
- Sarajärvi, A., Mattila, L-R., & Rekola, L. 2010. Näyttöön perustuva toiminta, avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYpro OY.
- Silvennoinen-Nuora, L. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Tampere: Tampereen Yliopisto. Väitöskirja. Johtamistieteiden laitos.
- Sinkkonen, S., Taskinen, H. & Rissanen, S. 2015. Sosiaali- ja terveyspalvelujen integrointi ja johtaminen. Teoksessa Rissanen, S.& Lammintakanen, J. (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy, 105-128.
- Sirviö, P., Fors, R., Meriläinen, M., Koivisto, K. & Sandelin, P. 2016. Sairaanhoidajan työn tulevaisuus. Teoksessa Koivisto, K. & Sandelin, P. (toim.) Sairaanhoidajakoulutusta 120 vuotta Oulussa – Aputyöstä asiantuntijaksi -juhlaulkaisu. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämistyön julkaisut 33. <http://www.oamk.fi/epooki/index.php?cID=891>. 21.1.2018.
- Sirkka, J. 2010. Perheiden kokemuksia kotihemodialyysistä ja hoitohenkilökunnalta saamastaan ohjauksesta. Tampere: Tampereen Yliopisto. ProGradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81374/gradu04140.pdf?sequence=1>. 5.4.2017.
- Siun sote. 2017b. Siun sote, Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä. Siun sote- Hyvät palvelut tehdään yhdessä. <http://www.siunsote.fi/siun-sote>. 26.3.2017.
- Siun sote. 2017a. Siun sote, Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä. Strategia -Turvaamme arkesi. <http://www.siunsote.fi/strategia>. 26.3.2017.
- Siun sote. 2016. Siun sote, Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä. Strategia 2017-2018. http://www.siunsote.fi/documents/4823935/4967036/Siunsote_strategia.pdf/abc08a5b-7c02-495c-ba6f-c830fe22d521. 26.3.2017.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74335/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226780.pdf?sequence=1>. 21.10.2017.

- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73418/URN%3ANBN%3Afi-fe201504223250.pdf?sequence=1>. 22.10.2017.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Elinluovutusta ja elinsiirtoja koskeva kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2015–2018. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:14. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/70328>. 21.10.2017.
- Storbacka, K. & Lehtinen, J. R. 2006. Asiakkuuden ehdoilla vai asiakkaiden armoilla. Helsinki: WSOY.
- Suomen munuaistautirekisteri. 2018. Vuosiraportti 2016.
- Surakka, T. 2008. Terveystieteiden johtaminen. Teoksessa Surakka, T., Kiikkala, I., Lahti, T., Laitinen, H. & Rantala, T. (toim.) 2008. Osastonhoitaja ja johtaminen. Vammala: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 28-52.
- Tays. 2015. Uusi OmaHemo lisää dialyysipotilaiden vapautta. Tampereen yliopistollinen sairaala. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. [http://www.tays.fi/fi-FI/Uusi_OmaHemo_lisaa_dialyysipotilaiden_va\(52964\)](http://www.tays.fi/fi-FI/Uusi_OmaHemo_lisaa_dialyysipotilaiden_va(52964)). 5.4.2017.
- Terveystieteiden lae (1326/2010). Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. 1.5.2011
- Tevere, Työelämävalmennus. 2017. Menetelmiä kouluttajille ja ohjaustyötä tekeville. Espoo; Tevere Oy. <https://www.julkari.fi/handle/10024/95753?show=full>. 5.4.2017.
- Tiainen, A-I. 2017. Lähijohtamisen näkökulmia terveysalalla. Karelia ammattikorkeakoulu: Kaisa Varis. <http://www.karelia.fi/juhlajulkaisu/2017/12/18/lahijohtamisen-nakokulmia-terveysalalla/>. 4.2.2018.
- Toikko T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Tolvanen, V. 2010. Hemodialyysipotilaiden kokemuksia hoidostaan ja heidän hoitoonsa liittyviä kehittämissuhteita, jotka vaikuttavat potilastyytyväisyyteen, hoitotyön johtamiseen ja työyhteisöön. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö YAMK. Terveystieteiden kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma.
- Torppa, K. 2010. Asiantuntijoiden johtaminen terveydenhuollossa. Teoksessa Ranta, I. (toim.) Sairaanhoitaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry ja Fioca Oy, 115-125.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vaismoradi, M., Turunen, H. & Bondas, T. 2013. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing and health sciences* 2013 (15), 398-405.
- Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011? Helsinki; Tekes.
- Vuokko, R., Mäkelä, M., Komulainen, J. & Meriläinen, O. 2011. Terveystieteiden toimintaprosessit. Terveystieteiden yleiset prosessit ja niiden tarkennukset. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.

