



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

PROSESSIMALLINNUS DIABETESPALVELUISSA

Lahden kaupungin Pääterveysasema

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja
johtaminen
Opinnäytetyö
Päivi Marttila
Tuija Niemi

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

MARTTILA, PÄIVI:

NIEMI, TUIJA:

Prosessimallinnus Diabetespalveluissa
Lahden kaupungin Pääterveysasema

Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen koulutusohjelman opinnäytetyö, 68 sivua, 6 liitesivua

Kevät 2015

TIIVISTELMÄ

Tämä opinnäytetyö toteutettiin työelämälähtöisenä kehittämishankkeena, jonka tarkoitus on kehittää diabeteksen hoitoa Lahden kaupungin terveystieteiden palveluissa. Perusteluina kehittämishankkeen tarpeelle ovat palvelurakennemuutos, maailmanlaajuinen diabetesepidemia sekä epätyytyttävät hoitotulokset tyypin 1 diabeteksen hoidossa.

Kehittämishankkeen tavoite oli uuden moniammatillisen Diabetespalveluiden toiminnan keskittäminen, kuvaaminen ja vakiinnuttaminen prosessimallinnuksen avulla. Prosessit mallinnettiin IMS (Integrated Management System) järjestelmään.

Kehittämishankkeen lähtökohdat muodostuvat valtakunnallisesta palvelurakennemuutoksesta ja paikallisesta Sote 2015 ohjelmasta, joita tarkastellaan yleisesti diabeteksen sekä tyypin 1 diabeteksen hoitotasapainon näkökulmasta. Hajautettu diabeteksen hoito perusterveydenhuollossa on Suomessa yleistä. Keskittämällä pyritään parempaan hoidon laatuun, kattavuuteen sekä diabeteksen hoidon kehittämiseen Lahden avoterveydenhuollossa.

Kehittämishankkeen lähestymistavaksi valittiin toimintatutkimus, jossa varsinaisena menetelmänä käytettiin prosessimallinnusta toimintatutkimuksen viitekehityksessä. Kehittämistapaamiset tutkija-kehittäjien sekä Diabetespalveluiden diabeteshoitajien kesken ohjasivat yhdessä osallistuvan havainnoinnin ja ohjausryhmätyöskentelyn kautta suunnittelun sekä reflektoinnin myötä prosessien mallinnukseen.

Työn tuloksena syntyivät kolme ydinprosessia: Tyypin 1 diabetikon hoitopolku, Diabetespalveluiden toimintamallin prosessikuvaus sekä työparimallin prosessikuvaus. Kehittämistyö jatkuu työparimallin työskentelytavan laajentamisena koko Pääterveysasemalle sekä maakunnallisesti osallistumisena alueellisen diabeteksen toimintamallin kehittämiseen Sote-omahoitotyöryhmässä.

Asiasanat: diabetes, prosessit, prosessien mallintaminen, toimintatutkimus

Lahti University of Applied Sciences
Faculty of social and health care
Master Programme of Development and Management of Social and Health Care

MARTTILA, PÄIVI:

NIEMI, TUIJA:

Process modeling
Diabetes services
Lahti primary health ser-
vices

Master's Thesis in Development and Management of Social and Health Care, 68

Pages, 6 pages of appendices

Spring 2015

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to develop and improve the treatment of diabetes in Lahti health services. The needs for such a project included the service structural reform, the global diabetes epidemic and unsatisfactory results in treatment of type 1 diabetes.

The aim of the development project was to standardize, centralize and describe the work of the Diabetes services using a process modeling. The processes were modeled using the IMS system (Integrated Management System).

The bases for the project were the national service structural reform and the local Sote 2015 program, both of which are studied from the perspective of balanced treatment of diabetes in general, as well as the specific treatment of type 1 diabetes. Decentralized diabetes care in health services in Finland is common. The aim of this centralization was to improve the quality and extent of diabetes care in the primary health care services in Lahti.

Action research was chosen as the approach for the project, with process modeling being used as a method in the context of action research. Development meetings between the researchers and the nurses of the Diabetes services lead to process modeling through the means of participant observation, steering group work, planning and reflection.

The results of the project included three main processes: the path for treatment of a type 1 diabetes, the description of the operational model of the Diabetes unit and the working pair. The development continues by expanding the operational model of the working pair to the entire primary health care center, as well as participating in the development of the regional diabetes treatment model in the Sote workgroup.

Key words: diabetes, processes, process modeling, action research

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	4
2	KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT	6
2.1	Diabetes sairautena	6
2.2	Palvelurakennemuutos	10
2.3	Lahden kaupungin Sote 2015 toimenpideohjelma	11
2.4	Kehittämishankkeen kohdeorganisaatio	13
2.5	Terveyshyötymalli	17
3	KEHITTÄMISHANKKEEN TIETOPERUSTA	20
3.1	Tyypin 1 diabeteksen hoitotasapaino	20
3.2	Terveydenhuollon toimintaprosessit	24
3.3	Prosessijohtaminen	26
4	KEHITTÄMISHANKKEEN TARKOITUS JA TAVOITE	30
5	KEHITTÄMISHANKKEEN MENETELMÄ JA PROSESSIMALLINNUS	32
5.1	Toimintatutkimus	32
5.2	Prosessien kehittäminen	35
5.3	Prosessimallinnuksen suunnittelu ja toteutus	38
6	KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSET	47
6.1	Tyypin 1 diabeteksen hoitopolun prosessikuvaus	47
6.2	Diabetespalveluiden toimintamallin prosessikuvaus	49
6.3	Työparimallin prosessikuvaus	52
7	POHDINTA	55
7.1	Prosessin arviointi	55
7.2	Tulosten arviointi ja johtopäätökset	60
7.3	Eettiset kysymykset ja luotettavuus	62
7.4	Diabeteshoitotyön kehittyminen ja jatkokehittämisaieet	65
	LÄHTEET	69
	LIITTEET	79

1 JOHDANTO

Ihmisen eliniän kasvun sekä elintapojen muuttumisen myötä sairastavuus on lisääntynyt. Ihmiset elävät pidempään, mutta eivät ole välttämättä terveempiä. Liikkumattomuus ja ylipaino nostavat riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen, jota voidaan pitää elintapasairautena. Puhutaan diabetesepidemiasta, joka on levinnyt ympäri koko maailman. (Koski 2011, 6.) Kansainvälisen diabetesjärjestön (IDF) mukaan vuonna 2014 maailmassa oli 387 miljoonaa diabeetikkoa ja joka kymmenes sekunti sairastuu kolme ihmistä diabetekseen (Kansainvälinen diabetesjärjestö 2014).

Vuosittain Suomessa todetaan tyypin 1 diabetes noin viidelläsadalla lapsella, kaikkiaan vuosittain sairastuu noin 2000 henkilöä (Sund & Koski 2009). Kansainvälisesti tyypin 1 diabeteksen ilmaantuvuus on Suomessa maailman korkein ja kasvaa 3-4 % vuodessa (Ahola 2012, 13). Tyypin 1 diabeteksen korkea esiintyvyys saattaa sairauden erityisasemaan Suomen terveydenhuollossa ja vaatii toimenpiteitä, jotta kasvun suuntaus saadaan muutettua. (Harjutsalo 2012, 7.)

Tyypin 1 diabeteksen hoito perustuu elintärkeään insuliinin tarpeen korvaamiseen päivittäin erilaisissa elämäntilanteissa (Ahola 2012, 26). Se on jatkuvasti läsnä oleva sairaus, jonka hoitovastuu on henkilöllä itsellään. Omahoidossa jaksaminen vaikuttaa oleellisesti hoitotasapainoon sekä diabeetikon elämänlaatuun, lisäksi terveyserot ja terveyspalveluiden saatavuus vaikuttavat hoidon toteutumiseen. Omahoidon toteuttamiseen tarvitaan säännöllistä tukemista ja toistuvaa ohjausta ammattitaitoiselta moniammatilliselta hoitotiimiltä. Kokonaisvaltaisen hoidon tehostamiseksi tyypin 1 diabetesta ja erityishoitoa vaativien tyypin 2 diabetesta sairastavien hoito tulisi keskittää diabetesosaamiskeskuksiin, diabeteskeskuksiin ja verkostoihin. (Ahomäki ym. 2014.)

Toimintaympäristön muutokset asettavat haasteita sosiaali- ja terveydenhuololle. Vuonna 2007 säädetty laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta (169/2007), sekä Parashanke velvoittivat kuntia sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. Uutta lakia koskeva hallituksen esitys (HE 61/2014) oli eduskunnan käsittelyssä maaliskuussa 2015. Tavoitteena ja päämääränä uudistuksella ovat väestön terveyden edistäminen ja hyvinvoinnin lisääminen. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon

peruspalveluja halutaan vahvistaa ja luoda sujuvat palvelu- ja hoitoketjut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014; Hallituksen esitykset 2015). Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus siirtyi seuraavalle hallitukselle, sosiaali- ja terveysministeriö jatkaa lain valmistelua (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015).

Kuntatasolla palvelurakennemuutos on myös meneillään vastaavin tavoittein. Diabeteksen ennaltaehkäisy ja hoito aiheuttavat sosiaali- ja terveydenhuollolle merkittävän haasteen. Lahdessa tähän haasteeseen vastaa SOTE 2015 toimenpideohjelma, jonka mukaan Lahdessa toteutetaan palvelurakennemuutos. (Lahden kaupunki 2012.)

Tämän kehittämishankkeen tarkoitus on kehittää diabeteksen hoitoa Lahden kaupungin terveystaloksissa. Kehittämishankkeen tavoite on uuden moniammatillisen Diabetespalveluiden toiminnan keskittäminen, kuvaaminen ja vakiinnuttaminen prosessimallinnuksen avulla. Tarve diabeteshoitotyön kehittämiseen nousee diabeteksen maailmanlaajuisesta määrällisestä lisääntymisestä. (Danaei ym. 2011). Terveystalokseen on vastattava diabetesepidemian haasteeseen uudistuvilla keinoin. Diabetesepidemian lisäksi tässä kehittämishankkeessa pyritään vaikuttamaan tyypin 1 diabeetikoiden hoidon kehittämiseen keskittämällä hoito Lahden Diabetespalveluihin. Kansainvälisesti on todennettu tarve tyypin 1 diabeteksen hoidon keskittämiseen osaavalle ammattitaitoiselle ja moniammatilliselle yksikölle (NHS 2011; ADA 2012, 16; Groop ym. 2013).

Tässä kehittämishankkeessa tarkastellaan diabetesta sairautena, palvelurakennemuutosta, Lahden Sote 2015 toimenpideohjelmaa ja esitellään kehittämishankkeen kohdeorganisaatio. Kehittämishankkeen yhdistävänä tietoperustana ovat tyypin 1 diabeteksen hoitotasapaino, terveydenhuollon toimintaprosessit sekä prosessijohtaminen. Kehittämishanke toteutetaan toimintatutkimuksena, jossa varsinaisena menetelmänä käytetään prosessimallinnusta. Kehittämishankkeen tuloksena syntyvät prosessikuvaukset esitellään ensin sanallisesti. Integrated Management System (IMS) prosessikaaviot ovat työn liitteenä. Pohdinnassa arvioidaan sekä prosessia että tuloksia ja lisäksi pohditaan eettisiä näkökulmia ja diabeteshoitotyön kehittämistä.

2 KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Diabetes sairautena

Diabeteksen määritelmän mukaan diabetes on joukko sairauksia, jotka ilmenevät kroonisena veren plasman kohonneena glukoosipitoisuutena, hyperglykemiana eli korkeana verensokerina. Yleisimmät alaryhmät ovat tyypin 1 ja tyypin 2 diabetes, lisäksi tunnetaan useita muita diabeteksen alaryhmiä, kuten esimerkiksi raskausdiabetes eli gestatiidiabetes. (Groop ym. 2013.) Diabetes on krooninen sairaus, joka vaatii jatkuvaa lääkitystä ja tukea omahoitoon, jotta lisäsairaudet voidaan ennaltaehkäistä (ADA 2012, 11).

Tyypin I diabeteksessa haiman insuliinia tuottavat beetasolut ovat tuhoutuneet autoimmuunireaktiossa, jolloin henkilön oma insuliinituotanto on loppunut ja hoito vaatii jatkuvan insuliinikorvaushoidon. Autoimmuunisairaus liittyy ihmisen puolustusmekanismiin, immunologiaan, järjestelmään jonka tehtävänä on torjua elimistöön tunkeutuvia pieneliöitä ja vieraita aineita. Autoimmuunireaktiossa torjunta kohdistuu virheellisesti joitakin elimistön omia kudoksia kohtaan ja osalla ihmisistä on siihen perinnöllinen alttius. (Groop ym. 2013; Mustajoki 2014.)

Insuliinin tarve on jatkuvaa koko elämän ajan, se on yksilöllistä ja vaihtelee päivittäin. Siihen vaikuttavat esimerkiksi päivän toiminnallisuus, stressitaso, sairaudet, liikunta ja ravinto. Insuliinihoito on osattava toteuttaa ja sopeuttaa päivärytmiin, liikuntaan ja ruokailuun verensokerin omaseurannan perusteella. Perusinsuliinin erityis korvataan pistämällä pitkävaikutteista perusinsuliinia 1-2 kertaa vuorokaudessa pistoksena tai käyttämällä jatkuvasti pikavaikutteista insuliinia annostelevaa pumpua. Aterioiden yhteydessä tarvittava insuliini annostellaan pikavaikutteisena insuliinina 4-5 kertaa päivässä pistoshoidolla tai insuliinipumpulla. Hoidon avulla matkitaan haiman normaalia toimintaa ja tavoitellaan terveen henkilön verensokeritasoa. (Ahomäki ym. 2014, 3.)

Tyypin 1 diabeteksen komplikaatiot eli lisäsairaudet jaetaan äkillisiin eli akuutteihin ja pitkäaikaisiin komplikaatioihin. Jos insuliinia on elimistössä tarpeeseen nähden liian vähän, verensokeri nousee (hyperglykemia) ja vaarana on insuliinipuutoksen aiheuttama hengenvaarallinen happomyrkytys eli ketoasidoosi. Kun

insuliinia on liikaa, verensokeri laskee liian matalaksi (hypoglykemia), josta voi seurata tajuttomuus, insuliinisokki. (Ahomäki ym. 2014, 3.)

Tyypin 2 diabetes on krooninen sairaus, jossa haima ei joko tuota riittävästi insuliinia (insuliininpuute) tai elimistö ei pysty käyttämään tehokkaasti tuottamaansa insuliinia (insuliiniresistenssi). Koska insuliiniresistenssi lisää insuliinin tarvetta, seurauksena on tarpeeseen nähden vähentynyt insuliinintuotanto. Usein potilas on ylipainoinen ja hänellä on kohonnut verenpaine tai rasva-aineenvaihdunnan häiriö tai molemmat eli metaboolinen oireyhtymä. Taudin tavallisin muoto alkaa aikuisiässä. (WHO 2011, Groop ym. 2013.) Tyypin 2 diabetesta edeltää vuosia kestävä lieväasteinen sokeriaineenvaihdunnan häiriö. Puhutaan heikentyneestä glukosinsiedosta (IGT) tai kohonneesta paastoglukoositasosta (IFG). Nämä lisäävät sairastumista valtimotauteihin. Heikentynyt glukosinsieto voidaan todeta kahden tunnin oraalissa glukosirasituskoeksessa. (Groop ym. 2013.)

Tyypin 2 diabetesta on tähän saakka pidetty yhtenäisenä sairautena. Viimeaikaiset tutkimushavainnot osoittavat tyypin 2 diabeteksen jakaantumisen useisiin alaryhmiin, joissa taudin eteneminen ja vaste hoidolle ovat poikkeavat. Tutkimuksissa on löydetty useita geneettisiä ja ei-geneettisiä tekijöitä, biomarkkereita, jotka ennustavat diabeteksen kehittymistä. (Mahendran 2014, 44.) On tärkeää tehdä tyypin 2 diabeteksen diagnoosi varhain, koska sairaus on etenevä, progressiivinen, ja siihen liittyy suuri pitkäaikaishäiriöiden riski. Diabeteksen riskin arvioimiseksi ja riskiryhmien löytämiseksi suositellaan Diabeteksen Käypä hoito – suosituksen (Groop ym. 2013) mukaan Suomessa kehitettyä diabetesriskitestiä.

Diabetesdiagnoosi perustuu veren plasman glukosipitoisuuden eli verensokeripitoisuuden kriteereihin. Jos veren plasman paastoglukoosi on yli 7.0 mmol/l kahdesti mitattuna, tai kahden tunnin rasituskoeksessa arvo on yli 11 mmol/l, niin diagnoosi voidaan asettaa. Vuoden 2010 alussa kansainvälisiin kriteereihin lisättiin sokerihemoglobiini, GHbA1c-arvo, jonka ollessa 6,5 % tai yli täyttyy diabeteskriteeri. (WHO 2011; ADA 2012.)

Seuraavassa taulukossa 1. on kuvattu eri diabetesorganisaatioiden¹ diagnoosikriteerit.

Taulukko 1. Diabetesdiagnoosin kriteerit (Groop ym. 2013).

Diabetes diagnoosi	Normaali verensokeri	IFG	IGT	Diabetes
Paastoarvo (mmol/l)	≤6,0 (WHO) ≤5,5 (ADA)	6,1–6,9 (WHO) 5,6–6,9 (ADA)		≥7,0
Rasituskokeen 2 tunnin arvo (mmol/l)	<7,8		7,8-11,0	>11,0
Satunnainen arvo oireisella henkilöllä (mmol/l)				>11,0 tai GHbA1c ≥6.5%; ≥ 48 mmol/mol

Suomessa on arvioitu olevan diagnosoituja diabetesta sairastavia hoidon piirissä noin 300 000 henkilöä ja lisäksi arvioidaan jopa 200 000 henkilön sairastavan tyypin 2 diabetesta tietämättään. Kaikista diabeetikoista tyypin I diabetes on noin 10–15%:lla, eli noin 40 000 suomalaista sairastaa tyypin I diabetesta. (Groop ym. 2013.) Diabetes on yksi nopeimmin lisääntyvistä kansansairauksista sekä Suomessa että muualla maailmassa (Koski, 2011). Kansaneläkelaitoksen vuoden 2012 tilaston mukaan Lahdessa erityiskorvattavuutta saavien diabeetikoiden määrä oli 5684 henkilöä, heistä tyypin 1 diabeetikkoja tai insuliinihoitoisia tyypin 2 diabeetikkoja oli 2032 henkilöä (Kela).

1. WHO= World Health Organization; ADA= American Diabetes Association; IGT= impaired glucose tolerance (heikentynyt glukoosin sieto); IFG=impaired fasting glucose (kohonnut paastoarvo).

Diabetes aiheuttaa noin 15 % koko terveydenhuollon menoista Suomessa. Diabeteksen hoidon tavoitteena on pitää verensokeripitoisuus mahdollisimman lähellä normaalia verensokeritasoa ja siten ehkäistä diabetekseen liittyviä lisäsairauksia eli kroonisia komplikaatioita ja taata diabeetikolle hyvä elämänlaatu. (Groop ym. 2013.) Kansainvälisesti tarkasteltuna diabeteksen hoidon kokonaiskustannukset muodostavat noin 10 % koko terveydenhuollon kustannuksista. Diabetesepidemia on kasvattanut Suomessakin diabeteksen sairaanhoidon kustannuksia kymmenessä vuodessa yli 80 %. Diabeetikkojen määrän kasvun lisäksi kustannuksiin vaikuttavat myös diagnosoinnin tehostuminen, väestön ikääntyminen sekä uudet kehittyneet lääkehoidot. Vaikka uudet lääkkeet ovat kalliimpia, voivat ne säästää hoitokustannuksia estämällä kalliita lisäsairauksia (Lithovius 2013, 7.) Toisaalta Harjutsalo (2012, 7) toteaa, että uudet hoitomuodot eivät ole parantaneet diabeetikon hoidon ennustetta riittävästi.

Lithovius (2012, 8) korostaa, että diabeteksen hoito on huomattavasti halvempaa ilman lisäsairauksia. On oleellista hoitaa diabetesta hyvin, jotta välttyään kalliiden komplikaatioiden hoidolta. Huono sokeritasapaino on tärkein lisäsairauksia aiheuttava tekijä. Diabeteksen hyvä hoito on ennaltaehkäisyä lisäsairauksien osalta. Suomalaistutkimuksin on osoitettu, että esimerkiksi tyypin 1 diabeteksen hoidon kustannukset lisäsairauksia saaneiden osalta ovat 12 - kertaiset ja tyypin 2 diabeteksen osalta jopa 24 - kertaiset. Diabetesliiton (2009) julkaiseman tutkimuksen mukaan diabeetikkojen sairaanhoidon kustannuserästä terveyskeskuksen avohoidon osuus oli 17 % vuonna 2007. Hoitovälineet, kuten esimerkiksi verensokerimittareiden mittaliuskat muodostivat vain kolme (3) % kokonaiskustannuksista. (Suomen Diabetesliitto ry. 2009.)

Verensokerin omaseuranta on erittäin merkittävä edistysaskel diabeteksen hoidon kehittämisessä yhdessä ihmisinsuliinin, insuliinianalogin ja sokerihemoglobiinin (GHbA1c:n) määrittämisen lisäksi. Myös tästä on saatavilla kansainvälistä tutkimustietoa. The Diabetes Control and Complications (DCCT) tutkimus selvitti jo vuonna 1993, että tiukka verensokeritasapaino ehkäisee mikrovaskulaarisia (pienen suonten) lisäsairauksia, kuten diabeettista retinopatiaa (silmän verkkokalvon sairaus) ja nefropatiaa (munuaissairaus). (Harjutsalo 2012, 7.)