- Walker, R., Howard K, Morton RL, Palmer SC, Marshall MR & Tong A. 2015. Patient and caregiver values, beliefs and experiences when considering home dialysis as a treatment option: a semi-structured interview study. *Nephrol Dial Transplant.* (2016) 31 (1), 133–141. <https://academic.oup.com/ndt/article/31/1/133/2460107/Patient-and-caregiver-values-beliefs-and>. 31.3.2017.
- Weinhandl, E., Liu, J., Gilberton, D., Arneson, T. & Collins, A. 2012. Survival in Daily Home Haemodialysis and Matched Thrice -Weekly In Center Hemodialysis Patients. *J Am Soc Nephrol.* 23 (5) 895-904. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3338294/>. 10.4.2018.
- Yletyinen, K. & Tiainen, A-I. 2018. Osastonhoitajan rooli johtajana ja kehittäjänä lastenosastolla. Teoksessa Tiainen, A-I. & Ruokolainen, T. (toim.) *Näkökulmia lasten ja nuorten hoitotyön erityiskysymyksiin.* Karelia ammattikorkeakoulu, 13-18.

Informaatiokirje 1

Tervehdys hyvät kollegat!

Kuten tiedätte, teen YAMK-opinnäytetyötä kotihemodialyysitoiminnan kehittämiseksi. Kehittämisprosessissa on tarkoitus käydä läpi koko kotihemodialyysipotilaan hoitopolku kaikkine vaiheineen ja ns. suoristaa mutkat eli tunnistaa kehittämistarpeet/ongelmakohdat ja miettiä niihin yhdessä parhaat ratkaisut. Lopputuotoksena on tarkoitus tuottaa toimintamalliehdotus. YAMK-opinnäytetyö on kehittämistyö, ns. tutkimuksellista kehittämistoimintaa. Kehittämisen tukena käytetään tutkittua tietoa sekä kokemusperäistä ns. hiljaista tietoa. Kehittämiseen osallistetaan käytännön työtä tekevät ihmiset eli tässä vaiheessa te astutte kuvaan. ☺ Tarkoitus on yhdessä käydä läpi toimintaamme, kotihemodialyysipotilaan hoitoa ja kehittää sitä. Syksyn aikana pidämme kehittämisiltapäiviä, jotka työvuorolistoissa kulkevat kotihemodialyysin työpajat- nimellä ja alkavat siis syyskuussa.

Työpajojen alustava ohjelma/aikataulu:

ti 12.9.17 Kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessin vaiheet, nykytilan kuvaus, kehittämistarpeet
ti 19.9.17 Hoitoprosessin kehittämistarpeet –syiden tunnistaminen, ideointia, parannusehdotuksia

Sen jälkeen testaamme parannusehdotuksia käytännössä.

ti 21.11. Kehittämisehdotusten toimivuuden arviointi, mahdollisten uusien ratkaisujen tuottaminen

ti 9.1. Arviointia, toimintamalliehdotuksen tuottaminen

Toivottavasti meille tulee tästä antoisa prosessi ja mieluinen lopputulos! Tärkeää on, että kaikki osallistuvat ja kaikkien mielipiteitä kuullaan. Oma työtämme pääsemme kehittämään ja tietysti potilaiden parhaaksi. ☺

Yhteistyöterveisin Sanna Karttunen

Informaatiokirje 2

Hei!