2.2 Palvelurakenneuudistus

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen keskeinen tavoite on väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Se tähtää yhdenvertaisten, asiakaslähtöisten ja laadukkaiden palveluiden tuottamiseen koko maassa. Siten myös eriarvoisuuden väheneminen ja henkilöstövoimavarojen kohdentuminen yhdenvertaisesti olisi toteutettavissa. Toiminnan päämääränä on peruspalveluiden vahvistaminen kustannustehokkaasti vaikuttavan palvelurakenteen uudistamisen avulla. Valtion ohjaus vahvistuu ja sosiaali- ja terveysministeriöltä odotetaan strategista linjausta ja ohjausta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus on edennyt vaiheeseen, jossa maan hallitus luonnosteli esityksen (HE 61/2014) laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä voimaanpanolaista annettavaksi eduskunnalle. Siinä esitetään muodostettavaksi viisi sosiaali- ja terveystuotteen kuntayhtymää, jotka ovat järjestämisvastuussa alueen julkisista sosiaali- ja terveystuotteista. Alueet eivät itse tuota palveluita, vaan tuottamisesta vastaavat sosiaali- ja terveystuotteen järjestämissä päätöksessä määritetyt kunnat ja kuntayhtymät. Rahoituksesta vastaavat edelleen kunnat ja se perustuu asukaslukuun, ikärakenteeseen sekä sairastavuuteen. Lait ehdotetaan tulemaan voimaan välittömästi hyväksymisen jälkeen. Suunnitelman mukaan alueet aloittavat toimintansa viimeistään vuoden 2016 alussa. Kansanterveyslaki, laki erikoissairaanhoidosta sekä laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta ehdotetaan kumottavaksi vuoden 2017 alussa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014; Hallituksen esitykset 2015.)

Suomessa kuntien tehtävänä on erilaisten palvelujen tuottaminen asukkailleen. Lukuisat palvelut muodostuvat erilaisista toimintaprosesseista, jotka ovat ihmisten, laitteiden tai koneiden suorittamia toimintoja. Näihin organisaatio käyttää resursseja tavoitteena saada tuloksia. Toimintojen sujuvuus ja niitä suorittavien henkilöstön tehokkuus määrittää toimintaprosessin hinnan. Tänä päivänä kaikkien organisaatioiden tavoitteena on tuottaa toimintaprosessi, joka on tuloksellinen ja sisältää vain prosessin tarvitsemat toiminnot. (Juric & Pant 2008.)

Kuntien toimintaympäristö on vaihteleva ja kuntiin kohdistuu yhä enemmän erilaisia muutosvaatimuksia. Palvelutarpeet muuttuvat väestön ikääntymisen ja muuttoliikkeen seurauksena. Kunnat reagoivat tällaisiin muutoksiin kehittämällä toimintaansa, mikä on erityisen haastavaa taloudellisen tilanteen vuoksi. (Liski & Hatakka 2013, 16.) Huotari (2009) tutki väitöskirjassaan strategisen osaamisen johtamista kuntien sosiaali- ja terveystoimessa. Siinä pohdittiin perinteisen johtamisen muuttumista, henkilöstön tuottamaa lisäarvoa ja osaamisen kehittämistä. Nämä toimivat keinoina ja välineinä lisätä tuottavuutta taloudellisten resurssien ollessa rajalliset.

Kuntarakennemuutos jatkuu pääministeri Stubbin hallitusohjelmassa edellisen pääministeri Kataisen hallitusohjelman mukaisesti (Neuvottelutulos hallitusohjelmasta 2011, 75). Siinä hallituksen kuntapolitiikan tavoitteena on turvata laadukkaat ja yhdenvertaiset kunnalliset palvelut koko maassa, jotka pohjautuvat vahvoihin peruskuntiin ja muodostavat elinvoimaisen kuntarakenteen.

Lahden kaupungin sosiaali- ja terveyspalveluiden tulosalueen (Sote) periaatteena on samoin kuin valtakunnallisestikin terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Siihen pyritään palveluiden ja tulonsiirtojen avulla. Soten tärkeimmät palvelualueet ovat terveyspalvelut, vanhustenpalvelut sekä hyvinvointipalvelut. Lahdessa tarve palvelurakennemuutokseen on valtakunnallisesti katsottuna suuri. Ikääntyminen lisää sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä. Työvoimasta on pulaa jo nyt, ja väestön huoltosuhde on epäedullinen. Tulevaisuudessa on toimittava nykyisillä resursseilla yhä tehokkaammin. (Lahden kaupunki 2012, 1-3.) Tätä taustaa vasten Lahdessa käynnistyi vuonna 2012 Sote 2015- hanke.

2.3 Lahden kaupungin Sote 2015 toimenpideohjelma

Lahden kaupungin Sote 2015 toimenpideohjelma kohdistuu sosiaali- ja terveydenhuollon resurssien uudelleen kohdentamiseen sekä asiakaspalvelun tehostamiseen. Toimenpideohjelman tavoitteena on parantaa palveluiden saatavuutta, poistaa palveluiden päällekkäisyyttä sekä tuottaa terveyshyötyä kuntalaisille. Tämä toteutuu palveluverkon kuvaamisen jälkeen tehtävillä kehittämistoimenpiteillä. Keskeinen ajatus Sote 2015 toimenpideohjelman palvelurakennemuutoksessa on asiakas-tuottajamalli, jossa palvelut tuotetaan asiakkaan tarpeiden mukaisesti.

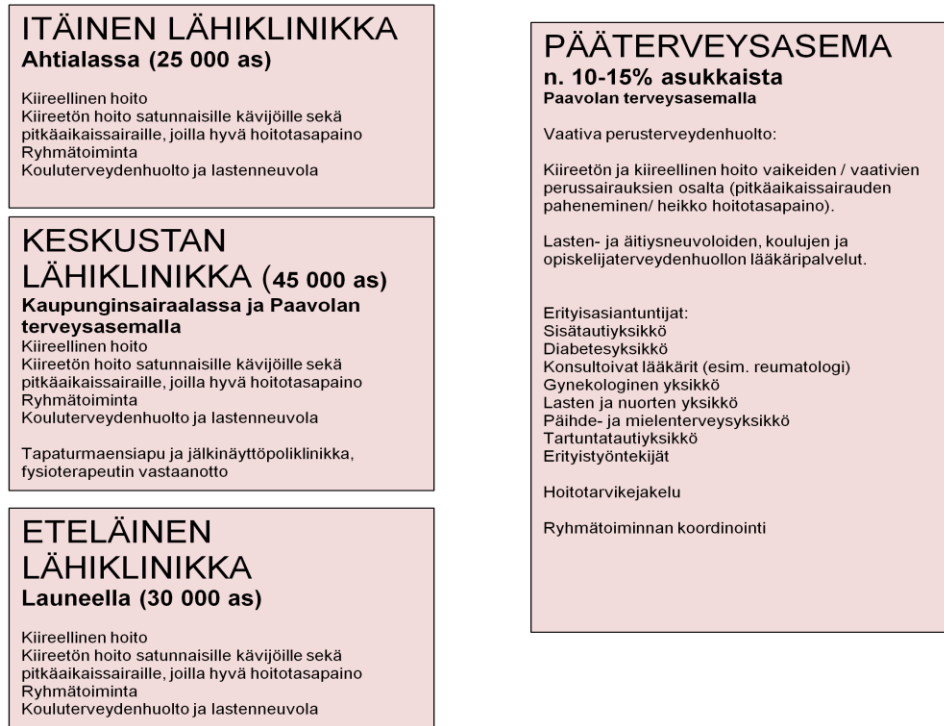
Asiakaslähtöisyys näyttäytyy kuntalaiselle palveluiden muodon, sisällön ja jakelukanavien kehittämisenä. Samoin monituottajuus kaupungin järjestämien palveluiden tuottamisessa kuuluu asiakaslähtöiseen palvelurakennemuutukseen. Asiakaslähtöisyyden keskeiset periaatteet ovat kattavan asiakaspalaute- ja seurantajärjestelmän luominen perusterveydenhuoltoon, tiedolla johtaminen sekä asiakasprosessien kuvaaminen ja ottaminen johtamisen työvälineeksi. (Lahden kaupunki 2012, 2-13.) Tässä kehittämishankkeessa kuvataan Diabetespalveluiden palveluprosessit.

Terveyspalveluiden rakennemuutoksen keskeiset tavoitteet toimenpideohjelman mukaisesti ovat:

- avoterveydenhuollon palveluiden sekä saatavuuden parantaminen
- palveluiden laadun ja imagon parantaminen
- avoterveydenhuollon vastaanotto toiminnan reaaliaikaisen raportointi- ja ohjausjärjestelmän kehittäminen
- puhelinneuvonnan ja palveluihin ohjauksen vahvistaminen. (Lahden kaupunki 2013a, 7.)

Terveystieteiden laki antaa kuntalaiselle vapauden valita hoitopaikkansa. Palvelut ja resurssit pyritään kohdistamaan oikeisiin tarpeisiin. Toimenpideohjelman mukaisesti vuoden 2014 alusta Lahden avoterveydenhuollon toiminta uudistui. Palvelukonsepti on kaksiportainen. Lähiklinikat, joita on kolme, toimivat potilaan ensikontaktina. Valtaosalle kaupunkilaisista lähipalveluklinikat ovat ensisijaisia palvelupisteitä. Pääterveysasemalla toimivat vaativampaa perusterveydenhuoltoa tarjoavat yksiköt. Matalan kynnyksen palvelua tuottaa Terveyskioski, jossa saa sairaanhoitajatasoista hoitoa ilman ajanvarausta. Yhden palvelunumeron periaate toteutuu terveysneuvossa, jossa puhelimeen vastaa sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. Siellä tehdään välittömästi hoidontarpeenarviointi ja ohjataan asiakas oikeaan hoitopaikkaan. (Lahden kaupunki 2012, 4-5.)

Oheisessa Sote 2015 kuviossa 1 on kuvattu uusi toimintamalli, jonka toiminta alkoi 2.1.2014. Itäinen lähiklinikka aloitti toimintansa syyskuussa 2013.



Kuvio 1. Lahden avohoidon klinikkamalli (Lahden kaupunki 2012, 4-5).

2.4 Kehittämishankkeen kohdeorganisaatio

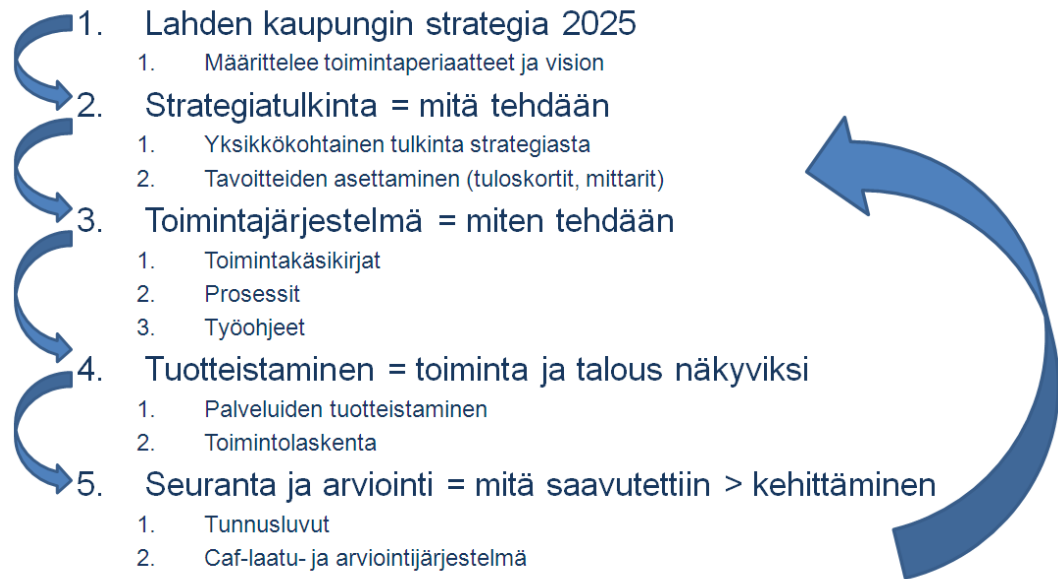
Tämä kehittämishanke toteutettiin Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimialan terveystalouden avohoidossa, jossa toimintaa ohjaavat Lahden kaupungin strategia, visio ja missio. Lahden strategia 2025 on kaupungin toimintaa ohjaava asiakirja, johtamisen väline, yhteinen tahdonilmaisu tavoiteltavasta päämäärästä, muutoksesta ja uudistumisesta. Se sitoo toiminnan pitkän aikavälin suunnan. Lahden kaupungin strategian 2025 mukaan ”*Lahti on houkutteleva ja elinvoimainen ympäristökaupunki*”. Kaupunki turvaa edellytykset asukkaiden hyvinvoinnille siten, että keskitytään ydintehtäviin. Palvelut tarjotaan asukkaalle omaa vastuuta ja omatoimisuutta vahvistaen. Syrjäytymisen ja huono-osaisuuden kasautumisen ehkäiseminen sekä suvaitsevaisuuden, monikulttuurisuuden ja yhteisöllisyyden tukeminen ovat ydintehtäviä. Ennaltaehkäisevän toiminnan kehittäminen sekä avoterveydenhuollon vahvistaminen korostuu kaupungin strategiassa. (Lahden kaupunki 2012, 33.)

Lahden terveystalouden visio on ”*Toimivat terveystaloudet ovat helposti saatavilla ja laadukkaita. Asiakas valitsee, vaikuttaa ja voi hyvin*”. Terveystalouden

mission mukaan ” *Terveyspalveluiden tehtävänä on tuottaa lahtelaisille laadukkaita ja hyvin saatavilla olevia terveydenhuollon palveluita. Asiakasnäkökulma on meille tärkeä ja palveluissamme huomioidaan myös asiakkaan omahoidon tukeminen ja ennaltaehkäisevä työ. Olemme oman alamme ammattilaisia ja kehitämme ammattitaitoamme jatkuvasti. Seuraamme, mittaamme, ja arvioimme saamaamme palautetta ja omaa työtämme. Olemme innovatiivisia ja luomme uusia ratkaisuja palveluntuotantoon moniammatillisesti*”. (Lahden kaupunki, 2011.)

Lahdessa tuottavuus ja kehittämisen viitekehys koostuvat eri osa-alueista, joita ovat strategia, strategiatulkinta, toimintajärjestelmä, palveluiden tuotteistaminen sekä seuranta ja arviointi. Toiminnan suunnan määrittää strategia, josta muodostetaan tulkinnan avulla tavoitteet. Prosessimallinnukset toteutetaan kolmisivutekniikalla, eli täytetään prosessin perustiedot, piirretään prosessikaaviot ja kirjataan prosessien vaiheet, joihin linkitetään yksityiskohtaiset työohjeet. Tässä kehittämishankkeessa mallinnettiin prosessikuvaukset Pääterveysaseman Diabetespalveluissa.

CAF itsearviointi on julkisen sektorin organisaatioiden laadunarviointimalli, joka kattaa kaikki organisaation toiminnan oleelliset alueet. Malli sisältää yhdeksän arviointialuetta ja yksi keskeisimmistä arviointialueista on prosessit. CAF itsearviointimallissa tarkastellaan niitä organisaation toimintatapoja, joilla pyritään saavuttamaan asetetut tavoitteet. Henkilöstötuloksilla, asiakastuloksilla, yhteiskunnallisilla tuloksilla ja keskeisillä suorituskykytuloksilla arvioidaan näistä edellä mainituista toimintatavoista seuraavia tuloksia eri näkökulmista. Innovatiivisuus ja oppiminen sisältyvät mallin kaikkiin vaiheisiin. Seurannalla ja arvioinnilla mitataan tavoitteiden toteutumista ja toiminnan kehittymistä. Arviointitulokset ohjaavat edelleen toiminnan suuntaa. Tässä kehittämishankkeessa syntyneitä prosessimallinnuksia voidaan arvioida CAF-laatu- ja arviointijärjestelmän mukaisesti. (Lahden kaupunki 2013 b, 3.) Seuraavassa kuviossa 2 esitetään Lahden kaupungin kehittämisen viitekehys.



Kuvio 2. Lahden kaupungin kehittämisen viitekehys (Lahden kaupunki 2013 b, 3).

Kaikkien organisaatioiden toiminnan lähtökohtana voidaan pitää jonkin hyödyn eli lisäarvon tuottamista jollekin organisaation ulkopuoliselle taholle. Toteuttaakseen tehtävänsä organisaation on kyettävä luomaan itselleen asiakaskunta ja ajateltava mitä asiakas haluaa ostaa tai saada. Organisaation olemassaolon määrittää asiakkaan todellisuus, tilanne, toiminta ja tarpeet. Organisaatiossa toimivien tulee oivaltaa, mitä sen tuottamat palvelut saavat aikaan ja miten tai miksi ne ovat vastaus asiakkaan tarpeisiin. (Lindroos & Lohivesi 2010, 17–18.)

Julkisten palvelujen johtamisessa ja kehittämisessä korostuvat vaikuttavuus, julkinen hyöty ja henkilöstönäkökulma palvelun laadun ja toimintaprosessien sujuvuuden rinnalla. Kehittämällä tuloksellisuuden osa-alueita pystytään parantamaan tuottavuutta ja sen kehitystä mitattaessa tuotokseen kuuluu palveluissa myös laatu. (Kunnallisen työmarkkinalaitoksen tuloksellisen toiminnan kehittämistä koskeva suositus 17.12.2008, 3-5.)

Lahden kaupungin henkilöstösuunnitelman (2013) mukaan suunnittelussa tulisi tarkastella toimintoja ja tehtäviä uudella tavalla, hyödyntää nykyinen osaaminen ja kehittää osaamista hyödyntäen poikkihallinnollista yhteistyötä. Strategian toteuttamisessa on myös varauduttava palveluiden uudelleenlaaiseen järjestämiseen.

Kuviossa 3 kuvataan avohoidon uusi 21.1.2014 johtoryhmässä hyväksytty organisaatiokaavio. Johtavan ylilääkärin alaisuudessa toimii hoitotyön johtajana ylihoitaja. Pääterveysasema jakautuu vastaanottotoiminnan yksikköön, mielenterveys- ja päihdepalveluihin, erikoislääkäripoliklinikkaan sekä diabetesyksikköön. Lähiklinikoita on kolme: Itäinen lähiklinikka, Eteläinen lähiklinikka sekä Keskustan lähiklinikka. Esitys diabetesyksiköstä hyväksyttiin SOTE 2015 toimenpideohjelman myötä. Diabetespalvelut toimivat vuoden 2014 alusta omana kustannuspaikkana. (Lahden kaupunki, 2014.) Vuoden 2015 alusta Diabetespalvelut ovat osa Pääterveysaseman vastaanottopalveluita.



Kuvio 3. Lahden terveyspalveluiden avohoidon organisaatiokaavio. (Lahden kaupunki, 2014.)

Diabetespalveluissa hoidetaan tyypin 1 diabeetikot, monipistohoitaiset tyypin 2 diabeetikot, monisairaat tai diabeettista lisäsairautta potevat tyypin 2 diabeetikot. Kaikki potilaat kuuluvat kutsujärjestelmän piiriin. Diabeteshoitajat toimivat potilaiden omahoitajina ja hoitosuhteet ovat pysyviä. Potilaan hoito toteutuu lääkärin ja hoitajan yhteisvastaanotolla, diabeteshoitajan yksilövastaanotolla sekä ryhmäohjauksessa.

Kaikki lahtelaiset diagnosoidut diabeetikot ovat Pääterveysaseman asiakkaita. Hyvässä hoitotasapainossa olevien tablettihoitoisten diabeetikoiden hoito siirtyy

Pääterveysaseman vastaanottopalveluihin. Hoitovastuun siirtyminen pois Diabetespalveluista edellyttää sairaanhoitajien resursointia ja koulutusta diabetesvastuuhoitajiksi. Erikoislääkäripoliklinikalle siirretään tarvittaessa vaativampaa hoitoa tarvitsevia tyypin 1 diabeetikoita. Lisäksi erikoissairaanhoidosta siirtyy sisätautipoliklinikalle nuoret tyypin 1 diabeetikot, jotka poistuvat lastentautien poliklinikan hoidosta noin 18 vuoden ikäisenä. (Lahden Kaupunki 2014.)

2.5 Terveyshyötymalli

Lahden terveystalouksissa on käytössä Terveyshyötymalli pitkäaikaissairaiden hoidon tehostamiseksi. Terveyshyötymalli on Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän vuonna 2009 käntämä ja mallintama Chronic Care Model (CCM), joka on laajasti ympäri maailmaa valittu pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisyn ja hoidon kehittämisen viitekehikseksi. (Barr ym. 2003.)

Terveyshyötymallin kehittäjä on amerikkalainen Edward H. Wagner kumppaneineen. Chronic Care Modelin (CCM) kehittämisen syynä olivat havainnot siitä, että perusterveydenhuolto ei pysty vastaamaan kroonisten sairauksien lisääntymisen luomaan haasteeseen. Puolella pitkäaikaissairaista on useampia sairauksia, jotka asettavat terveydenhuoltojärjestelmälle erityishaasteen. (Oksman, Sisso & Kuronen 2012, 4-6.)

Vuonna 2010 tehdyn Feature of the Chronic Care Model (CCM) Associated with Behavioral Counseling and Diabetes Care in Community Primary Care tutkimuksen mukaan diabeteksen hoidon tulokset olivat paremmat, jos perusterveydenhuollossa oli käytössä terveyshyötymalli (Ohman ym. 2010). Siinä diabeetikko voimaantuu oman sairautensa hoitoon, joka on valmistautuneen ja proaktiivisen tiimin tukemana potilaskeskeistä, suunnitelmallista, tavoitteellista ja terveyshyötyä tuottavaa. (Barr ym. 2003.)

Tätä mallia käytäntöön toi POTKU-hanke terveyshyötyohjaajien ja potkupajojen avulla. POTKU-hankkeen tavoitteet olivat pitkäaikaissairaana suunnitelmallinen hoito terveyskeskuksen vastaanotolla sekä Työpari- tai tiimimallin käyttöönotto. Käytännön työ on kuvattu pitkäaikaissairaana ”sydänmallilla” kuviossa 4, jonka sisältä ja taustalta löytyvät Terveyshyötymallin elementit: yhteydenotto terveys-

asemalle, valmistautuminen vastaanotolle, kartoituskäynti hoitajan luona, hoitosuunnitelma sekä omahoito. (Oksman ym. 2012, 4-6.)



Kuvio 4. Pitkäaikaissairaahan hoidon sydänmalli (Oksman, Sisso & Kuronen 2012, 4-6).

Diabetesliiton asettama asiantuntijatyöryhmä esittää, että tyypin 1 diabetesta ja erityishoitoa vaativien tyypin 2 diabetesta sairastavien hoito tulee keskittää diabetesosaamiskeskuksiin, diabeteskeskuksiin ja verkostoihin. Keskeistä on taata hoidon jatkuvuus diabeteksen hoitoon keskitetyssä hoitoyksikössä. Tämä edistää osaamisen jakamista ja uusien hoitomenetelmien käyttöönottoa. Työryhmä ehdottaakin terveyshyötymallin mukaista pitkäaikaissairaanhoidomallin käyttöönottoa. (Ahomäki ym. 2014, 12.)

Oleellisena työvälineenä Terveyshyötymallissa on hoitosuunnitelma, joka laaditaan yhdessä asiakkaan kanssa. Hoitosuunnitelman lainsäädännöllinen tausta perustuu Sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirjoista antamaan asetukseen (298/2009), jonka mukaan potilastiedostoon tulee merkitä potilaan hyvän hoidon kokonaisvaltaisen hoidon turvaamiseksi sekä tarpeelliset että riittävät tiedot. Terveydenhoitolaki velvoittaa potilaan oman terveyskeskuksen laatimaan hoitosuunnitelman, joka voidaan toteuttaa myös muun kunnan terveyskeskuksessa. Sosiaali-

ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) on antanut vuonna 2013 ohjeen julkiselle terveydenhuollolle hoitosuunnitelman laatimisesta.

Komulainen, Vuokko ja Mäkelä (2011, 3-16) ohjeistavat dokumentissaan Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma lomakkeen rakenteen ja antavat ohjeet sen käytölle. Lomake on Terveyden ja Hyvinvoinnin laitoksen ja yhteistyötahojen kehittämä työväline asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon tueksi. Terveys- ja hoitosuunnitelman käytön tavoitteet ovat potilaskeskeisyys, voimaannuttaminen, hoidon jatkuvuus ja tietojärjestelmien hyödyntäminen hoidon toteutuksessa. Se on osa potilasasiakirjaa, jonka laatimisesta ja ylläpidosta vastaa terveydenhuollon ammattihenkilö. Hoitosuunnitelma liitetään Kansalliseen terveysarkistoon (Kanta palveluun), jossa se on asiakkaan luettavissa ja käytettävissä.

Terveys- ja hoitosuunnitelma on kirjallinen nimettyä henkilöä varten suunniteltu lääketieteellisen ja hoitotyön ohjelma. Hoitosuunnitelma rakentuu erillisistä komponenteista, jotka yhdessä muodostavat kokonaisvaltaisen suunnitelman. Hoidon tarve muodostuu yhdestä tai useammasta asiakkaan yhdessä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa tunnistamasta ongelmasta. Hoidon tavoite on se muutos, johon hoidolla pyritään. Ammattilainen tuo oman näkemyksensä asiakkaan itse asettamaan tavoitteeseen, sekä tukee asiakasta tavoitteen määrittelyssä. Hoidon toteutus ja keinot sisältävät asiakkaan omahoidon sekä ammattilaisen toteuttaman terveydenhuollolliset toimet asiakkaan terveyden edistämiseksi ja parantamiseksi. Lääkäri on aina vastuussa lääketieteellisesti tutkimuksista ja hoidoista. Hoitosuunnitelman tuki, seuranta ja arviointi muodostuvat ammattilaisen käytännön toimenpiteistä asiakkaalle edellisessä kohdassa esitettyjen hoitojen toteuttamiseksi. Suunnitelmalle nimetään vastuuhenkilö, joka koordinoi hoidon toteutusta. Hoitosuunnitelmaan sisältyvät vielä asiakkaan lääkitys ja diagnoosit. (Komulainen ym. 2011, 16- 27; Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2013, 3.) Myös Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) on antanut vuonna 2013 ohjeen julkiselle terveydenhuollolle hoitosuunnitelman laatimisesta.

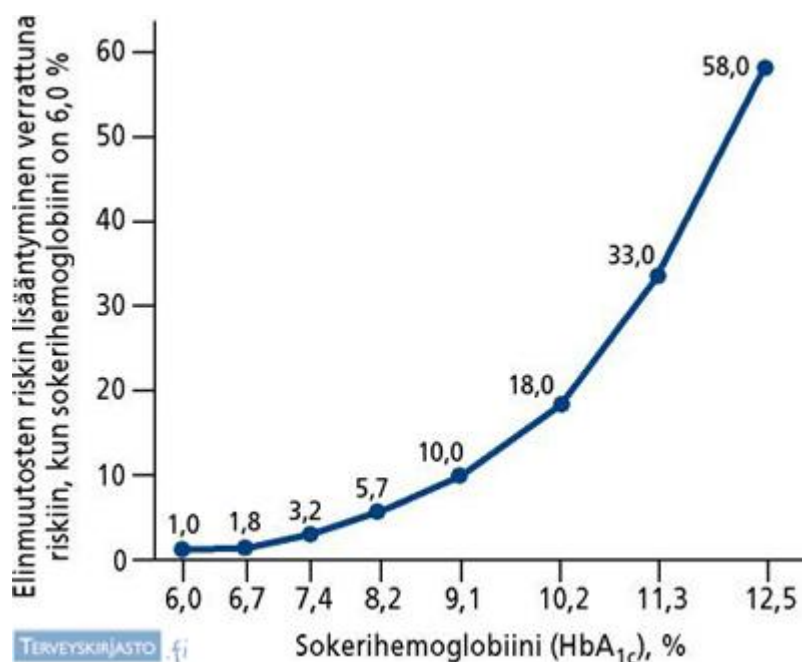
3 KEHITTÄMISHANKKEEN TIETOPERUSTA

3.1 Tyypin 1 diabeteksen hoitotasapaino

Keskeinen asia tässä kehittämishankkeessa on tyypin 1 diabeetikoiden hoitotasapainon parantaminen hoidon keskittämällä ja toimintaprosessien mallintamisella Lahden Diabetespalveluissa. Tämä seikka on myös Suomen Diabetesliiton asiantuntijaryhmän raportissa nostettu esiin. Valtakunnallisesti asiantuntijat ovat huolissaan Suomen diabeteksen hoidon järjestämisestä ja toteutuksesta. Tyypin 1 diabeetikon hoitotasapainon parantaminen toteutuu heidän esityksensä mukaisesti parhaiten hoidon keskittämällä osaamiskeskuksiin sekä verkostoitumisella. (Ahomäki ym. 2014.)

Tyypin 1 diabeteksen hoitotasapaino määritellään sekä kansainvälisissä (NHS 2011; ADA 2012, 19), että kansallisessa Diabeteksen Käypä hoito-suosituksessa (Groop ym. 2013), jotka ovat yhteneväiset. Hyvä hoitotasapaino on yksilöllinen, riippuen diabeetikon iästä, sairauden kestosta, mitatuista matalista verensokeriarvoista sekä muista sairauksista. Tärkein verensokeritasapainon mittari on Glykoitunut hemoglobiini (GHbA1c), joka kertoo viimeisen kolmen kuukauden ajalta keskimääräisen verensokeritason. Suomen Diabeteksen Käypä hoito-suosituksen mukaan tulee GHbA1c-tason olla lääkehoidon aikana alle 7.0 prosenttia (53 millimoolia/moolissa). Tällöin ei diabeetikolla saa esiintyä matalia verensokeriarvoja. (Groop ym. 2013.) Vieläkin tiukempaa tasapainoa voidaan tavoitella (alle 6.5 prosenttia), jos on kyseessä nuori, perusterve, vain vähän aikaa diabetesta sairastanut henkilö (ADA 2012, 19).

Hyvän hoitotasapainon tavoittelu on merkittävää, koska elinmuutosten riski lisääntyy GHbA1c arvon kasvaessa. Huono sokeritasapaino on tärkein elinmuutoksille altistava seikka. Oheisessa kuviossa 5 on kuvattu riskin jyrkkä kasvu GHbA1c tason noustessa. Jos GHbA1c taso on 12 prosenttia (108 mmol/mol) riski elinmuutokseen on viisikymmenkertainen verrattuna GHbA1c tasoon 6 prosenttia (42 mmol/mol). (Rönnemaa 2009, 392.)



Kuvio 5. Sokerihemoglobiinin pitoisuuden ja diabeteksen elinmuutosten välinen suhde (Mustajoki 2014).

Vallen, Erikssonin, Peltosen, Aarnen ja Kosken (2010, 13) muodostama työryhmä on tutkinut suomalaisten diabeetikkojen hoitotasapinoa vuosilta 2009 - 2010. Tulokset osoittivat, että suomalaiset tyypin 1 diabeetikot eivät ole keskimäärin hyvässä hoitotasapainossa. Huonoimmassa hoitotasapainossa olivat tutkimushetkellä 15 -25 vuoden ikäiset potilaat. Tyypin 2 diabeetikkojen hoitotasapaino on kohentunut huomattavasti, mutta vastaavasti paranemista ei ole tapahtunut tyypin 1 diabeetikoilla. Tyypin 2 diabeetikoista suurin osa on hyvässä hoitotasapainossa, mutta toisaalta suuri osa ei saavuta verenpaineen eikä kolesterolin osalta tavoitteita. Positiivisesti tuloksiin vaikuttaa taudin varhainen toteaminen. (Pajunen, Laatikainen, Sundvall, Vartiainen & Peltonen 2014, 1709.)

Myös kansainvälisissä tutkimuksissa on etsitty kustannustehokkaita menetelmiä hyvän hoitotasapainon saavuttamiseksi tyypin 1 diabeetikoille. Kansainvälisesti on luotu koulutusohjelmia tyypin 1 diabeetikoiden omahoidon toteuttamisen tueksi. DAFNE (Dose Adjustment for Normal Eating) on viiden päivän strukturoitu opetuspaketti polikliiniseen käyttöön, jossa opetetaan diabeetikkoa arvioimaan aterioiden hiilihydraattimääriä sekä säätämään ateriainsuliiniannoksensa niiden mukaan, sekä huomioimaan liikunta ja muut tasapainoon vaikuttavat tekijät. (Thokala ym. 2013, 477).

Tyypin 1 diabetes pitkäaikaissairautena vaikuttaa koko perheen elämään monin tavoin. Perheenjäsenet elävät diabeetikon arjessa mukana ja huomioivat diabeetikon omahoitoa, verensokeritasoa, ruokailua ja päivittäisiä rutiineita. (Rintala, Paavilainen & Åstedt-Kurki 2013, 86.) Diabetekseen sopeutuminen on prosessi, jossa diabetes muodostuu diabeetikon ja koko perheen kumppaniksi. Keskitetyn Diabetespalveluiden tulee olla tukena diabeetikolle tässä prosessissa. (Olli 2008, 165.) Syitä nuorten diabeetikoiden huonoon GHbA1c-tasoon ovat ristiriidat perhepiirissä, psykologiset syyt ja puutteet omahoidon toteutuksessa (Lancaster ym. 2010).

Uusista diabeteksen hoitomuodoista huolimatta ei myöskään tyypin 1 diabeteksen ennuste ole parantunut. Diabeettisten mikrovaskulaaristen lisäsairauksien ehkäisy on toteutunut hoidon kehittymisen myötä, mutta se ei ole johtanut ennenaikaisen kuolleisuuden vähenemiseen. Kuolleisuus tyypin 1 diabeetikoilla on kaksinkertainen verrattuna taustaväestöön jo ilman lisäsairauksia. Akuutit komplikaatiot, kuten hypoglykemia, ketoasidoosi, päihdekuolemat ja itsemurhat ovat lisääntyneet. (Harjutsalo 2012, 7- 11.) On huomattava, että ennusteeseen ei vaikuta ainoastaan lääketieteellinen osaaminen, myös sosioekonomisilla ja psykososiaalisilla tekijöillä diabeteksen hoidossa on merkittävä osuus. (Ahola 2012, 90.) Saman asian tuo esiin myös Diabetesliiton asiantuntijatyöryhmä (Ahomäki ym. 2014, 9). Diabeetikon heikko kyky käyttää hyväkseen erilaisia voimavaroja terveyden ylläpitämiseksi (koherenssi) lisää kuolleisuutta. Aholan (2012, 90) mukaan kuolleisuutta lisäsi masennus erityisesti naisilla. Ei masentuneilla henkilöillä suurin kuolleisuuden syy oli sydän- ja verisuonitaudit.

Valtakunnallisesti vaativampaa hoitoa tarvitsevat tyypin 1 diabeetikot, monisairaat tyypin 2 diabeetikot sekä diabetesta sairastavat lapset hoidetaan erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuollossa taas hoidetaan määrällisesti eniten diabetesta sairastavia henkilöitä. Lithoviuksen mukaan (2013, 13) pitkäaikaissairaus vaatii sitoutumista omahoitoon, jotta uudetkin hoitomuodot voivat tuottaa tulosta. Tämän vuoksi hyvällä pitkäaikaisella hoitosuhteella on suuri merkitys hoidon onnistumisen kannalta. Usein diabeteksen hoito terveyskeskuksissa tapahtuu muiden sairauksien hoidon ohessa hajautetusti. Pulaa voi myös olla riittävästä osaavasta diabeteksen hoitoon sitoutuneesta henkilökunnasta.

Harjutsalo (2012, 13) toteaakin, että jokaiselle tyyppin 1 diabeetikolle tulisi taata pysyvä hoitosuhde riippumatta sosiaaliryhmästä, yhteiskunnallisesta asemasta tai asuinpaikasta. Asiakkaat hyötyvät ammattitaitoisen moniammatillisen tiimin tai yksikön toiminnasta (Tevameri 2010, 221). Jo vuonna 1997 valmistunut tutkimus (Ho, Marger, Beart, Yip & Shekelle) vahvistaa pysyvän hoitosuhteen merkityksen. Tutkimuksen mukaan keskitetty diabetesyksikkö on tyyppin 1 diabeetikon hoidon kannalta parempi kuin hajautetusti toteutettu hoito. Ajatusta tukevat säännölliset kontrollit, lisäsairauksien ennaltaehkäisy sekä omahoidossa tukeminen. Hoitotulokset keskitetyssä diabetesyksikössä paranevat verrattuna hajautettuun diabeteksen hoitoon (Siminerio, Zgibor & Solano 2004). Tevameren (2010, 221) mukaan prosessimaiset toimintatavat ja prosessienmallintaminen luovat hyvät lähtökohdat moniammatillisen tiimin kehittämiseen.

Yhteistyön lisääminen perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä työterveyshuollon välillä on tarpeen, koska suurella osalla tyyppin 1 diabeetikoista hoitosuhde työterveyshuoltoon on löyhä ja sairauden salaaminen on yleistä. (Hakkainen ym. 2011, 39.) Rintalan (2014, 68) väitöskirjassa Diabeteksen näkyvä ja näkymätön läsnä oleminen, tutkittiin tyyppin 1 diabetesta sairastavan henkilön arkielämää sekä diabetesta koko perheen haasteena. Johtopäätöksenä tutkija esitti, että tyyppin 1 diabeetikon hoidossa tulee huomioida myös perheenjäsenet ja erilaisia koko perheeseen suuntautuvia interventioita tulee kehittää. Lisäksi hän nosti esiin diabeetikoiden pelon matalaa verensokeria kohtaan, jonka vuoksi on tarpeen kehittää potilaan ongelmanratkaisutaitoja hoidonohjauksessa. Perheenjäsenille tulee tarjota ohjausta diabetekseen liittyvään matalaan verensokeriin, sen vaikutukseen ja hoitoon, sekä mahdollisuus käsitellä diabetekseen liittyviä pelkoja, tunteita ja ajatuksia.

Tyyppin 1 diabeetikon hyvän hoidon järjestämiseen ja seurantaan tarvitaan systemaattinen hoitoketju- ja hoitopolkukuvaus sekä yksilöllinen ja asiakaslähtöinen hoitosuunnitelma. Prosessikuvaukset auttavat diabeteksen hoidon kehittämisessä, hoitotulosten mittaamisessa ja laadun arvioinnissa (JHS 2012, 3). Terveystieteiden toimintaprosessit avaavat yksityiskohtaisesti toiminnan etenemisen yksittäiset toiminnot.

3.2 Terveydenhuollon toimintaprosessit

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella (THL) on kuvattu terveydenhuollon toimintaprosesseja. Suomen terveydenhuoltoon on tulossa Kansallinen Terveysarkisto (Kanta). Sen palveluita ovat jo käytössä oleva sähköinen resepti (eResepti), kansallinen lääketietokanta, sähköinen potilasarkisto (eArkisto) ja kansalaisen omien tietojen katselumahdollisuus (eKatselu). Näillä palveluilla pyritään tukemaan hyvää terveydenhoitoa ja palvelukokonaisuutta. Potilastiedon käyttöön liittyvät uudistukset mahdollistavat toimintatapojen tarkistamisen, muuttamisen sekä prosessien kehittämisen. Uudistusten yhteydessä selvitetään terveydenhuollon yleinen toimintaprosessi, jota täydennetään yksittäisten palveluprosessien mallintamisella. (Vuokko, Mäkelä, Komulainen & Meriläinen 2011, 11.) Tässä kehittämishankkeessa kuvataan Lahden kaupungin terveystalouden avohoidon Diabetespalveluiden kliininen palveluprosessi.

Terveydenhuollon toimintaprosessien kuvaamisen tavoitteena on lisätä ymmärrystä terveydenhuollossa tapahtuvien palveluprosessien työnkulusta ja niihin sisältyvien tehtävien etenemisestä. Lisäksi pyritään kuvaamaan toimintaan liittyviä eri vaiheissa syntyviä tai käytettäviä potilastietoja. Prosessikuvauksia voidaan hyödyntää selvittäessä toiminnassa kohtia, joissa on tehostamisen varaa, kehitettäessä toimintoja yhdenmukaiseksi tai halutessa saavuttaa jokin tavoitetilä. (Vuokko ym. 2011, 12–13.) Prosessien suunnittelussa tärkeätä on miettiä loogisesti järkevien toimintojen kokonaisuutta, joihin vaikuttavat organisaation rakenne, osallistujien ja toimijoiden roolit, sekä toimintojen suunnittelu (Mykkänen ym. 2007, 16).











Juricin ja Pantin (2008) mukaan yrityksen tai organisaation toimintojen parantamiseksi täytyy ensin tunnistaa niihin liittyvät keskeiset prosessit. Niiden tunnistamisen jälkeen kerätään prosesseista tietoa, muun muassa niihin liittyvät toiminnot ja toimijat. Kehitettävä prosessi kuvataan ja sen avulla sitoutetaan työntekijät toimimaan yhdessä luodun toimintaprosessin mukaisesti.

Terveydenhuollon prosessit (health care processes) kuvaavat potilaiden ja työntekijöiden välistä suhdetta ja sen puitteissa tapahtuvia toimintoja. Prosessit voivat koostua useista terveydenhuollon toiminnoista. Kliininen prosessi määrittyy poti-

laan kannalta tiettyyn terveystilanteeseen liittyväksi prosessiksi. (Vuokko ym. 2011, 27.) Diabetespalvelut ovat selkeä kliininen palveluprosessi.

Prosessikaavio on kaavion muotoon piirretty esitys, jossa graafisesti kuvataan valitun prosessin toiminnot, tietovirrat ja roolit tai henkilöt. Kuvauksesta voi käyttää nimitystä vuokaavio, jolla useimmiten kuvataan vain toiminnot ja tiedot. (Laamanen & Tinnilä 2009, 124.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon prosessien kuvaamisessa noudatetaan tiettyjä vakiintuneita standardeja. Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta (JUHTA) on laatinut suosituksen julkisen hallinnon prosessien kuvaamisesta. JHS 152 Prosessien kuvaaminen-suositus pyrkii selkeyttämään ja yhdenmukaistamaan julkishallinnon prosessien kuvaamista. Prosessien mallinnuksessa sovelletaan Object Management Group:n (OMG) Business Process Modeling Notation (BPMN) määrittelyä, joka määrittelee kuvauksessa käytettävät symbolit. Merkintätavalla kuvataan toimintaprosesseja, mutta ei esimerkiksi käsite- ja tietomalleja ja sen vahvuutena on kuvata roolit uimaratoina eri tarkastelutasoilla. Kuviossa 6 on kuvattu prosessikuvausten symbolit. (JHS 152,1, 13.)