Teen YAMK-opinnoissani (Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen) opinnäytetyötä kotihemodialyysihoidon kehittämisestä. Opinnäytetyö on kehittämistyö, jossa kehittämisen tukena käytetään tutkittua tietoa ja kehittämiseen osallistetaan käytännön työtä tekevät ihmiset. Tarkoituksena on yhdessä käydä läpi kotihemodialyysipotilaan hoitopolkua ja toimintaamme sekä kehittää sitä. Syyskuussa aloitimme kotihemodialyysihoitajien kanssa kehittämissiltapäivät ns. työpajat. Olemme käyneet läpi kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessia ja tunnustaneet kehittämistarpeita ja ideoineet niihin ratkaisuja. Lopputuotoksena on tarkoitus tuottaa toimintamalliehdotus.

Prosessin aikana olemme mm. todenneet, että dialyysipotilaan hoitomuodon valinta on haasteellista, potilaiden voi olla hankala päättää tulevaa dialyysimuotoa. Tähän vaiheeseen toivoisimme voivamme tuoda jotakin uutta ja etenkin omalta osaltamme lisätä tiedon antamista kotihemodialyysi- hoitomuodosta ja parantaa kotihemodialyysihoidon suunnittelua ja koordinoitua.

Tervetuloa mukaan tiistaina 24.10. klo 14.30-16 1K:n neuvotteluhuoneessa pidettävään "työpajaan", jossa ideoimme tulevan dialyysipotilaan hoitomuodon valintaa ja potilaan tutustuttamista eri dialyysimuotoihin. Toivottavasti päivä sopii kaikille. Lääkäreiden lisäksi hoitomuodon valinnassa merkittävä osuus on prepolin ja munuaispolin hoitajilla, joten yhteistyön lisääminen ja yhdessä asioiden pohtiminen on varmasti hedelmällistä.

Ystävällisin terveisin,

Sanna Karttunen

Arviointilomake

ARVIOINTILOMAKE – Kehittämisen prosessin arviointi

Kotihemodialyysipotilaan hoitoprosessin kehittäminen ja toimintamalliehdotus Siun sotessa

1. Miten kehittäminen prosessi mielestäsi onnistui? Mikä oli mielestäsi hyvää kehittäminen prosessissa?


(Kehittäminen prosessin käytännön toteutus, tulokset, hyöty ja toimintamallin käytettävyys?)

2. Mitkä olivat mielestäsi työpajojen ryhmätyöskentelyn vahvuudet/heikkoudet? (Ryhmän kokoonpano, ilmapiiri, työskentely, menetelmät...)

3. Mitä olisit toivonut tehtävän toisin?

4. Vapaa sana palautteelle, "risut ja ruusut":

Suuri kiitos osallistumisestasi!

"Yhteistyössä potilaan parhaaksi!" 

Toimintamalliin liitettävät ohjeet

Toimintamalliin liitettäviä ohjeita:

MUNUAISPOLIKLINIKKA:

1. Kotihemodialyysin esitteet nefrologian ja predialyysipoliklinikan käyttöön
2. Hoitomuodon valinta- vastaanottokäynnin varaaminen pre-potilaalle
3. Tutustumiskäynnin varaaminen kotihemodialyysiyksikköön
4. Kotihemodialyysin esittely predialyysipotilaalle (työohje)
5. Tulevalle kotihemodialyysipotilaalle (potilasohje)

KOTIHEMODIALYYSIKOULUTUS:

1. Potilaan koulutusrunko
2. Nesteenpoisto-ohje
3. Muutostyö-ohje
4. Vammaistuki- ja hoitotuki-asiaa
5. Materiaalikuljetus -ohjeet

HOITO KOTONA:

1. Vesinäytteen otto-ohje