Symboli	Merkitys	Symboli	Merkitys
	Prosessin alku		Sarjavuo
	Prosessin loppu		Tieto- / materiaalivirta
	Tehtävä tai toiminto		Dokumentti / tietoaineisto
	Päätös / valinta		Tietojärjestelmä / varanto
	Viive / odotus		Materiaali- / välinevarasto

Kuvio 6. Prosessikuvausten symbolit. (Päivä 2013, 25)

Tapahtumasymbolilla kuvataan prosessin alku- ja loppupisteet, toimintosymbolilla prosessia, osaprosessia ja tehtävää ja valintasymbolilla kuvataan valintatilanteita, joissa virta haarautuu tai yhdistyy. Lisäksi käytetään virtasymbolia, joka kuvaa toimintojen suoritusjärjestystä ja virta esitetään yhtenäisellä viivalla, jossa nuoli kuvaa siirtymissuuntaa. Muita symboleja ovat esimerkiksi tietovirta- ja tietoaineistosymbolit, joita käytetään tiedon tai dokumentin siirtämisessä toimijalta toiselle ja asiakirjan tai asiakirjallisen tiedon liittymistä tiettyyn toimintoon. (JHS 152, 11–12.)

Toiminnot ja valinnat sijoitetaan vuokaaviossa uimaradoille, kukin vain yhdelle radalle, jolloin toiminnot ja valinnat ovat vastuutettuja prosessin rooleille. Prosessikuvauksissa eri toimijat erotetaan vaakasuuntaisilla uimaradoilla toisistaan ja toimijat kuvastavat vastuualueita. Yksi toimija voi koostua yhdestä tai useammasta radasta, jotka ovat kiinni toisissaan ja muodostavat yhdessä altaan. (JHS 152, 11.)

Prosesseja kuvatessa lähtökohtana on se, miksi prosessi kuvataan, sillä prosessikuvausten tulee olla tarkoituksenmukaisia ja toiminnallisesti hyödyllisiä. Kuvaaminen alkaa prosessien tunnistamisesta ja kuvattavan prosessin valinnasta. Sen jälkeen päätetään prosessin käyttötarkoitus ja kuvaustaso sekä laaditaan prosessin perustiedot. Prosessikaavion laadinnan jälkeen täytetään toiminnot-taulukko ja prosessikuvaus sovitetaan organisaation prosessikarttaan ja kokonaisuuteen. (JHS 152, 4.)

3.3 Prosessijohtaminen

Prosessinäkökulma sairaalaorganisaatiossa merkitsee työnkulkua (work flow) sekä potilasvirtaa (patient flow). Organisaatiolle tärkeimpiä ovat pää- eli ydinprosessit, jotka liittyvät kiinteästi asiakkaisiin. Ydinprosessit määritellään toimintojen kokonaisuudeksi, jotka sekä alkavat että päättyvät asiakkaaseen. (Tevameri 2010, 223.) Diabetespalvelut kuuluvat markkinaperusteisesti ryhmiteltyyn prosessimaisen toiminnan suunnitteluun tarkasteltaessa prosessijohtamista organisatorisessa kontekstissa. Diabetespalvelut on itsenäinen yksikkö, joka työskentelee prosessimaisen työnkulun parissa ja tarjoaa diabeetikoille vastaanottopalveluita moniammatillisesti. Organisaation prosessilähtöisyys kasvaa siirryttäessä pois funktionaa-

lisesta rakenteesta kohti matriisi- ja prosessimaista rakennetta. (Tevameri 2010, 227- 234.)

Prosessijohtamisen ydintehtävä on kokonaisuuden hallinta. Laamasen ja Tinnilän (2009, 10–11) mukaan prosessiajattelun peruskomponentti pohjautuu tiettyjen toimintojen ketjuun, joiden avulla organisaatio luo arvoa asiakkaille. Prosesseja kuvataan prosessien johtamista, hallintaa ja parantamista varten. Prosessijohtaminen alkaa prosessien tunnistamisella ja määrittelyllä (Tanttu 2007, 188). Prosessijohtamisen lähtökohtana täytyy tunnistaa tapahtumien ketju, mallintaa se ja asettaa toteuttamiselle ja kehittämiselle tavoitteita. Mallintamisen eli prosessien kuvaamisen avulla pyritään ymmärtämään, mikä on kriittistä toimintaa arvonluonnin näkökulmasta. Onnistuneen mallinnuksen tuloksena asiakas kokee saavansa parempaa palvelua, työntekijät ymmärtävät kokonaisuuden ja oman roolinsa tapahtumaketjussa, joka lisää motivaatioita ja yhteistyötä läpi koko organisaation. Myös asiakkaiden tarpeet ymmärretään paremmin, joka parantaa palveluiden tehokkaampaa tuottamista. (Laamanen & Tinnilä 2009, 10–11.)

Toivonen, Ramstedt-Sen ja Anttiroiko (2011, 4-5) tutkivat prosessien kehittämistä kuntien teknisellä sektorilla. Heidän mukaan prosessit ovat osa rakenteita, joissa niitä toteutetaan ja niiden kehittämisessä voidaan ajautua tilanteeseen, jossa oletetaan rakenneratkaisujen uudistavan myös prosesseja. Niin ei aina käy ja prosessien uudistaminen on vaativa toiminto, jossa tarvitaan osaavaa johtajuutta ja vahvaa sitoutumista. Toivosen ym. mukaan prosessien jatkuvan kehittämisen avulla parannetaan organisaatioiden uudistumiskykyä ja muutosherkkyttä, joka edellyttää täsmällisiä kuvauksia ja suoritemittauksia.

Prosessien kehittämisen tueksi prosessijohtamiseen on saatavilla erilaisia atk-pohjaisia ohjelmistoja, joista yksi yleisesti käytetty on Integrated Management System. IMS ohjelmisto on kokonaisvaltainen toimintajärjestelmä, jossa toimii selainpohjainen laadunhallinta-, toiminta- ja johtamisjärjestelmä. IMS ohjelmiston keskeiset toiminnallisuudet ovat prosessien kuvaaminen, dokumenttien hallinta, palautteiden ja arviointien käsittely, tulosten mittaaminen sekä käsikirjojen koostaminen. (IMS, 2014.)

Ohjelmistossa on prosessinpiirto -työväline, jonka avulla voidaan kuvata organisaation toiminta prosesseina. Prosessit muodostetaan hierarkkisesti ylhäältä alaspäin, karkeimman tason kuvauksista kohti yksityiskohtaisempaa työkulkua. Kuvaukset liittyvät toisiinsa kiinteästi prosessipuun avulla. Prosessien keskeiset kokonaisuudet ovat prosessikartta, prosessipuun sekä kolmisivutekniikan periaatteella esitetty prosessikuvaus. Prosesseihin voidaan linkittää työohjeita ja lomakkeita, kansioita, mittareita, nettisivuja sekä esimerkiksi siirtymisiä muihin tietojärjestelmiin. IMS ohjelmiston avulla voidaan suunnitella, kuvata, toteuttaa ja viestittää organisaation johtamismallin, ydinprosessit ja tukitoiminnot. (IMS, 2014.)

Lahden kaupunki päätti ottaa prosessityötä varten käyttöön IMS toimintajärjestelmän elokuussa 2010, jonka avulla kaupungin systeemit ja prosessit voidaan integroida samaan järjestelmään. Teknisen ja ympäristöalan prosesseja on kuvattu laajasti ja prosessimaista työskentelyä on siirretty organisaatioon lisäämällä tiimi-työskentelyä. Lahden kaupungin tavoitteena on IMS ohjelmiston avulla kehittää ja luoda toimintajärjestelmäkuvaus kaikissa palveluyksiköissä ja vastuualueilla sisältäen sosiaali- ja terveystoimen prosessikuvaukset ja prosessikartat. Lahden kaupunki tekee kiinteätä yhteistyötä Hollolan, Kouvolan ja Jyväskylän kanssa ja näin Hollolan kunta ja eri kaupungit saavat tietoa toistensa prosessityöstä ja -johtamisesta, sen organisoinnista, välineistä, välineiden käytöstä ja prosessikuvauksista. (Toivonen ym. 2011, 59–60; Lahden kaupunki, 2009.)

IMS ohjelmiston avulla kuvataan diabetesvastaanoton toiminta prosesseina, joihin voidaan liittää ohjaava tieto, esimerkiksi diabetesvastaanoton käytössä olevat ohjeet, lomakkeet ja palvelukuvaukset. Näin voidaan löytää uusia toiminnan kehittämiskohteita ja tavoitteena on saada prosessikuvaukset yhä enemmän käytännön työkaluiksi. (Lahden kaupunki, 2009.)

Prosessin käsite liittyy sen aikana tapahtuvaan muutokseen, joita voi tapahtua esimerkiksi johtamisessa, olosuhteissa, toimintatavoissa, oppimisessa, motivaatiossa tai toimintamalleissa. Muutosta voidaan tarkastella asteittain johonkin tavoitteeseen etenevänä, vaikka toisinaan ilmiössä voidaan havaita avainkohtia tai muita keskeisiä käännekohtia, joiden merkitys prosessille on ilmeinen. (Anttila 2006, 220.) Laamasen ja Tinnilän (2009) mukaan asiakkaan kokemaa arvoa ei ole tehokasta lähestyä suoraan, vaan ensin on tarkasteltava arvonluontiin liittyvää toimin-

taa mallintamalla se. Mallintamista kutsutaan prosessien kuvaamiseksi ja sen avulla pyritään ymmärtämään, mikä on kriittistä toimintaa arvonluonnin näkökulmasta. Prosessit ovat tapa ymmärtää organisaation toimintaa systeeminä ja sen pohjalta voidaan luoda paremmin tuloksia tuottavia toimintatapoja. (Laamanen & Tinnilä 2009, 10; JHS 2012, 3.)

Tevameren mukaan (2010, 235) prosesseja tulee aina peilata suhteessa funktioiden johtamiseen, koska erikoistumisen johtaminen on keskeisessä asemassa. Näin varmistetaan, että Diabetespalvelut toimivat kokonaisuutena sekä moniammatillisen tiimin jäsenillä on käsitys prosessien työhön tuomista muutoksista. Prosessien kohteena on välittömästi asiakas, työ on asiakaslähtöistä ja prosesseihin liittyvät asiat kytkeytyvät asiakkaan hoitoon.

4 KEHITTÄMISHANKKEEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän kehittämishankkeen tarkoitus on kehittää diabeteksen hoitoa Lahden kaupungin terveystalveissa. Hajautettu diabeteksen hoito perusterveydenhuollossa on Suomessa yleistä. Keskittämällä pyritään parempaan hoidon laatuun, kattavuuteen sekä diabeteksen hoidon kehittämiseen ja kohteena ovat erityisesti tyypin 1 diabeetikot.

Lahden avoterveydenhuollossa tapahtui organisaatiomuutos vuoden 2014 alussa Sote 2015 toimenpideohjelman mukaisesti. Palvelurakenneuudistuksen myötä palvelut jakautuivat kaksiosittaisesti Klinikkoille ja Pääterveysasemalle. Klinikkomallin mukaisesti Pääterveysasemalle sijoittuvat vastaanottoiminnot sekä Diabetespalvelut. Tämän kehittämishankkeen tavoite on tämän uuden moniammatillisen Diabetespalveluiden toiminnan keskittäminen, kuvaaminen ja vakiinnuttaminen prosessimallinnuksen avulla. Prosessit kuvataan IMS (Integrated Management System) järjestelmään. Mallintaminen toteutetaan kuvaamalla kolme erillistä prosessia, joissa ensimmäinen prosessi avaa Diabetespalveluiden sijoittumisen perusterveydenhuoltoon, hoitopolun erikoissairaanhoidon sekä kolmannen sektorin yhteistyökumppanit. Tavoitteena on kuvata tyypin 1 diabeetikon hoitopolku Lahden kaupungin organisaatiossa. Toinen prosessi kuvaa potilaan hoitotapahtumat Lahden Diabetespalveluissa ja kolmas prosessi mallintaa lääkäri ja hoitaja työparin Lahden yhteisvastaanoton Diabetespalveluissa.

Toikon ja Rantasen (2009, 15) mukaan kehittämisen tavoite voi olla joko organisaation strateginen päämäärä tai toimijalähtöinen kehittäminen. Tämä prosessien mallintaminen on lähtöisin koko työyhteisön halusta ja käytännön kokemuksesta kehittää päivittäistä työn toimivuutta. Lisäksi tavoitteellisuus on keskeinen osa kehittämistyötä, jolloin muutoksen kautta siirrytään toimintatavan tai rakenteiden muutokseen. Muutoksessa suunta on kohti tulevaa, lähtökohta muuttuu laadullisesti, määrällisesti ja rakenteellisesti. Tässä kehittämisellä tähdätään sekä toimintatavan, että toimintarakenteen muutokseen. (Toikko & Rantanen 2009, 57.)

Tässä hankkeessa työyhteisölähtöinen kehittäminen edellytti pitkäjänteistä, systemaattista toimintaa. Se voi vahvistaa työyhteisön tietoisuutta ja itseymmärrystä, työyhteisöllisyyttä, keskinäistä ymmärrystä ja arvostusta, sekä arvioinnin ja kehit-

tämisen osaamista ja niiden systemaattisuutta. Vatajan (2012, 9-10) mukaan nämä ovat ominaisuuksia, joita tarvitaan muuttuvassa työelämässä, jossa työyhteisöiltä edellytetään oppimista, innovatiivisuutta ja kykyä sekä uudistua, että sopeutua muutoksiin.

Aiemmin jatkuvana kehittämisenä näyttäytynyt diabeteskehittämistyö muuttuu näin hankeperustaiseksi työksi, jolla on tietty aikataulu. Kehittämishanke on suunniteltu työjakso, jolla pyritään tiettyyn tulokseen ja päämäärään. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 25.) Vatajan (2012, 9-10) mukaan tuloksellisuuden kehittäminen perustuu jatkuvaan parantamiseen, jossa suunnittelu, toteutus, arviointi ja kehittäminen on kytketty työ- ja palveluprosesseihin. Työyhteisölähtöinen kehittäminen on pienimuotoisten ja vähäisten muutosten tuottamista ja sitä toteutetaan useimmiten organisatoristen muutosten keskellä. Uuden pääterveysaseman valmistuttua vuonna 2018, Diabetespalvelut pääsevät toimimaan uudessa tilassa toiminnallisesti, fyysisesti ja todennäköisesti myös hallinnollisesti yhtenäisenä.

5 KEHITTÄMISHANKKEEN MENETELMÄ JA PROSESSIMALLINNUKSEN

5.1 Toimintatutkimus

Tämän kehittämishankkeen lähestymistavaksi valittiin toimintatutkimus. Lewin (1946) otti termin toimintatutkimus (action research) ensimmäisenä käyttöön tutkiessaan ryhmadynamiikkaa ja muutoksen toteuttamista. Tutkija toimii aktiivisesti mukana muutoksen toteuttajana. Lewinin mukaan muutosprosessin kolme vaihetta ovat jäykistyneen tilanteen ”sulattaminen”, muutos sekä tilanteen vakiinnuttaminen. (Järvinen & Järvinen 1996, 127.) Avoterveydenhuollon organisaatiouudistus voidaan nähdä ensimmäisenä vaiheena, kun vanha organisaatiomalli häviää. Toinen vaihe on muutos, joka on vallalla parhaillaan uuden toimintamallin muotoutuessa. Kolmas vakiinnuttamisen vaihe on tämän kehittämishankkeen tavoitteena mallintaa uuden Diabetespalveluiden ydinprosessit.

Tässä työssä menetelmänä käytettiin prosessimallinnusta toimintatutkimuksen viitekehysessä. Prosessimallinnuksen lisäksi hyödynnettiin havainnointia ja kirjallisia dokumentteja. Kehittämishankkeessa tulee käyttää tiettyä lähestymistapaa, jotta tutkimuksellisuus toteutuu. Usein voidaan nähdä piirteitä useista eri lähestymistavoista samassa työssä, samoin useat eri menetelmät sopivat eri lähestymistapoihin. (Ojasalo ym. 2009, 51.)

Linturi (2003) jakaa toimintatutkimuksen eri vaiheisiin, jotka seuraavat toisiaan suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin ja reflektoinnin jatkumona tarkastetun suunnittelun kautta. Tässä Diabetespalveluiden prosessimallinnuksen kehittämishankkeessa myös vuorottelevat suunnittelu, toiminta ja toiminnan suunnittelu.

Robsonin (2010, 146–147) mukaan havainnoinnin merkittävin anti käytännössä on, että se auttaa selvittämään, mistä hankkeesta on kysymys ja kuinka se toimii. Parhaaseen tulokseen pääsee havainnoimalla joustavalla, tutkivalla ja strukturoimattomalla lähestymistavalla. Havainnoitsijan on tärkeää osallistua prosessien arviointiin ja saada siihen tuntumaa pitämällä silmät ja korvat avoimina. Menetelmään voi yhdistää myös vapaamuotoiset keskustelut, joita käydään asianosaisten kanssa yhdessä.

Havainnointi jaetaan systemaattiseen ja osallistuvaan havainnointiin. Systemaattisessa havainnoinnissa työ on jäsenneiltyä ja systemaattista ja havainnoija on ulkopuolinen toimija. Osallistuvassa havainnoinnissa taas havainnoija on ryhmän toimintaan aktiivisesti osallistuva ja havainnointi on vapaasti tilanteessa muotoutuvaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 214.) Tässä kehittämishankkeessa havainnointi pohjautui osallistuvaan havainnointiin eikä ollut systemaattista.

Adler ja Adler (1987, 36–37) erottavat toisistaan kolme erilaista havainnoija tyyppiä. Ensimmäinen havainnoija tyyppi on etäinen jäsen, joka arvioi, havainnoi ja on riittävän usein vuorovaikutuksessa ryhmän jäsenten kanssa selvittääkseen heidän näkökulmansa asioihin. Etäinen havainnoija ei yleensä osallistu ryhmän toimintaan tai ota aktiivista roolia siinä. Toinen havainnoija tyyppi on aktiivinen jäsen, joka ottaa osaa ryhmän toimintaan. Havainnoija ei ole kuitenkaan sitoutunut sen toimintaan, koska haluaa kerätä ja havainnoida tietoa puolueettomana tarkkailijana. Kolmas havainnoija tyyppi on täysjäsen, joka on sitoutunut ryhmään ja on toiminnassa täysin mukana, sekä omaksuu sen normit ja arvot. Kehittämishankkeessa toinen kehittäjä-tutkija kuuluu työyhteisöön, jolloin hän on täysin mukana toiminnassa ja toinen taas ottaa osaa ryhmän toimintaan, mutta ei ole sitoutunut sen toimintaan.

Vilkan (2005, 121–122) mukaan osallistuvan havainnoinnin käyttäminen edellyttää yleensä työyhteisöön sisään pääsemistä. Tutkijan ollessa osa työyhteisöä, tätä ongelmaa ei ole, mutta silloin on mietittävä millaisia riskejä tutkimusaineiston saamiseen ja laatuun liittyy. Käytännön havainnointia koskevissa asioissa, eli mitä, miten ja missä tulee sopia jo suunniteltaessa tutkimusaineiston keräämistä tutkijassa tutkimussuunnitelmavaiheessa. Osallistuvan havainnoinnin avulla voidaan myös kytkeä muita tutkimusmenetelmiä paremmin tutkimuksen avulla saatuun tietoon eli sen kontekstiin jolloin asiat nähdään niiden oikeissa yhteyksissä. Havainnoinnilla on mahdollista saada monipuolista ja yksityiskohtaista tietoa tutkittavasta ilmiöstä, mikä ei ole mahdollista tai helppoa toisenlaisten tutkimusmenetelmien avulla. Yleensä osallistuvan havainnoinnin menetelmää käytetään yhdessä muiden tutkimusmenetelmien kanssa. (Järvinen & Järvinen 2004, 155–156.) Robson (2010, 147) toteaaakin, että mitä enemmän osallistuu sitä enemmän vaikuttaa toimintaan.

Lovion ja Kivisaaren (2010, 21) tekemässä katsauksessa kansainväliseen kirjallisuuteen julkisen sektorin innovaatioista ja innovaatiotoiminnasta käsittelevistä tutkimuksista iso osa kohdentuu asiakkaille tuotettaviin uusiin palveluihin tai palveluprosesseihin. Lukuisat kansainväliset tutkijat ovat tutkineet terveydenhuollon palveluprosessien innovatiivista kehittämistä ja tutkimustulokset kertovat julkisella sektorilla tuotettavasta tavoitteellisista innovaatioista ja niiden muodostumisesta toimintamalleiksi ja osaksi vallitsevia järjestelmiä.

Ojasalon ym. (2009, 71- 72) mukaan innovaatiolla tarkoitetaan uutta tuotetta, palvelua tai prosessia. Tämän uuden toimintayksikön kehittämiseen tulee piirteitä innovaatioiden tuottamisesta. Jo palvelujärjestelmässä oleville asiakkaille tarjotaan uudella tavalla tuotettuja palveluita (Stenvall & Virtanen 2012, 94). Eletään vaihetta, jossa palvelurakenne muuttuu ja innovaatiot syntyvät työntekijöiden sekä asiakkaiden tarpeista.

Toikko ja Rantanen (2009, 68) jakavat kehittämistehtävät viiteen (5) tasoon: Perustelu, organisointi, toteutus, levittäminen ja arviointi. Käytännön työssä voi todeta, että hanke ei välttämättä etene selkeästi vaiheiden mukaisesti. Puhutaan spagettimallista, jossa toiminta ei etene aina loogisesti eikä ongelman ratkaisu ole aina selkeää. Kehittämistyö on sosiaalista toimintaa, joka vaatii aikaa ja työtä onnistuakseen. Spagettimaisuus pyrkii kuvaamaan kehittämistyön monimuotoisena, avoimena prosessina, jossa kriittisellä vuorovaikutuksella on suuri merkitys. Tässä kehittämishankkeessa voidaan nähdä piirteitä spagettimaisesta prosessin etenemisestä.

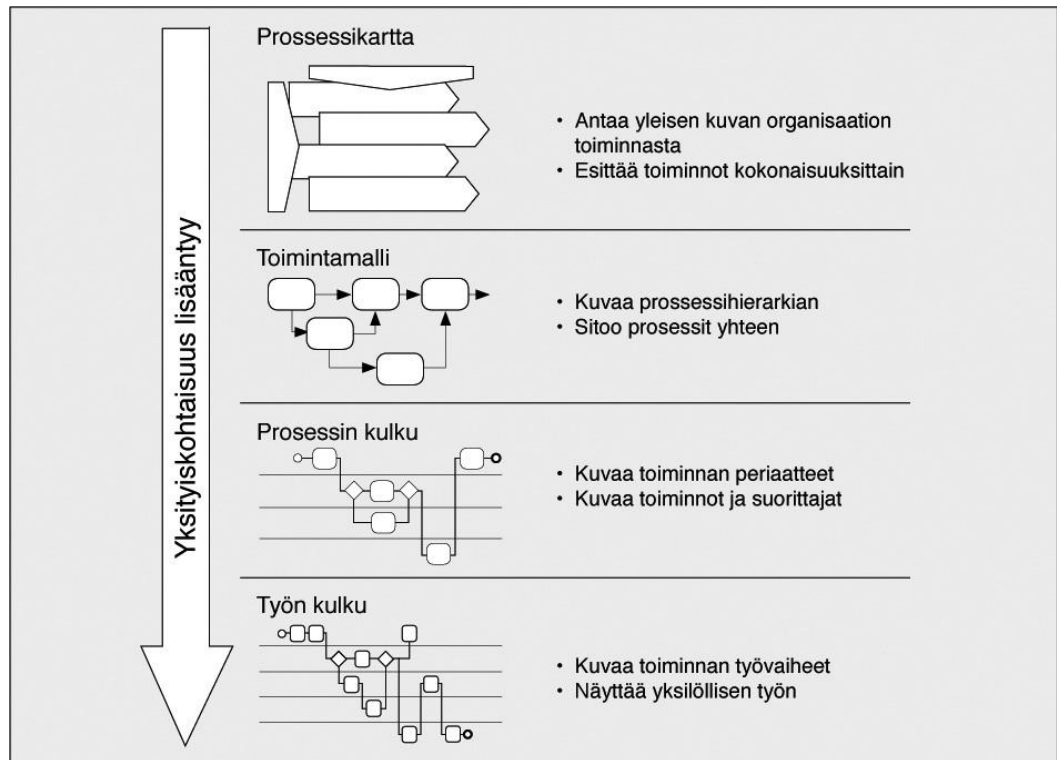
Oleellista on selvittää syy, miksi muutosta halutaan lähteä toteuttamaan. Perusteluvaiheessa vastataan kysymykseen miksi ja mitä tehdään, että tavoitteeseen päästään. Toiminnassa mukana olevat saavat selvityksen työn tarpeellisuudesta. Lähtökohta voi olla ongelmatilanne, joka halutaan korjata. Toisaalta visio paremmasta voi vauhdittaa muutosta (Toikko & Rantanen 2009, 57.) Ojasalo ym. (2009, 24) ohjeistavat valitsemaan näkökulman, josta käsin työ etenee, sekä teoreettisen tausta, johon työ pohjautuu.

5.2 Prosessien kehittäminen

Prosessien kehittäminen on osa organisaation suunnittelua. Prosessikuvaukset toimivat prosessien johtamisen ja hallinnan välineinä. Ne auttavat hallitsemaan kokonaisuuksia ja tehostavat organisaation toimintaa. Kun prosessit kuvataan yhtenäisellä tavalla, niihin perehtyminen sekä niiden toteuttaminen on helpompaa. (Martinsuo & Blomqvist 2010, 6-8; JHS 2012, 1) Toivosen ym. (2011, 70) mukaan palveluprosessien kehittämisellä on tärkeä rooli kuntien kehittämistoiminnassa. Tärkein tavoite on kehittää prosesseja, jotka lisäävät palvelutoiminnan laatua, kustannustehokkuutta ja vaikuttavuutta. Näin kuntien käytössä olevat resurssit saadaan maksimaaliseen käyttöön.

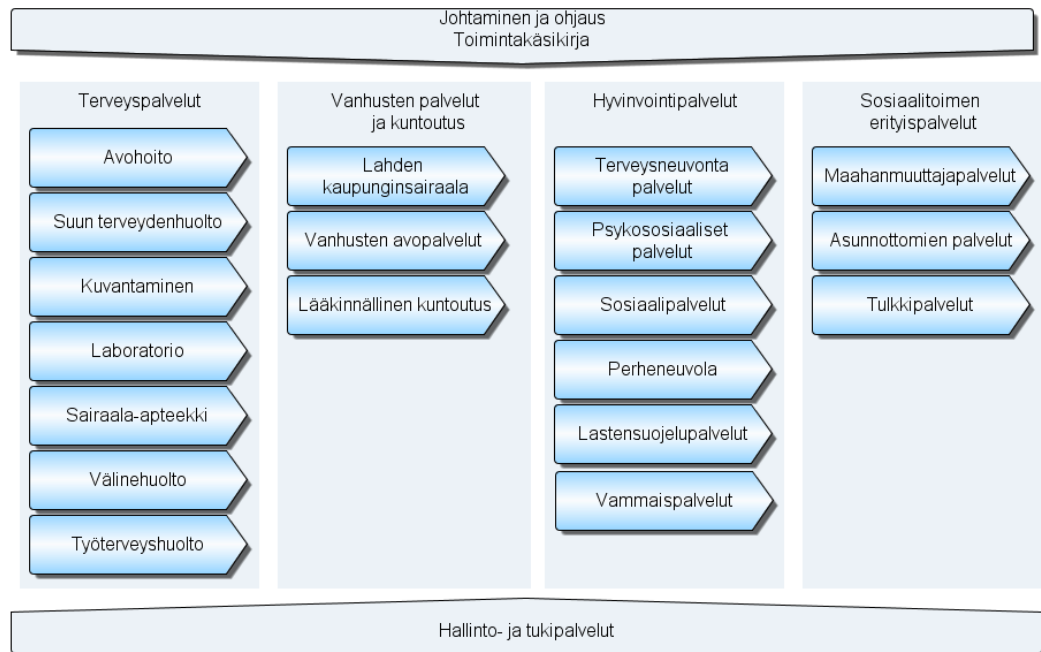
Itä-Suomen yliopiston ja Aalto-yliopiston SOLEA-hanke (2012) tutki prosessimallintamisen kehityskohtia. Kyselytutkimuksessa vastaajien mukaan ongelmana koettiin muun muassa yhteisten toimintatapojen puutteellisuus, yhteisten dokumenttien tietokannat, joiden saatavuus oli vaikeaa tai epävarmaa, sekä vakiintuneiden käytäntöjen puutteellisuus. (Luukkonen, Mykkänen, Itälä, Savolainen & Tamminen 2012, 16.) Tutkimuksen yhteenvedossa todettiin, että ylitason kuvaukset ovat johtamisen näkökulmasta tärkeimpiä mallinnustasoja. Olennaiset toiminnot ja tehtävien kuvaukset auttoivat parhaiten arjen työskentelyssä.

Ohjelmistojen määrittelyssä ja kehittämisessä tarvittiin tarkemman tason kuvauksia. Tutkimuksen mukaan kaikista näkökulmista on tärkeä ymmärtää eri tasojen väliset yhteydet ja sovittaa yhteen tavoitteet ja tarpeet, sekä tehdä näkyväksi työn kuvaus ja prosessimallinnuksen tavoite. (Luukkonen ym. 2012, 78.) Prosessit jaetaan neljään kuvaustasoon: prosessikarttaan, toimintamalliin eli prosessitasoon, prosessin kulkuun eli toimintatasoon sekä työn kulkuun. Joissain tapauksissa tasojen väliset erot voivat olla pieniä tai eri tasojen kuvaukset voivat mennä päällekkäin organisaatioiden koon, tehtävien monipuolisuuden tai kuvausten käyttötarkoituksen vuoksi. Oheisessa kuviossa 7 esitetään kuvaustasot. (JHS 152, 4, 6.)



Kuvio 7. Prosessien kuvaustasot (JHS 2012, 6.).

Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimen toimialan prosessikartta sisältää terveyspalvelut, vanhustenpalvelut, hyvinvointipalvelut sekä sosiaalitoimen erityis- palvelut. Tässä kehittämishankkeessa mallinnetaan avoterveydenhuollon Diabetespalveluiden kolme ydinprosessia. Seuraavassa kuviossa 8 kuvataan sosiaali- ja terveystoimialan prosessikartta.



Kuvio 8. Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimialan prosessikartta (Lahden kaupunki 2013 b, 6).

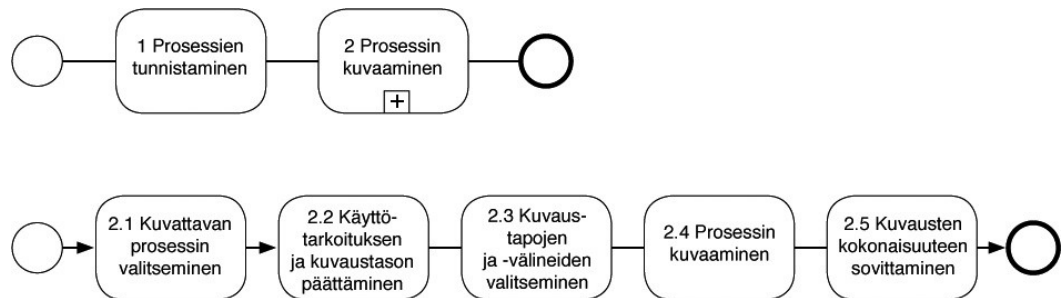
Tässä kehittämishankkeessa hyödynnetään prosessin ja työn kulun tasoa kuvauksessa. Prosessien tunnistaminen tapahtuu kehittämistapaamisten aikana syntyneen tiedon pohjalta, hyödyntämällä vanhoja prosessikuvauksia ja havainnoimalla Diabetespalveluiden toimintaa.

Laamanen ja Tinnilä (2008, 123) kiteyttävät prosessin kuvauksen tapahtumaksi, jossa esitetään prosessin ymmärtämisen kannalta kriittiset toiminnot ja muut määrittelyt. Prosessin kuvaus sisältää prosessissa mukana olevat oleelliset tekijät, kuten esimerkiksi resurssit, henkilöstön, menetelmät ja työkalut, tuotoksen, ympäristökuvauksen, sekä prosessien liittymäpinnat toisiin prosesseihin. Prosessin kuvauksesta käytetään myös ilmaisua prosessin määrittely.

Kehittämistehtävässä luodaan prosessikaavio, jossa kuvataan palveluprosessin eteneminen osallistujien kautta. Mukana ovat työntekijät ja asiakkaat. Tarkoituksena on kuvata prosessi niin, että kaikilla on sama ymmärrys toiminnan kokonaisuudesta. (Ojasalo ym. 2009, 158.) Tässä kehittämishankkeessa kuvataan Diabetespalveluiden uusi toimintamalli palveluprosessin kuvaamisen kautta.

Prosessianalyysi on hyvä menetelmä palveluorganisaatioiden kehittämisessä. Palveluprosessin kuvaamisen työvälineeksi on kehitetty palvelun Blueprint, josta käytetään myös nimeä Service mapping. Blueprint kuvaa palveluprosessin etenemisen kaaviona ja siihen liittyviä toimintoja ja osallisia. Palveluprosessi kuvataan kaavion avulla, joka selventää prosessin kulkua asiakkaan näkökulmasta ja työntekijöiden toiminnot. (Ojasalo ym. 2009, 160 -161.)

Prosessin kuvaamisen lähtökohta on se, miksi se halutaan kuvata. Taustalla vaikuttavat koko organisaation visio ja strategia. Prosessien on oltava tarkoituksenmukaisia. Prosessikuvaus sovitetaan organisaation prosessikarttaan ja kokonaisuuteen. Prosessien kuvaamisen eteneminen kuvataan seuraavassa kuviossa 9.



Kuvio 9. Prosessien kuvaamisen eteneminen.

Alemmassa prosessikaaviossa on avattu prosessien kuvaamiseen sisältyvät vaiheet, joihin ylemmässä kaaviossa viitataan plus-merkillä. (JHS 2012, 4.)

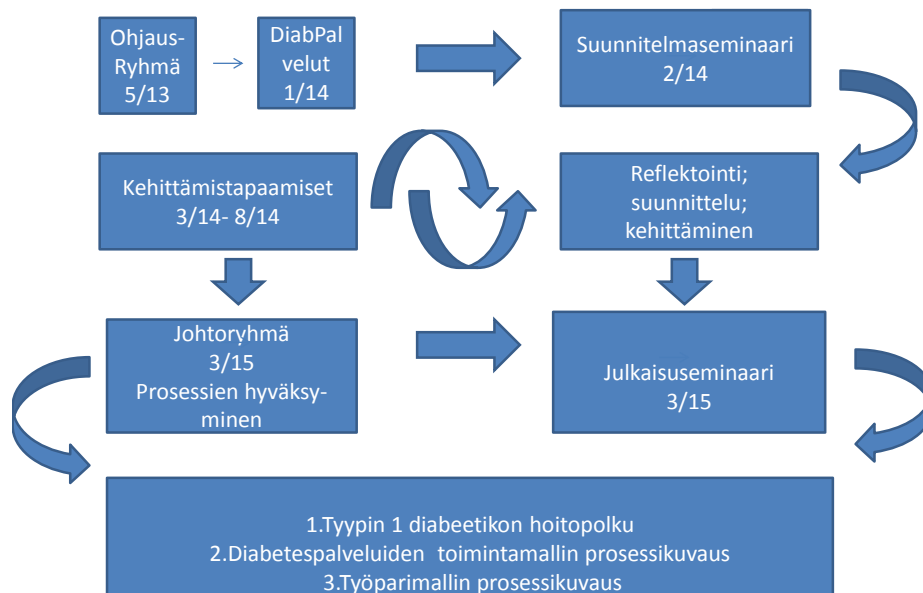
5.3 Prosessimallinnuksen suunnittelu ja toteutus

Ohjausryhmä perustettiin 13.5.2013. Siihen kuuluvat sisätautipoliklinikalta nefrologi, Lahden Pääterveysaseman Diabetespalveluista diabetesvastuulääkäri sekä kaksi diabeteshoitajaa, joista toinen on tämän kehittämishankkeen kehittäjä-tutkija. Työryhmän tehtävänä oli suunnitella uuden yksikön toimintatapa, resurssit sekä yksikön kokonaisuus. Tulokortin mukaisesti työn edistymisestä raportoitiin Lahden kaupungin avoterveydenhuollon johtoryhmälle. Ohjausryhmä ei osallistunut prosessimallinnusten suunnitteluun ja toteutukseen, mutta toimi taustalla konsultaatioapuna ja -tukena.

Toinen kehittäjä-tutkija tuli mukaan kehittämishankkeeseen suunnitelmaseminaarivaiheessa helmikuussa 2014. Kehittämishanke osoittautui arvioitua laajemmaksi, jolloin se oli helppo jakaa toisen kehittäjä-tutkijan kanssa, joka tuli organisaation ulkopuolelta. Toimiminen kohdeorganisaation lähiesimiehenä toi kehittämiseen näkökulman työyhteisöstä ja ulkopuolinen kehittäjä-tutkija havainnoi kokonaisuutta objektiivisesti.

Kehittämistapaamiset pidettiin Paavolan Pääterveysasemalla maaliskuun ja elokuun 2014 välisenä aikana. Tapaamisiin osallistuivat kaikki Diabetespalveluiden neljä diabeteshoitajaa, sekä ensimmäisellä kerralla myös Lahden kaupungin sairaalan diabeteshoitaja. Toinen kehittäjä-tutkija informoi ja konsultoi sekä Diabetespalveluiden henkilöstöä että ohjausryhmän jäseniä yhteisissä tiimikokouksissa kehittämishankkeen etenemisestä.

Kehittämishankkeen eteneminen on piirretty kuvioon 10 ja kehittämistapaamiset on kirjoitettu auki kronologisesti.



Kuvio 10. Kehittämishankkeen eteneminen.

Lopulliseen muotoonsa Diabetespalvelut pääsevät vuonna 2018 Lahden uuden Pääterveysaseman yhteyteen. Aikataulu on tiukka, sillä jo vuoden 2014 alussa

Diabetespalvelut aloittivat toimintansa Paavolassa toimivalla Pääterveysasemalla. Yksityistetyiltä terveysasemilta siirtyivät Diabetespalveluiden hoitoon kaikki tyyppin 1 diabeetikot sekä monipistohoitoiset tyyppin 2 diabeetikot ja kesällä 2014 kaikki lahtelaiset diabeetikot siirtyivät Pääterveysaseman asiakkaiksi.

Kehittämistapaaminen 7.3.2014

Ensimmäinen kehittämistapaaminen pidettiin 7.3.2014 Lahden pääterveysasemalla neuvotteluhuoneessa, johon osallistuivat Diabetespalveluissa työskentelevät neljä diabeteshoitajaa, Lahden kaupunginsairaalan yksi diabeteshoitaja sekä kehittämishankkeen kehittäjä-tutkijat. Ensin esittelimme hankkeen taustan ja tavoitteen, prosessimallinnuksen pääperiaatteet sekä aikataulutuksen. Suunnittelukokouksessa pohdittiin hoitaja-lääkäri työparityöskentelyä, sen pulmakohtia ja kehittämistä vaativia asioita. Hoitokäytännöissä todettiin poikkeavuuksia sekä ajankäytössä että asiakkaiden jatkohoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Lisäksi huolenaiheeksi nousi uusia toimintoja, kuten Marevan-hoitoiset potilaat, joille ei ole resursoitu riittävästi työaika ja yleensäkin diabeteshoitajan työnkuvan selkiyttämisen.

Diabeteshoitajien työnkuva koettiin epäselväksi, sillä kaikilla pääterveysaseman diabeteshoitajilla oli ollut perustyöhön kuulumattomia toimenpiteitä, kuten esimerkiksi ompeleiden poistoa, haavahoitoja ja korvien huuhtelua. Ajankäyttö ja kalenterin luominen koettiin tärkeäksi yhtenäistää, jotta päivärytmistä muodostuisi hallittu. Yhdessä suunniteltiin keskitettyä puhelinaikaa, joka vähentäisi potilasvastaanotolle tulevia puheluita sekä työn jatkuvaa keskeytymistä.

Potilaan hoitosuunnitelma oli tullut uutena toimintona, jonka päivytyksestä ja kirjaamisesta sovittiin yhteisesti. Lisäksi terveyshyötymallin jalkauttaminen Diabetespalveluiden toimintaan koettiin tärkeänä ja varsinkin diabeetikoiden vastuuttaminen ja tukeminen omaan hoitoon ja hyvän hoitotasapainon saavuttamiseen.

Kehittämistapaaminen 19.3.2014

Toinen kehittämistapaaminen pidettiin pääterveysaseman neuvotteluhuoneessa ja läsnä olivat kaikki neljä Diabetespalveluiden diabeteshoitajaa ja me kehittämissuunnitelman toteuttajina. Aloitimme prosessien kuvaamisen diabeteslääkäriin ja -

hoitajan yhteisvastaanoton suunnittelusta. Piirsimme fläppitaululle karkean kuvauksen toimijoista ja toiminnoista, jotka linkittyvät yhteen diabeetikoiden päivittäisillä vastaanottokäynneillä. Pohjana piirtämiselle oli Lahden kaupungin käyttämä prosessimallinnuksen IMS-ohjelma, jonka avulla voidaan kuvata toiminta prosesseina. Lisäksi ohjelmaan voidaan liittää ohjaava tieto, esimerkiksi diabetesvastaanoton käytössä olevat ohjeet, lomakkeet ja palvelukuvaukset. Myös Päivän (2013) tekemä diplomityö Sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden palveluprosessien mallintaminen osana vastaanotto toiminnan kehittämistä toimi ohjeistuksena ja hyvänä apuna hahmottaa prosessimallinnusta.

Kehittämistapaamisen aikana teimme karkean version lääkäri ja hoitaja työparimallin prosessista, johon piirsimme uimaradat ja niille toimijat. Lisäksi hahmotelimme toiminnat ja niiden linkittymisen toisiinsa. Haastavaa oli sijoittelu uimaraudoille ja pohtia alkaako prosessi asiakkaasta vai sihteeristä? Hankkeen lähtökohdista ja punaisena lankana oli tyypin 1 diabeetikon hoito eli asiakas, mutta vuokaavioon aseteltu vaati tiettyä loogisuutta, jolla kuvataan toimintoja ja miten ne etenevät. Prosessi alkaa aina asiakkaasta, vaikka vuokaaviossa sihteeri laittaa prosessin käyntiin.

Työyhteisöön kuulumattomana toinen kehittäjä-tutkija teki havaintoja diabeteshoitajien sitoutumisesta prosessimallinnuksen suunnitteluun ja toimintojen kuvaamiseen. Muutaman tunnin palaveriaika ei välttämättä aukaise kokonaiskuvaa ja prosessimallinnuksen vaikutusta omaan työhön, sillä päivittäinen työaika kuluu pääsääntöisesti asiakastyöhön. Kuitenkin yhdessä suunnittelu ja oman työn kuvaaminen koettiin tärkeänä, sekä vertailu diabeteshoitaja ja lääkäri työparin työn sujuvuudesta ja käytännöistä. Samassa yksikössä diabeteksen hoitoa toteutetaan hieman erilaisilla työparista riippuen, vaikka lopputulos on sama, mahdollisimman hyvä hoitotasapaino kaikille diabeetikoille.

Kehittämistapaaminen 3.4.2014

Kolmas kehittämistapaaminen pidettiin pääterveysaseman neuvotteluhuoneessa ja läsnä olivat Diabetespalveluiden kolme diabeteshoitajaa ja me kehittämishankkeen toteuttajina. Seuraavaksi päätimme kuvata Diabetespalveluiden hoitoprosesseja.

sin, jossa toimijoina ovat Diabetespalveluiden työntekijöiden lisäksi myös yhteistyökumppanit ja sisäiset asiakkaat.

Piirsimme suunnitelmaa fläppitaululle ja uimaratoja tuli useampia kuin edellisessä diabeteslääkärin ja -hoitajan yhteisvastaanoton prosessimallinnuksessa ja toimintoja myös. Suunnittelimme niiden sijoittumista IMS-ohjelmaan, sillä toimijoista johtuen uimaratoja tulee enemmän, sekä toimintoja ja se vaikuttaa prosessimallinnuksen kokoon niin vaaka kuin pystysuunnassa. Päätimme tehdä fläppitaululle mahdollisimman selkeän prosessimallinnuksen siirrettäväksi IMS-ohjelmaan.

Diabetespalveluiden hoitoprosessiin liittyy monia toimijoita sekä toimintoja, jotka vaikuttavat uimaratojen symboleihin ja niistä lähteviin nuoliin. Hoitoprosessi yritettiin pelkistää ja kuvata mahdollisimman yksinkertaisena, mutta aina jokin muuttuva seikka tai löydös asiakkaan terveydentilassa muuttaa prosessin kulkua ja se täytyy ottaa huomioon myös vuokaaviossa. Prosessi voi päättyä, jolloin se jatkuu seuraavalla sovitulla kontrollikäynnillä tai se voi jatkua havaitun muutoksen vuoksi ja aloittaa vastaanottokierroksen uudelleen.

Ryhmäohjaus vaikuttaa kaikkiin toimijoihin ja siksi piirsimme sen pystysuoraksi palkiksi vaikuttamaan kaikille uimaradoille. Yhteistyökumppanit kuvattiin vastaavasti omina yksiköinä alimmalla uimaradalla (Liite 1). Prosessimallintamisen avulla hahmottui diabeteshoitajan työnkuva aivan erilaisella, se ei ole pelkää potilasvastaanottoa, vaan myös yhteistyötä, kouluttamista ja ohjaamista. Lisäksi tyypin 1 diabeetikoiden kokonaisvaltainen hoito vaatii jatkuvaa konsultointia ja kokonaistilanteen hallintaa.

Kehittämistapaaminen 7.5.2014

Neljäs kehittämistapaaminen pidettiin pääterveysaseman neuvotteluhuoneessa ja läsnä olivat kolme Diabetespalveluiden diabeteshoitajaa ja me kehittämishankkeen toteuttajina. Seuraavaksi päätimme kuvata tyypin 1 diabeteksen hoitopolun Lahden kaupungin pääterveysaseman Diabetespalveluissa, Lahden kaupungin sairaalan sisätautipoliklinikalla ja Päijät-Hämeen keskussairaalassa, sekä hoitopolkuun liittyvät yhteistyökumppanit.

Yllättävää oli hoitopolkujen epäselvyys ja toiminnan järjestelemättömyys. Osa tyyppin 1 diabeetikoista hoidetaan Lahden kaupungin sairaalan sisätautipoliklinikalla ja osa pääterveysaseman Diabetespalveluissa, mutta selkeä linjaus tyyppin 1 diabeetikoiden hoitopolusta puuttuu. Lisäksi Päijät-Hämeen keskussairaalassa hoidetaan alle 18 vuotiaat tyyppin 1 diabeetikot, sekä vaativampaa hoitoa tarvitsevat tyyppin 1 diabeetikot. Uuden Diabetespalveluiden toiminta on alkanut vuoden 2014 alussa ja sitä ohjaa Diabetesliiton suositus hoidon keskittämisestä, sekä Lahden Sote 2015 toimenpideohjelma. Päijät-Hämeen keskussairaalaan kuuluvat vaativampaa hoitoa tarvitsevat tyyppin 1 diabeetikot ja alle kahdeksantoista vuotiaat tyyppin 1 diabeetikot ja heidän hoitoisuuteen on selkeät ohjeet ja kriteerit.

Tyyppin 1 diabeetikoiden hoitopolkuun liittyvät kiinteästi myös kolmannen sektorin toimijat ja erilaiset yhteistyökumppanit, joita kartoitimme yhdessä hoitopolkuun. Prosessimallinnus alkoi hahmottaa useamman kehittämistapaamisen myötä selkeämmäksi kokonaisuudeksi ja myös sen tärkeys ja käyttökelpoisuus työvälineenä terveydenhuollon toimijoille. Tarkoituksena oli kuvata toiminnot niin selkeästi, että ulkopuolinen osaa hahmottaa, miten tyyppin 1 diabeetikon kanssa edetään tai mihin tahoihin voi ottaa yhteyttä hoidon kannalta tärkeissä asioissa.

Ryhmätyöskentelyn aikana ideoitiin ja keskusteltiin vilkkaasti. Myös ohjausryhmä vaikutti taustalla, vaikka yhteistä tapaamista ei ollut ohjausryhmän ja kehittämiss ryhmän kesken. Osalla diabeteshoitajia oli vastaanottoaikoja sovitun kehittämistapaamisen aikana, jolloin kaikki eivät päässeet osallistumaan. Ulkopuolisen havainnoijan osassa on helppo sanoa, että pidetään kiinni sovitusta kehittämistapaamisista, mutta käytännön työssä tulee aina muutoksia aikatauluihin. Diabetespalveluissa potilaiden asioiden hoitaminen ja selvittäminen tapahtuu yleensä aika nopealla aikataululla, joten diabeteshoitajienkin päivittäinen aikataulu muuttuu.

Kehittämistapaaminen 3.6.2014

Viides kehittämistapaaminen pidettiin pääterveysaseman neuvotteluhuoneessa ja läsnä olivat kaksi Diabetespalveluiden diabeteshoitajaa ja me kehittämishankkeen toteuttajina. Olimme piirtäneet fläppitaululle pyydetyt prosessikuvaukset eli diabeteslääkärin ja -hoitajan yhteisvastaanoton, Diabetespalveluiden hoitoprosessin, tyyppin 1 diabeteksen hoitopolun Lahden kaupungin pääterveysaseman Diabetes-

palveluissa, Lahden kaupungin sairaalan sisätautipoliklinikalla ja Päijät-Hämeen keskussairaalassa.

Prosessit tarkennettiin, käytiin läpi toimija kerrallaan ja mietittiin sijoittelu ja kulku uimaradoilla. Sen jälkeen ne piirrettiin puhtaaksi fläppitaululle mukailten uimaratoja ja toimintoja, joilla niitä kuvataan. Toimintojen väliset virrat eli toiminnasta lähtevät tai niitä yhdistävät nuolet mietittiin tarkkaan, jotta IMS-järjestelmään olisi helppo siirtää mahdollisimman selkeä vuokaavio. Lukuisat nuolet tekivät uimaradoista epäselviä, sillä fläppitaululla ne olivat sekavia viivoja, jotka risteilivät hallitsemattomasti.

Kehittämistapaaminen 18.6.2014

Kuudes kehittämistapaaminen pidettiin kahdestaan Diabetespalveluiden osastonhoitajan työhuoneessa. Pohdittiin Diabetesliiton suositusta ja Lahden kaupungin tavoitteita Sote 2015 toimenpideohjelman näkökulmasta, jotka ovat hyvin yhteneväiset. Totesimme, että käytännön toteutuminen tyypin 1 diabeetikoiden hoidon keskittämisessä Diabetespalveluihin oli alkanut hyvin, mutta esille on noussut epäselvyyttä hoitopaikasta ja hoidon kulusta, sekä toimijoista. Lähinnä Lahden kaupungin sairaalan sisätautipoliklinikan rooli tuntui epäselvältä ja selkeät ja yhtenäiset ohjeet puuttuivat. Näin ollen on vaikea hahmottaa yhteistyötä ja sen toimivuutta, mutta havainnoinnin perusteella selkeyttä toimijoiden rooleista tarvitaan.

Elokuulle 2014 oli suunniteltu kokous, jossa tarkennettiin tyypin 1 diabeetikon hoitopolkua Lahden kaupungin sairaalassa ja Diabetespalveluissa. Todettiin, että kokouksen jälkeen prosessimallinnus tarkentuu. Myös Diabetesliitolla on kehittämishanke suunnitteilla samaan aikaan, mutta siitä löytyi tietoa erittäin niukasti. Samalla tutustuimme teoriaan ja tutkimuksiin sekä vastaavanlaisiin kehittämishakkeisiin, lopputöihin ja väitöskirjoihin, joita löytyi Lahden ammattikorkeakoulusta ja Lappeenrannan teknillisestä yliopistosta valmistuneiden opiskelijoiden tekeminä. Päätimme keskittyä teoriaan ja varattiin ohjausaika elokuulle 2014.

Kehittämistapaaminen 26.6.2014

Seitsemäs kehittämistapaaminen pidettiin kahdestaan Diabetespalveluiden osastonhoitajan työhuoneessa, lisäksi opettajana ja ohjaajana oli Lahden kaupungin ATK-asiantuntija. Aloitimme piirtämisen IMS-ohjelmaan lääkäri ja hoitaja työparimallin prosessista sekä Diabetespalveluiden hoitoprosessista. Ilman ulkopuolista apua piirtäminen ei olisi edennyt, vaikka käsillä oli paperinen ohjeistus ja toinen on osallistunut IMS-ohjelmiston koulutukseen. IMS-ohjelmistosta löytyi valmiita prosessimallinnuksia, joita Lahden kaupungin eri yksiköissä on tehty.

Uimaratojen luominen, värittäminen ja riittävä leveys tai pituus oli haastavia toimintoja. Uuden symbolin tuominen uimaradalle, siihen toiminnon kirjoittaminen ja seuraavaan toimintoon linkittäminen olivat hidasta ja tarkkuutta vaativaa työtä. Lisäksi tallennus oli tärkeä muistaa piirtämisen ohella ja symbolien sovittaminen oikean kokoiseksi ja oikeaan paikkaan. Onneksi meillä oli ammattilainen apuna, joka on pitänyt aihealueesta koulutuksia ja luentoja.

Vuorottelimme piirtämisessä ja kirjoittamisessa, johon saimme asiantuntevaa ohjausta. kumpikin sai hyvin tuntumaa siihen, miten työ etenee ja miten se pitäisi tehdä. Kiitimme ohjaajaa hyvähermoisuudesta, kun samat virheet toistuivat usein. Prosessikaaviosta tuli hyvä, mutta raakile ennen lopullista siistimistä ja hiomista.

Kehittämistapaaminen 16.7.2014

Kahdeksas kehittämistapaaminen pidettiin kahdestaan diabetespalveluiden osastonhoitajan työhuoneessa. Kesälomista johtuen teimme kahdestaan työtä ja aloitimme tyyppin 1 diabeteksen hoitopolun kuvaamiseen IMS-ohjelmistoon. Tyydyimme kuvaamaan ne osa-alueet, jotka hallitsimme ja kuvaus jäi raakaversioksi. Sen mitä kuvitteli osaavansa, oli unohtunut neljässä viikossa perusteellisesti.

Paperi ja kynä olivat hyviä apuvälineitä, niillä kirjoitettiin muistiin, mitä pitää kysyä seuraavalla kerralla, kun saamme ATK-asiantuntijan taas meitä ohjaamaan. IMS ohjelmisto on hyvin samanlainen kuin mikä tahansa tietokoneohjelma, pitäisi vain uskaltaa kokeilla ja etsiä eri vaihtoehtoja. Koimme, että onnistuimme teknisessä toteutuksessa hyvin vaikka ohjelman käyttö tuntui haastavalta. Lopputulos

vaikutti hyvältä ja selkeältä, kun saimme toimijat omille radoilleen ja symboleihin.

Kehittämistapaaminen 6.8.2014

Yhdeksännellä kehittämistapaamisella saimme taas ammattiapua ja teimme edellisellä kerralla aloitetun tyypin 1 diabeetikon hoitopolun valmiiksi. Samalla täydensimme taustasivuja, joihin opettelimme liitteiden liittämistä. IMS ohjelmisto perustuu kolmisivutekniikkaan, jolloin taustasivuille saa linkitettyä paljon ohjeita, yhteystietoja ja ajankohtaista tietoa. Liitteiden pitää olla päivitettyjä ja Word-muodossa, josta tuli taas lisää työtä, sillä tietojen pitää olla ajantasaisia. Käypä hoito-suositukset oli helposti löydettävissä, mutta monet muut yhteystiedot ja ohjeet olivat eri kansioissa ja tiedostoissa.

Kaikki ohjelmistot elävät ja taustasivuja pitää päivittää säännöllisesti, sekä miettiä esimerkiksi vaiheen suorittamiseen liittyviä ongelmia tai kehittämiskohtia. Myös vastuuhenkilön tiedot on oltava ajantasaiset, sekä uusimman ohjeistustiedon. Eri yksiköiden prosessimallinnuksilla pitäisi olla vastuuhenkilö, joka huolehtii päivittämisestä ja liittää tarvittaessa uuden toiminnon tai tiedon. Näin prosessimallinnukset pysyvät ajantasaisina ja käyttökelpoisina työvälineinä niitä käyttäville Lahden kaupungin työntekijöille.

Kehittämistapaaminen 23.8.2014

Kymmenes kehittämistapaaminen pidettiin kahdestaan Diabetespalveluiden osastonhoitajan huoneessa ja jatkoimme piirtämistä itsenäisesti, sekä saimme tarvittaessa tukea puhelimitse. Syksyn 2014 aikana prosessien kuvaukset valmistuivat ja täydensimme niihin vastuuhenkilöt ja linkitykset.

Kehittämishankkeen kannalta olennaisinta oli prosessien kuvaus, mutta prosessikuvausten hyödyntämisen kannalta taustasivuilta löytyvä tieto on erittäin tärkeää. Prosessimallinnukset auttavat toimintaketjujen hahmottamisessa ja tulevaisuudessa työn kokonaisvaltaista uudelleen suunnittelua.

6 KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSET

6.1 Tyypin 1 diabeteksen hoitopolun prosessikuvaus

Tyypin 1 diabeteksen hoitopolun prosessikuvaus on kuvattu liitteessä 1 (liite 1). Tässä luvussa avataan prosessi sanallisesti, jossa selvitetään tyypin 1 diabeetikon hoidon eteneminen sairauden diagnosoinnista lähtien sekä hoitovastuualueet perusterveydenhuollon näkökulmasta. Tyypin 1 diabeetikoiden hoidon keskittäminen moniammatillisen hoitotiimin palveluihin on tämän kehittämishankkeen päämäärä.

Tyypin 1 diabeteksen hoito Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän alueella toteutuu hajautetusti. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymä tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja 14 jäsenkunnalle¹, joiden asukasluku oli 31.12.2013 yhteensä 213 428. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymä 2014.) Lahti on suurin tyhtymän kunnista ja selkeää työnjakoa eri toimijoiden kesken ei ole tehty. Tämä prosessikuvaus on tehty Lahden kaupungin näkökulmasta tavoitteena selkeyttää ja mallintaa prosessikuvauksen avulla tyypin 1 diabeetikon hoitopolku lähtökohtaisesti eri yksiköissä toimiville diabeteksen ammattilaisille. Sen tarkoitus on myös implementoida tyypin 1 diabeetikon hoitopolku sairauden diagnosoinnista säännöllisiin vastaanottokäynteihin kutsujärjestelmän avulla perusterveydenhuollon Diabetespalveluiden näkökulmasta.

Lahdessa tyypin 1 diabeetikoita hoidetaan Päijät-Hämeen keskussairaalassa, Lahden kaupungin sairaalaan sisätautien poliklinikalla ja Diabetespalveluissa Pääterveysasemalla. Prosessikuvauksen tarkoituksena on selkiyttää Diabetespalveluiden roolia keskeisenä toimijana lahtelaisten tyypin 1 diabeetikoiden hoitopaikkana. Tulevaisuudessa valtakunnallisen Sote-uudistuksen sekä palvelurakennemuutostuksen myötä Diabetespalveluiden mahdollisesti odotetaan toimivan myös alueellisenä diabeteksen osaamiskeskuksena.

1. Asikkala, Hartola, Heinola, Hollola, Hämeenkoski, Iitti, Kärkölä, Lahti, Myrskylä, Nastola, Orimattila, Padasjoki, Pukkila ja Sysmä.

Asiakas, jolla epäillään tyypin 1 diabetesta, hakeutuu joko Päijät-Hämeen keskussairaalan yhteispäivystykseen akuutti 24:ään tai perusterveydenhuoltoon. Erikoissairaanhoidossa hänet ohjataan sisätautiosastolle hoidon aloitukseen tai hoito toteutetaan kokonaan perusterveydenhuollossa.

Jo diagnosoidut vaikeahoitoiset tyypin 1 diabetesta sairastavat asiakkaat ja insuliinipumppuhoitoiset tyypin 1 diabeetikot ovat sisätautipoliklinikan potilaita, joista alle kahdeksantoistavuotiaat potilaat hoidetaan lastentautienosastolla ja - poliklinikalla. Hyvässä hoitotasapainossa olevat lahtelaiset tyypin 1 diabeetikot siirtyvät jatkohoitoon Diabetespalveluihin. Vaativampaa hoitoa tarvitsevat tyypin 1 diabeetikot jäävät erikoissairaanhoidon tai siirtyvät Lahden kaupungin sairaalan sisätautipoliklinikalle potilaiksi. Päijät-Hämeen keskussairaalassa toimii tyypin 1 diabeetikoiden hoitoketjussa myös silmätautien- ja munuaistautienpoliklinikka.

Lahden kaupungin sairaalan sisätautienpoliklinikalla hoidetaan osa lahtelaisista tyypin 1 diabeetikoista, jotka ohjautuvat sinne Päijät-Hämeen keskussairaalaan, näitä ovat esimerkiksi nuoret aikuispuolelle siirtyvät tyypin 1 diabeetikot. Diabetespalveluista ohjautuvat esimerkiksi nefrologista hoitoa vaativat tyypin 1 diabeetikot Lahden kaupungin sairaalan erikoislääkäripoliklinikalle konsultaatioon ja hoidon tehostukseen. Hyvässä hoitotasapainossa olevat insuliinihoitoiset tyypin 1 diabeetikot palautuvat Diabetespalveluiden asiakkaaksi ja vaativampaa hoitoa tarvitsevat siirtyvät takaisin Päijät-Hämeen keskussairaalan sisätautienpoliklinikalle.

Diabetespalveluissa hoidetaan tyypin 1 diabeetikot, monipistoshoidotiset diabeetikot, GLP 1 analogihoitoiset diabeetikot ja diabeetikot, joilla on liitännäissairauksia. Tyypin 1 diabetes voidaan myös todeta ja aloittaa hoito polikliinisesti perusterveydenhuollon Diabetespalveluissa. Viikon pituiselta sairaalajaksolta erikoissairaanhoidossa voidaan välttyä, jos asiakkaan yleistila on hyvä eikä hänellä ole oireita ketoasidoosista (happomyrkytys). Päivittäiset kontaktit diabeteshoitajaan kuuluvat hoitosuunnitelmaan ja varmistavat diabeetikon hoitotasapainon

Diabetespalveluissa toimitaan moniammatillisessa tiimissä, johon kuuluvat diabeteslääkärit, diabeteshoitajat, jalkahoitaja, ravitsemussuunnittelija, silmänpohjakuvaaja sekä sihteeri. Diabeteshoitaja ja -lääkäri konsultoivat tarvittaessa Lahden

kaupungin sairaalan sisätautipoliklinikan henkilökuntaa ja Päijät-Hämeen keskussairaalan diabeteksen asiantuntijoita.

Yhteistyökumppaneina diabeetikoille Lahdessa toimivat diabeteshoitotarvikejakelu, Lahden seudun diabeetikot ry. sekä kattojärjestönä Suomen Diabetesliitto ry. Diabeteshoitotarvikejakelu on alueellinen hoitotarvikejakelukeskus, josta diabeetikot saavat tarvitsemansa hoitosuunnitelman mukaiset hoitotarvikkeet maksutta. Päijät-Hämeeseen on vuonna 2014 luotu yhtenäinen alueellinen hoitotarvikejakeluohjeistus, jota kunnissa noudatetaan. Siinä ohjeistetaan myös diabeteksen hoitoon kuuluvat omahoitotarvikkeet: verensokerimittausliuskat, insuliinikynäneulat ja lansetit. Lahdessa Pegasos-terveystietojärjestelmään kirjataan hoitotarvikejakelulähetteen hoitosuunnitelman mukaiset välineet sekä määrät.

Suomen Diabetesliitto ry on kattojärjestö, jonka alaisena Lahden seudun diabeetikot ry. toimii ja se julkaisee kaksi kertaa vuodessa ilmestyvän julkaisun. Lahden seudun diabeetikot ry. järjestää diabeetikoille koulutusta, asiantuntijaluentoja, ryhmätoimintaa, retkiä sekä kerhotoimintaa, jolla vaikutetaan diabeetikoiden elämänlaatuun ja sairauden omahoitoon sekä sen hallintaan. Diabeteshoitajat tekevät tiivistä yhteistyötä paikallisen diabetesjärjestön kanssa. He pitävät luentoja ja ryhmäohjausta ja osallistuvat paikallisiin diabetesaiheisiin tapahtumiin.

Tyypin 1 diabeetikkojen kaikissa hoitopolun vaiheissa vaikuttavat Lahdessa alueellinen diabetestyöryhmä Päijät-Hämeen keskussairaalassa ja Lahden kaupungin diabeteskehittämistyöryhmä. Työryhmät toimivat diabeteksen hoidon kehittämisen edistämiseksi alueellisesti. Ne kokoontuvat kaksi kertaa vuodessa ja järjestävät alueellista diabeteskoulutusta. Toiminta on moniammatillista ja mukana on potilasjärjestön edustus.

6.2 Diabetespalveluiden toimintamallin prosessikuvaus

Diabetespalveluiden toimintamallin prosessi on kuvattu liitteessä 2 (liite 2). Siinä kuvataan Diabetespalveluiden toimintamalli. Avohoidon uusi organisaatiomalli on muuttanut totuttuja työtapoja. Muutos antaa mahdollisuuden arvioida kriittisesti toimintoja ja kehittää parempia työtapoja. Kutsujärjestelmä takaa asiakkaille pysyvän hoitosuhteen moniammatillisissa hoitotiimissä.

Kehittämishankkeen aikana luotiin kriteerit, jotka määrittävät Diabetespalveluihin kuuluvat lahtelaiset diabeetikot, joilla on:

- tyypin 1 diabetes
- insuliinihoitoinen tyypin 2 diabetes
- muu pistettävä diabeteslääkitys (suolistohormonilääkitys)
- diabeettinen lisäsairaus tai pitkälle edennyt valtimosairaus ja useita muita sairauksia sekä
- olemassa olevat hoitosuhteet jatkuivat 1.1.2014 alkaen toistaiseksi.

Tilapäisesti hoidon tehostuksen ajaksi Diabetespalveluihin kuuluvat diabeetikot, joilla on:

- huono tasapaino GhbA1c > 8
- kortisonihoidon aiheuttama tilapäinen insuliinihoidon tarve tai
- tuore diabetes.

Asiakkuus alkaa asiakkaan saatua diabetesdiagnoosin kriteereiden mukaisesti, joko perusterveydenhuollossa tai asioidessaan jossakin muussa terveydenhuollon yksikössä, kuten esimerkiksi työterveyshuollossa. Asiakas ohjautuu Diabetespalveluihin Pääterveysaseman terveysneuvon, palveluneuvon tai viranomaispuhelimien kautta. Diabeteshoitajan puhelin- tai vastaanoton ensikontaktin jälkeen arvioidaan asiakkaan jatkohoidon tarve. Tavoitteena on hoidon jatkuvuus, säännölliset kontaktit tutulla diabetesomahoitajalla ja diabeteslääkärillä. Asiakas kirjataan MADIA-tunnuksella Diabetespalveluiden asiakkaaksi, jonka jälkeen hän kuuluu kutsujärjestelmän piiriin.

Viranomaispuhelin on Diabetespalveluiden sihteerin hallussa. Nimensä mukaisesti se ei ole tarkoitettu asiakaskäyttöön ja puhelimeen vastataan aina Diabetespalveluiden aukiolo-aikana. Numerotieto on välitetty koko organisaation tietoon Intranetin kautta sekä myös PHKS:n diabetespoliklinikalle. Näin varmistetaan kiireellisissäkin asioissa yhteyden saaminen diabeteshoitajalle tai lääkärille. Sen kautta voidaan konsultaatioajoille varata aika vastaanotolle saman päivän aikana.

Fyysisesti yhteisissä työtiloissa toimiminen tuo etuja yhteistyölle ja lisää moniammatillisen yksikön tiimityötä. Konsultaatiot toimivat joustavasti vastaanotto-

työn lomassa ja työsuunnitelman konsultaatioajat ovat muunnettavissa akuuttivastaaanottotyöksi tarpeen mukaan.

Asiakas saa hoitosuunnitelman mukaisesti kutsukirjeen mukana tiedon häntä hoitavasta työparista, seuraavasta vastaanottokäynnistä sekä laboratorioskäynnin ajankohdasta. Hoitosuunnitelma laaditaan diabeteshoitajan ja -lääkärin yhteisvastaaanottokäynnillä yhteisymmärryksessä potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa. Se on osa potilasasiakirjaa, jonka laatimisesta ja ylläpidosta vastaa potilasta hoitava terveydenhuollon ammattilainen. Siihen kirjataan potilaan yksilöllisesti tarvitsemat hoitotarvikkeet, vastaanottokäyntien tiheys ja tarvittavat tutkimukset ja hoitotoimenpiteet.

Diabeteshoitajan vastaanotolta potilas siirtyy diabeteslääkärin vastaanotolle. Diabeteshoitaja konsultoi tarvittaessa ravitsemussuunnittelijaa ja jalkahoitajaa, sekä ohjaa näiden yksilövastaanoille, ohjelmoi tarvittavat laboratorioskokeet, pitää yhteyttä potilaaseen puhelimitse ja kutsuu diabeteshoitajan yksilövastaanotolle. Diabeteslääkäri vastaanottaa diabetespotilaan hoitosuunnitelmassa sovituin väliajoin. Diabeteslääkäri ohjaa potilaan silmänpohjakuvauksiin 1-3 vuoden välein ja konsultoi tarvittaessa Päijät-Hämeen keskussairaalaan silmäpoliklinikkaa.

Ryhmäohjaus kuuluu oleellisena osana Diabetespalveluiden toimintaan. Ryhmät toimivat pienryhminä, joissa on enintään 15 osallistujaa. Ohjaajina toimivat diabeteshoitajat ja asiantuntijoina ovat lääkäri, ravitsemussuunnittelija, jalkaterapeutti, liikunnanohjaaja sekä psykologi. Jatkossa asiantuntijaksi on tulossa myös suuhygienisti. Ryhmien toiminta on tavoitteellista ja suunniteltua ja ryhmät tapaavat kuudesta kymmeneen kertaan, jolloin ryhmäytyminen on mahdollista. Asiakkaan voi ryhmään ohjata joko sairaanhoitaja tai lääkäri. Toimintamallin mukaisesti tuoreet tyypin 2 diabeetikot saavat ensiohjauksen ja verensokerin omaseurannan toteutuksen ohjauksen ryhmässä. Ryhmäohjaus on taloudellista ja ajankäyttö on ryhmätoiminnassa myös tehokasta.

Diabeteshoitajan koulutusvastuu sisältää ryhmäohjauksen lisäksi muun organisaation säännöllisen kouluttamisen. Kerran vuodessa järjestetään diabeteskehittämistyöryhmän valmisteleva alueellinen moniammatillinen diabeteskoulutus, johon osallistuu Lahdesta ja lähikunnista noin 150 henkilöä.

6.3 Työparimallin prosessikuvaus

Työparimallin prosessi on kuvattu liitteessä 3 (liite 3). Kolmas prosessikuvaus toimii sekä itsenäisenä ydinprosessin kuvauksena että myös Diabetespalveluiden toimintamallinnuksen (toinen ydinprosessi) osaprosessina lääkärin ja hoitajan yhteisvastaanoton kuvauksena. Osaprosessi on ylemmän prosessin yksi vaihe auki purettuna. Kyse on yksikön keskeisestä prosessista, jonka kohteena on asiakas, MADIA-kutsujärjestelmän diabeetikko. (Lahden kaupunki 2009, 3.) Tämä prosessikuvaus selkiyttää lääkärin ja hoitajan työparityöskentelymallin ja siinä on selkeästi osoitettu tehtävät prosessin yksittäisen osan eli työvaiheen tai -ohjeen osalta.

Lahden avoterveydenhuollon Diabetespalveluissa diabeteshoitaja on aktiivinen osallistuja yhdessä asiakkaan ja lääkärin kanssa vastaanoton toteuttamisessa. Asiakkaalle lähetettävää kutsukirjettä muokattiin kehittämishankkeen aikana ja prosessi alkaa sihteerin jononhoidon kautta tekemällä ajanvarauksella yhteisvastaanotolle ja laboratorioon. Lääkäri on edellisellä käynnillä jo määrittänyt seuraavan käyntikerran ajankohdan, samoin tarvittavat laboratoriokokeet on kirjattu Pegasos-terveystietojärjestelmään.

Asiakas tulee vastaanotolle 15 minuuttia ennen lääkärin vastaanoton alkua. Siinä ajassa diabeteshoitaja tekee tarvittavat alkumittaukset (verenpaine, paino ja hetkellinen verensokeri sormenpäältä) sekä tarkistaa verensokerin omaseurantavihosta omaseurantatulokset. Vaihtoehtoisesti diabeteshoitaja voi purkaa verensokerimittarista verensokerinomaseurannan tulokset purkuohjelman avulla tarkastelua varten. Oleellista on kirjata toteutunut lääkitys ja käytetyt insuliiniannokset omaseurantavihkoon. Diabeteshoitaja siis valmistele asiakkaan lääkärin vastaanotolle ja välittää lääkärille tiedon asiakkaan esiin nostamista sen hetkisistä pulmakohdistista. Kyse on täysin uudesta tavasta työskennellä moniammatillisesti tiimityönä Lahden avoterveydenhuollossa.

Uutena toimintona asiakkaalle lähetetään kutsun mukana Omahoitolomake täytettäväksi ennen vastaanottoa. Lomakkeelle diabeetikko kirjaa itselleen tärkeät terveydelliset seikat, joihin toivoo puuttuttavan. Ammatilliset tuovat oman lääketieteellisen sekä hoitotieteellisen osaamisensa diabeetikon hoitosuunnitelmaan, joka laaditaan vastaanoton aikana. Diabeteshoitaja on osan aikaa mukana vastaanotolla

ja nostaa esille omat näkemyksensä asiakkaan hoitosuunnitelmasta, joka kirjataan Pegasos terveystietojärjestelmään.

Hoitosuunnitelma kirkastaa hoidon tavoitteet sekä asiakkaalle että ammattilaiselle ja se helpottaa yhteistyötä eri toimijoiden kesken. Hyvä suunnitelma asettaa realistiset tavoitteet, joihin diabeetikko on valmis sitoutumaan. Tavoitteet jaetaan lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteisiin ja ne sisältävät sokeritasapainon GHbA1c-arvon numeerisen yksilöllisen tavoitteen sekä päivittäisen verensokerin tavoitteen. Muita tavoitearvoja ovat verenpaineen, veren rasva-arvojen ja painon tavoitteet ja edellä mainittujen lisäksi tupakoimattomuus, liikunta ja ruokavalion noudattaminen sisältyvät tavoitteisiin. Suunnitelma omaseurannan toteutuksesta kirjataan hoitosuunnitelmaan. On tärkeää, että diabeetikko kirjaa omaseurantatulokset esimerkiksi omaseurantaviikkoon ja tekee mittaukset suunnitellusti. Omahoidontuki selvittää yksilöohjauksen, ryhmätoiminnan sekä sopeutumisvalmennuskurssit. Suunnitelmaan kirjataan myös muiden Diabetespalveluiden ammattilaisten tapaamiset (psykologi, ravitsemussuunnittelija ja fysioterapeutti). Tärkeää on reaaliaikaisen voimassa olevan lääkitystiedon kirjaaminen, sekä siinä tapahtuvat muutokset. Omahoitajan yhteystiedot ja asiakkaan diagnoosit kirjataan myös hoitosuunnitelmaan.

Vastaanoton jälkeen diabeteshoitaja toimeenpanee lääkärin ehdottamat toimenpiteet ja sopii tarvittaessa uuden tapaamisen diabeteshoitajan vastaanotolle välikontrolliin. Diabeteshoitaja tarkistaa, että asiakas on ymmärtänyt hoitosuunnitelman, lääkityksen, insuliinin annostelun ja on tietoinen omasta osuudestaan hoitosuunnitelmassa. Hoitosuunnitelmaan kuuluu lisäksi tärkeänä osana diabeteshoitotarvikejakelulähetteen päivittäminen ja ohjaus omaseurannan toteuttamiseen.

Hoitosuunnitelma päivitetään jokaisen yhteisvastaanottokäynnin yhteydessä (HOPA). Jos asiakas ei lääkärin arvion mukaisesti kuulu Diabetespalveluihin, ohjataan hänet Pääterveysaseman vastuuhoidajan jonon (HDIA) kautta Pääterveysaseman hoitovastuulle. Siellä diabeetikko huolehtii itse ajanvaraukset lääkärin vastaanotolle vuosittain. Vastuuhoidaja on tärkeä yhdyshenkilö ja diabeetikon omahoitaja Pääterveysasemalla.

Välikontrollissa diabeteshoitaja tarkistaa diabeetikon jalat monofilamentilla, tekee jalkojen riskiluokituksen, ohjaa omahoidossa ja tarvittaessa ohjaa jalkaterapeutin jonoon. Sihteeri toimii jonohoitajana. Jalkaterapeutin jonoon (JALK) tarvitaan lähete, jossa on määritelty jalkojen riskiluokitus ja syy hoitoon lähettämiseen. Prosessin mukaan sihteeri lähettää kutsun asiakkaalle jalkaterapeutin vastaanotolle. Diabeteshoitaja tarkistaa diabeetikolta pistospaikat, kertaa pistämisen tekniikan sekä kertaa välineiden käytön välikontrollissa. Lääkäri tarkistaa yhteisvastaanotolla, että silmänpohjakuvaukset toteutuvat suunnitellusti, mutta myös diabeteshoitaja seuraa toteutumista välikontrollissa. Diabeteshoitaja toimii diabeetikon omahoitajana, ja on tärkeää, että asiakkaalla on omahoitajan yhteystiedot, johon saa tarvittaessa yhteyden suunniteltujen kontrollikäyntien välillä.

Konsultaatio on uudessa toimintamallissa noussut merkittäväksi työtavaksi. Asiakkaat ovat monisairaita, jolloin diabetes on edennyt jo lisäsairauksiin saakka. Konsultaatioajoilla Diabetespalveluissa hoidetaan akuutit, välitöntä kannanottoa vaativat asiat. Ne voivat esimerkiksi koskea joko vastasairastuneita diabeetikkoja tai muiden diabeetikoiden hyper- tai hypoglykemioita sekä iho-ongelmia.

Diabetespalveluiden asiakkaat eivät periaatteessa käytä Pääterveysaseman päivystävän lääkärin palveluita, vaan heidät hoidetaan kokonaisvaltaisesti Diabetespalveluissa, jos hoidettava asia liittyy diabeteksen hoitoon. Diabeteshoitaja voi joustavasti konsultoida lääkäriyöpariaan asiakkaita koskevissa ongelmissa ja Diabetespalveluiden lääkärit konsultoivat diabetesvastuulääkäreitä lääketieteellisissä kysymyksissä.

Pääterveysaseman vastuuhoidajat ja lääkärit konsultoivat Diabetespalveluita myös säännöllisesti. Työparimallin prosessikuvauksella pyritään saamaan diabeetikko motivoitumaan omahoitoonsa ja toteuttamaan sitä hoitosuunnitelman mukaisesti kontrollien välillä. Tyypin 1 diabeetikolle on tärkeää, että hänellä on tuttu ja pysyvä hoitosuhde Diabetespalveluissa.

7 POHDINTA

7.1 Prosessin arviointi

Tässä opinnäytetyönä syntyneessä työelämälähtöisessä kehittämishankkeessa mallinnettiin Lahden avoterveydenhuollon Diabetespalveluiden kolme ydinprosessia IMS prosessikuvausohjelman avulla. Kehittämishankkeen tarkoitus oli kehittää diabeteksen hoitoa Lahden avoterveydenhuollossa. Tavoitteena oli uuden moniammatillisen Diabetespalveluiden toiminnan keskittäminen, kuvaaminen ja vakiinnuttaminen prosessimallinnuksen avulla. Lähestymistapa tässä toimintatutkimuksena tehdyssä kehittämishankkeessa oli organisaatiolähtöinen. Prosessikuvausten tavoitteena on selvittää koko avohoidon organisaatiolle, miten Diabetespalveluissa toimitaan.

Jotta voimme ymmärtää, mitä toiminnan myötä tapahtuu, on toimintaa voitava arvioida. Arviointi (evaluaatio) tuottaa siis tietoa tarkasteltavasta kohteesta. Arviointi on tärkeä osa julkisen hallinnon toimintaa. Sitä tehdään eri tasoilla, joko globaalisti, Euroopan tasolla, kansallisesti Suomen tasolla tai alueellisesti paikallisesti. Myös menetelmät vaihtelevat. Arviointi perustuu systemaattiseen ja avoimeen tiedon keräämiseen arvioinnin kohteesta ja sen analysointia suhteessa määriteltyihin arviointikriteereihin ja tavoitteisiin. (Virtanen 2007, 12 - 30.) Robson (2001, 18) esittää käytännön arvioinnin kohteen arvon tai ansion määrittelynä. Tarkastellaan tiettyä ohjelmaa, innovaatiota, interventiota tai palvelua. Arviointi kohdistuu kehittämishankkeen panoksiin, muutosprosessiin ja lopputuloksiin. (Ojasalo ym. 2009, 47.)

Arviointi voidaan luokitella perustuvaksi *tarpeisiin, prosesseihin, vaikutuksiin* sekä *tehokkuuteen*. Näiden suhteet ovat merkitykselliset. On liian aikaista odottaa tuloksia vaikuttavuudesta, jos aikaisemmat näkökohdat eivät ole ensin toteutuneet. Prosessikeskeisessä lähestymistavassa arvioidaan, mitä tapahtuu, kun prosessi toimii. Prosessien arvioinnissa on kysymys toiminnan toteutumisesta suunnitelman mukaan. Usein prosessit eivät toimi suunnitellusti. Tämän vuoksi on oleellista arvioida prosessin ja toiminnan toteutumista, jolloin yritetään saada selville, ovatko tuotetut palvelut haluttuja. Suunnitelmalliset palvelut ovat edellytys tulosten ja vaikuttavuuden saavuttamiseksi. (Robson 2001, 78 - 98.)

Käytännössä toimivan prosessin arvioiminen edellyttää tietoa tapahtumista, kun palvelu toimii ja prosessi on toiminnassa (Robson 2001, 75). Uuden toiminnan osalta on oleellista arvioida, kuinka toimintaa voidaan kehittää ja tehdä paremmaksi (Robson 2001, 79). Tässä kehittämishankkeessa on kyse Diabetespalveluiden prosessien sekä koko yksikön toiminnan arvioimisesta kehittämisenäkökulmasta. Kyse on formatiivisesta kehittämisarvioinnista ja siitä, mitä todellisuudessa tapahtuu (Robson 2001, 8). Tarkemmin arviointi kohdistuu IMS ohjelmassa kuvattun Diabetespalveluiden hoitoprosessin toimivuuden arviointiin hoitosuunnitelmiensa tuottamisen osalta määrällisesti. Arvioidaan, toimivatko Diabetespalveluiden hoitoprosessit niin, että ne tuottavat palvelun myötä asiakkaalle terveyshyötymallin mukaisen hoitosuunnitelman.

Arvioinnin tarpeen kartoittaminen käynnistää arviointiprosessin. Muita osatekijöitä ovat arviointiasetelman muotoileminen, arviointikysymysten valinta, tiedonkeruustrategian ja tutkimusmenetelmien valitseminen, sekä arviointiprosessin tuottamien johtopäätösten käsittely ja kehittämistoimenpiteiden esittäminen (Virtanen 2007, 174.) Arviointitietoa käytetään prosessien kehittämiseksi, jotta asiakkaat saisivat mahdollisimman hyvää ja laadukasta diabeteksen hoitoa. Arviointi on organisaatiolähtöistä, jolloin arvioidaan prosessien toimivuutta suhteessa organisaation strategiaan ja visioon. Lisäksi arvioidaan uuden toimintatavan toimintaa formatiivisesti kehittämisajatuksella. Uusien toimintamallinen juurruttaminen Diabetespalveluihin prosessien mallintamisella, eli implementointi, kuuluu tämän kehittämishankkeen tavoitteeseen.

Prosessien arviointi perustuu usein kvalitatiivisen aineiston hyödyntämiseen. Havainnointia käytetään yhdessä olemassa olevan dokumentoidun aineiston kanssa yhdessä. Myös kvantitatiivinen aineisto auttaa kuvaamaan toimintaa. (Robson 2001, 100; Virtanen 2007, 156.) Pegasos-terveystietojärjestelmän tilastoista saadaan kuukausittain tieto tehdyistä hoitosuunnitelmista, vastaanottokäynneistä ja suoritetuista silmänpohjakuvauksista. Tilastoista saadaan määrällistä tietoa ja dokumentteja käytettäväksi arvioinnissa. Tässä kehittämishankkeessa aineistona käytetään lisäksi IMS prosessimallinnuskuvausta Diabetespalveluiden hoitoprosessista sekä tiimikokousmuistioita ja muita soveltuvia asiakirjoja. Palveluja voi-

daan kehittää, kun todetaan epäsuhta havaintojen ja prosessiin kuvatun toimintatavan kesken (Robson 2001, 83).

Määrällisenä arviointituloksena voidaan jo nyt esittää marraskuussa 2014 tehtyjen hoitosuunnitelmien määrä Diabetespalveluissa Pegasos-terveystietojärjestelmän tilastosta. Määrä on 40 hoitosuunnitelmaa, kun aiemmin niitä on tehty maksimissaan kahdesta neljään suunnitelmaa kuukauden aikana. Joulukuun 2014 tulos oli vieläkin parempi 77 hoitosuunnitelmaa. Työparimallin mukaisen yhteisvastaa-
ntoon voidaan siis arvioida alkaneen toimia hyvin.

Prosessien kehittäminen on osa organisaation suunnittelua ja kehittämistä. Sen pohjana toimivat organisaation strategia, visio ja toimintaperiaate (JHS 2012, 1). Tässä kehittämishankkeessa mallinnettiin kolme erillistä prosessia, jotka kuvaavat Lahden Diabetespalveluiden toiminnan. Prosessien suunnittelu ja kehittämishankkeen toteutus tapahtuivat kuudesti pidetyissä suunnittelupalavereissa, joihin osallistuivat diabeteshoitajat, sekä neljästi kokoonnuimme kahdestaan piirtämään IMS ohjelmistoon suunniteltuja prosesseja. Lisäksi kehittämistoimintaa pohdittiin ohjausryhmän tapaamisissa. Kehittämishankkeen toisena tutkijakehittäjänä oli yksikön lähiesimies, jolla oli mahdollisuus havainnoida ja tunnistaa kehittämiskohteita yksikön päivittäisessä työskentelyssä. Moniammatillisen työyhteisön palavereissa arvioidaan säännöllisesti kehittämistoimintaa.

IMS-ohjelmiston käyttöön ja piirtämiseen tutustuminen antoi hyvän kokemuksen verrattuna siihen, että jokin muu taho olisi piirtänyt valmiiksi kehittämistapaamisissa suunnittelemat prosessimallinnukset. Lahden kaupungin tavoite mallintaa kaikki eri alojen toiminnot samalla tavalla on suuri haaste. Aikaa siihen täytyy resursoida, koska työn ohella se on ollut haastavaa ja siihen on täytynyt varata kokonaan potilastyöstä vapaa aika.

Hulkari (2006, 51,56) käsittelee väitöskirjassaan laatua ja sen määritelmiä. Hänen mukaansa käsitteelle laatu on vaikea antaa tarkkaa määritelmää, koska se on aina asian yhteyteen sidoksissa ja suhteellinen, sekä määrittäjän omilla arvoilla ja intresseillä on vaikutusta arviointiin. Palveluja ei aina pysty selittämään, määrittelemään tai mittaamaan, mutta ne ovat kiinteässä suhteessa niitä tuottaviin henkilöihin. Prosessien mallintamisella pyritään varmistamaan tyyppin 1 diabeetikoille

mahdollisimman hyvää ja laadukasta hoitoa Lahden kaupungin terveydenhuollon organisaatioissa ja niissä toimiva henkilöstö saa ajantasaisen tiedon hoitoprosessin kulusta. Myös hoidon tavoitteita, suunnittelua ja toteutusta arvioidaan jatkuvasti.

Vatajan (2012, 9-10) mukaan tuloksellisuuden kehittäminen perustuu jatkuvaan parantamiseen, jossa suunnittelu, toteutus, arviointi ja kehittäminen on kytketty työ- ja palveluprosesseihin. Edelleenkin Vatajan mukaan kehittämistä varten tarvitaan myös lyhyellä tähtämellä mittareiden tuottamaa tietoa siitä, miten tavoitteet on saavutettu tai missä ollaan matkalla kohti tavoitteita. Tätä tietoa tarvitaan niin yritysten ja organisaatioiden johtoryhmässä, johtokunnassa kuin työyhteisössä.

Robson (2001, 34–35) korostaa eri sidosryhmien roolia tärkeänä arviointiin vaikuttavana tekijänä. Eri sidosryhmät ja avainhenkilöt on otettava mukaan jo arvioinnin suunnitteluun, mutta he ovat mukana myös arvioinnin toteuttamisessa. Arviointiprosessi voi vaikeutua tai se voi jopa olla mahdotonta ilman eri sidosryhmien huomioita ottamista ja heidän vaikutusmahdollisuuksiaan.

Henkilöstö muodostaa organisaation toiminnan perustan ja henkilöstön osallisuuden kehittämisessä mahdollistaa heidän osaamisensa hyödyntämisen. Henkilöstön osaamisen hyödyntäminen tulisi maksimoida edelleen kehittämällä heidän osallistamalla heidät organisaationkehittämiseen ja luomalla luottamukseen ja jaettuihin arvoihin perustuva avoin toimintakulttuuri, jossa henkilöstöä valtaistetaan ja sitä palkitaan saavutetuista tuloksista.

Kehittämishanke eteni toimintatutkimuksen syklin mukaisesti suunnitellusti. Ajallisesti kehittämishanke kesti toukokuusta 2013 helmikuuhun 2015. Vaikka aikaa kehittämishankkeessa kului yksi vuosi ja yhdeksän kuukautta, eteni työ suunnitellusti. Sekä kehittämistapaamisten aikana, että niiden jälkeen reflektointia ja suunniteltiin prosessien kuvausta ja mallinnusta. Havainnointia tapahtui koko kehittämishankkeen ajan Diabetespalveluiden päivittäisestä toiminnasta ja lisäksi keskusteluissa nousi uusia ideoita ja innovaatioita uusien toimintojen kehittämiseksi. Mielenkiintoista oli havaita, että jo pelkkä sen hetkisen toimintatavan avaaminen kaikille työntekijöille oli työtä kehittävä interventio.

Puuttuminen työtapoihin itsessään aloitti prosessin kehittämisen ja haastavaa kiireisten työtehtävien ohessa oli havainnoida prosessien kehittämisen kannalta oleelliset seikat. Diabetespalveluiden tiimikokouksissa sekä myös työpäivien aikana saatiin kehittämishankkeen kannalta tärkeää informaatiota mihin suuntaan työtä tulisi kehittää. Oleellisen tärkeää on, että käytössä on riittävät resurssit, koska riittämättömät resurssit eivät mahdollista työn kehittämistä.

Kehittämishanke toteutettiin perustyön ohessa. Ohjausryhmän osallistuminen tässä kehittämishankkeessa jäi toivottua vähäisemmäksi, lähinnä sen rooli oli konsultatiivinen. Diabeteshoitajien työaika kului suunnittelupalaverissa 2 tuntia kuukaudessa helmikuusta kesäkuuhun 2014 saakka. Kaikki diabeteshoitajat eivät päässeet osallistumaan jokaiseen kehittämistapaamiseen, koska heille tuli akuutisti kiireellisiä asiakkaita. Kehittäjä-tutkijana olettaa, että pidetään kiinni sovituista kehittämistapaamisista, mutta käytännön työssä tulee aina muutoksia aikatauluihin. Jatkuva kiire ja suuri potilasmäärä ovat monessa työyhteisössä arkipäivää ja kehittämiselle ja uusien työtapojen suunnittelulle jää yhä vähemmän aikaa. Lisäksi diabetespotilaiden asioiden hoitaminen ja selvittäminen tapahtuu yleensä aika nopealla aikataululla, joten diabeteshoitajienkin päivittäinen aikataulu muuttui. Välillä kehittämistapaamiseen tultiin myöhässä ja toisinaan taas poistuttiin kesken. Kehittämishankkeen tutkija-kehittäjien aikaa kului tämän jälkeen heinäkuusta lokakuuhun IMS-prosessien piirtämisessä, suunnittelussa ja reflektoinnissa keskimäärin kahdeksan tuntia viikossa.

Vuoden 2014 alusta Diabetespalvelut sai hankerahoitusta kehittämistyöhön kolmen kuukauden ajaksi Päijät Potku-hankkeelta siten, että yhden diabeteshoitajan työajasta puolet käytettiin pitkäaikaissairauksien hoidon ja Diabetespalveluiden toiminnan kehittämiseen. Päijät Potku-hanke oli valtiollisen Kastehankkeen paikallinen osahanke. Siinä luotiin Päijät-Hämeen alueelle pitkäaikaissairaalan omahoitoa tukeva toimintamalli, jota pilotoitiin hankkeessa. Päijät Potku II -jatkohankkeen tavoitteena oli saada kehitetty malli systemaattiseksi toiminnaksi alueella. (Linsamo 2012, 3; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.) Koska kehittämishanke toteutettiin työn ohessa, olivat taloudelliset riskit pienet.

Prosessien valmistuttua avohoidon ylilääkäri hyväksyi ne helmikuussa 2015, jonka jälkeen markkinointi Diabetespalveluiden sisäisille asiakkaille toteutetaan avohoidon johtotiimissä sekä eri yksikköjen tiimipalaverissa. Prosessit ovat kiinnitetty IMS- ohjelmistoon, josta ne ovat koko organisaation saatavilla.

7.2 Tulosten arviointi ja johtopäätökset

Ensimmäinen mallinnettu prosessi on tyypin 1 diabeetikon hoitopolku, jossa prosessi avaa Diabetespalveluiden sijoittumisen perusterveydenhuoltoon, hoitopolun erikoissairaanhoidon sekä kolmannen sektorin yhteistyökumppanit. Se selvittää tyypin 1 diabeetikon hoidon etenemisen sairauden diagnosoinnista lähtien sekä hoitovastuualueet perusterveydenhuollon näkökulmasta. Tyypin 1 diabeetikoiden hoidon keskittäminen moniammatillisen hoitotiimin palveluihin on tämän prosessimallinnuksen päämäärä. Pysyvä hoitosuhde moniammatillisessa diabetestiimissä on tärkeä tyypin 1 diabeetikoille (Ahola 2012, 24; Lithovius 2013, 13).

Palveluketju terveydenhuollossa tarkoittaa asiakkaan tarpeisiin tehokkaasti, joustavasti ja laadukkaasti vastaavaa eri organisaatioiden välistä yhteistyötä. Hyvin toimivassa palveluketjussa asiakas etenee toimipisteestä toiseen joustavasti ja tavoitteena on, että eri organisaatiot toimivat yhteistyössä asiakaslähtöisesti. (Tanttu 2007, 79.) Tämän kehittämishankkeen prosessimallinnus on tehty perusterveydenhuollon näkökulmasta ja sen alueellisen toiminnan arvioiminen on haasteellista. Toivottavaa on, että myös erikoissairaanhoidon diabetesammattilaiset ovat jatkossa mukana hoitoketjun ja hoitopolun mallintamisessa. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus varmistaa jatkossa hoitoketjujen kuvauksen, jolloin toimivat hoitoketjut parantavat välittömästi diabeteksen hoidon laatua ja tuovat taloudellisia säästöjä. Hyvän ja laadukkaan hoidon takaamiseksi olisi kaikkien hoitoa toteuttavien osapuolien oltava tietoisia toimintamalleista ja organisoida toiminta niiden pohjalta.

Toinen prosessimallinnus on Diabetespalveluiden toimintamallin prosessin kuvaus, joka kuvaa potilaan hoitotapahtumat. Prosessi kuvaa myös Diabetespalveluiden toimintamallin. Avohoidon uusi organisaatiomalli on muuttanut totuttuja työtapoja ja muutos antaa mahdollisuuden arvioida kriittisesti uudelleen toimintoja ja kehittää parempia työtapoja. Kutsujärjestelmä takaa asiakkaille pysyvän hoitosuh-

teen moniammatillisessa hoitotiimissä. Pärnä (2012) kuvaa tutkimuksessaan moniammatillisen yhteistyön strukturaatiomallin, joka on nähtävissä myös Lahden Diabetespalveluiden toiminnassa. Siinä yhteistyön prosessi esitetään systeeminä, jossa toiminta muodostuu eri toimijoiden käyttämistä strategioista ja käytännöistä. Yhteistyötä jäsentäviä ulottuvuuksia ovat jakaminen (sharing), kumppanuus (partnership), keskinäinen riippuvuus (interdependence), valta (power) ja prosessi (process). Yhteistyö on dynaamista, etenee vaiheittain, ja se on aktiivisesti kehittyvä prosessimainen kokonaisuus. (Pärnä 2012, 59.) Moniammatillinen yhteistyö Diabetespalveluissa hioutuu jatkossa, kun tavoitteet koetaan yhteisiksi ja yhteenkuuluvaisuuden tunne lisääntyy.

Kolmannessa prosessimallinnuksessa kuvataan lääkärin ja hoitajan yhteisvastaanoton toimintamalli Diabetespalveluissa. Peltonen (2009) on luonut toimintamallin lääkärin ja hoitajan vastaanottotoimintaan perusterveydenhuoltoon. Kiinteä yhteistyö asiakkaan, lääkärin ja hoitajan välillä edesauttoi asiakkaan sitoutumista omahoitoon (Peltonen 2009, 167). Samaan tulokseen pyrittiin myös tässä kehittämishankkeessa. Terveystyömalli (Oksman ym. 2012, 4-6) toteutuu pitkäaikaisairaahan vastaanottotoiminnassa hoitosuunnitelman laatimisena yhteisvastaanoton aikana.

Diabetespalveluiden työntekijöille uusi toimintamalli lisää työhyvinvointia, sillä toimintatapa on kaikille selvä ja yhdessä kehitetty. Resursseja ei mene hukkaan, koska jokainen työntekijä tietää, miten eri tilanteissa toimitaan ja päällekkäisiä toimintoja pyritään välttämään. Jokapäiväisessä työssä reflektoidaan prosessien toimivuutta ja muutoksia tehdään tarvittaessa suunnitellusti. Kehittämistyö on lähentänyt työntekijöitä, moniammatillisessa tiimissä he toimivat tasa-arvoisina ja itseohjautuvina asiantuntijoina.

Merkittävä osa työstä jää tässäkin prosessimallinnuksessa diabeteshoitajien vastuulle (Sipilä 2012, 12). Erityisesti iäkkäät diabeetikot ovat Diabetespalveluiden haasteellisimpia asiakkaita, koska useimmilla heistä on valtimoperäinen verisuonisairaus. On vaativaa arvioida kokonaisvaltaisesti terveydentila huomioiden ikääntyminen ja ohjeistusta kliiniseen arviointiin ei ole suoraan luettavissa edes Käypä hoito-suosituksesta. Tarvitaan tietämystä, ammattitaitoa ja valppaana oloa, jotta tarvittavat terveydentilaan vaikuttavat seikat tulevat huomioitua. Esimerkiksi

valtaosa iäkkäiden diabeetikkonaisten sydäninfarkteista ovat kivuttomia, jolloin diabeteshoitajan on muista oireista tunnistettava tämä henkeä uhkaava tilanne.

Diabetesliitto tekee hoitosuunnitelmaa tutuksi vuonna 2015, jonka se on valinnut yhdeksi järjestötoimintansa painopistealueeksi. Diabetesliitolla on tarkoitus tehdä hoitosuunnitelma tutuksi diabeetikoille, jotta he osaisivat vaatia suunnitelman laatimista itselleen ammattilaisilta. Noin 25 prosentilla tyypin 2 diabeetikoista on hoitosuunnitelma, tyypin 1 diabeetikoiden määrää ei ole selvitetty. (Vehmanen 2015, 10.) Diabetespalveluissa on prosessimallinnuksen avulla saatu uusi toimintamalli toimimaan niin, että hoitosuunnitelman laatiminen on osa vastaanottotyötä.

Hoitosuunnitelma kulkee avohoidon terveystalouden punaisena lankana läpi koko organisaation. Asiakasta vastuutetaan omahoitoon, mutta ohjausta ja tukea omahoidossa jaksamiseen saa omalta ammattitaitoiselta diabeteshoitajalta. Voimaantuminen omahoidossa parantaa hoitotasapainoa, elämänlaatua ja luo positii-visen kehän diabeteksen kokonaisvaltaisessa hoidossa. Hoitosuunnitelman avulla asiakas otetaan mukaan prosessiin ja vastuutetaan omahoidossaan.

7.3 Eettiset kysymykset ja luotettavuus

Kehittämishanke sai toteuttamiseen suullisen luvan 13.12.2013 Lahden kaupungin avohoidon ylihoitajalta. Hankkeessa ei käsitelty missään vaiheessa potilastietoja, eikä hanke vaatinut erityistä rahoitusta, joten suullinen lupa oli riittävä. Hankkeeseen osallistuivat Diabetespalveluiden diabeteshoitajat yhdessä kehittäjä-tutkijoiden kanssa, joten lähtökohtana on ollut alusta asti avoimuus, joka on eettisyyden ja luotettavuuden arvioinnille hyvä lähtökohta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 126).

Ikola-Norrbacka (2010) on tutkinut johtamisen eettisyyttä terveydenhuollossa ja hänen tutkimuksessaan nousi esille eettisten arvojen vaikutus työympäristöön ja työviihtyvyyteen. Luottamus koettiin tärkeäksi hallinnon ja julkisen palvelujen eettisistä arvoista ja tutkimuksen mukaan se parantaa työtehoa ja helpottaa johtamista. Julkisen sektorin toiminnassa pyritään tuloksellisuuteen ja toimintoja täy-tyy kehittää, jolloin myös henkilökunnan on sitouduttava yhdessä sovittuihin työ-

tapoihin. Näin kasvatetaan työntekijöiden vastuullisuutta ja tietoisuutta organisaation mittareista ja niiden merkityksestä. Johtopäätöksessä yksikön eettisyys näkyy henkilökunnan hyvinvointina ja sitä kautta alaisten tehokkuus ja yhteisiin toimintatapoihin sitoutuminen lisääntyvät. (Ikola-Norrbacka 2010, 183–187.)

Motivoituneessa työyhteisössä työntekijät kykenevät tuottamaan hyvinvointia ja terveyttä edistäviä palveluja, jotka puolestaan vähentävät sairauksien hoitoon käytettäviä henkilöstöresursseja. Lisäksi osallistavalla vuorovaikutuksella ja jatkuvala viestimisellä tavoitteista lisätään työyhteisön johtamisen tehokkuutta. (Huotari 2009, 12, 182.) Diabeteshoitajien osallistuminen kehittämistapaamisiin ja prosessimallinnusten suunniteluun oli aktiivista. Tämä lisää eettistä sitoutumista omaan työhön ja antaa tunteen oman työn hallinnasta ja kehittämisestä. Lisäksi Diabetespalveluiden toiminta rahoitetaan verovaroin, jolloin kehittämistyön ja sen jalkauttaminen työelämään täytyy pohjautua eettisiin arvoihin ja toimintaan.

Toikko ja Rantanen (2009, 121–125) määrittelevät luotettavuuden kehittämistoiminnassa tarkoittavan ensi sijaisesti käyttökelpoisuutta. Vaikka kehittämistoiminnan yhteydessä syntyvä tieto on todenmukaista, tulee sen myös olla käyttökelpoista ja hyödyllistä, joka voidaan hyödyntää käytännön toimintaan. Prosessit hyväksytetään avohoidon johtotiimissä, jonka jälkeen ne kiinnitetään IMS-ohjelmistoon. Kuvatut prosessit ovat tämän jälkeen Lahden kaupungin työntekijöiden käytössä ja työvälineenä diabetespotilaiden hoidossa ja ohjauksessa. Lisäksi ne toimivat Diabetesliiton ja Lahden kaupungin suositusten mukaisesti.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on opetus- ja kulttuuriministeriön asiantuntijaelin. Sen tehtävä on edistää hyvää tieteellistä käytäntöä, ennaltaehkäistä tutkimusvilppiä, edistää tutkimuseetiikan tiedotusta sekä seurata alan kansainvälistä kehitystä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Eettisesti hyvä kehittämis työ vaatii, että työssä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkijan tulee noudattaa tunnustettuja toimintatapoja työn eri vaiheissa, suunnittelussa, toteutuksessa sekä raportoinnissa. (Hirsjärvi ym. 2009, 23- 24.) Tässä kehittämishankkeessa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä. Käytössä olivat Lahden ammattikorkeakoulun YAMK-opinnäytetyön ohjeen (2015, 6) mukaiset toimintatavat.

Tutkimustyössä pyritään virheettömyyteen, mutta tulosten luotettavuus ei ole vakio. Tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida systemaattisesti tulosten pätevyyden ja mittaustulosten toistettavuuden varmistamiseksi. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.) Tutkimuksen reliabelius (mittaustulosten toistettavuus) sekä validius (pätevyys) soveltuvat Heikkisen ja Syrjälän (2007, 144) mukaan huonosti toimintatutkimuksen ja laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin. He nostavat esiin historiallisen jatkuvuuden, reflektiivisyyden, dialektisuuden, toimivuuden ja havahduttavuuden periaatteiden käytön toimintatutkimuksen arvioinnissa. Myös Toikko ja Rantanen (2009) käsittelevät teoksessaan Tutkimuksellinen kehittämistoiminta reliabiliteettia ja validiutta. Kehittämistoiminnassa luotettavuuden kriteereistä he toteavat, että ne ovat tieteellisen luotettavuuden kriteereitä niiltä osin kun kehittämistoimintaan liittyy selkeitä tutkimuksellisia asetelmia.

Kehittämistoiminnan luotettavuutta arvioidessa Toikko ja Rantanen (2009, 122–124) nostavat esiin kysymyksen toimijoiden sitoutumisesta, sillä kehittämistoiminta on usein sosiaalinen prosessi, jossa kehittäjät osallistuvat toimintaan ja toimijat kehittämiseen. Toimijoiden ja kehittäjien sitoutuminen vaikuttaa tuotoksen luotettavuuteen ja vastaavasti sitoutumattomuus heikentää kehittämistoiminnan aineistojen, menetelmien ja tulosten luotettavuutta. Lisäksi virhemahdollisuus kasvaa, jos toimijat eivät osallistu kehittämishankkeen kaikkiin vaiheisiin.

Näiden periaatteiden mukaisesti arvioidaan tämän kehittämishankkeen luotettavuutta ja eettisyyttä. Kehittämistoiminta alkoi yksikön sisäisesti ja siihen oli selkeä tarve ja ohjeistus Diabetesliitosta ja Lahden kaupungilta. Eettisyydestä todettiin jo aiemmin, ettei kenenkään potilastietoja käytetty missään toiminnan vaiheessa. Tärkeätä oli työntekijöiden sitoutuminen alusta asti prosessimallinnusten tekoon ja sitä kautta työyhteisöllisyyden lisääminen. Ikola-Norrbackan (2010, 187) tutkimuksen mukaan sitoutunut ja itsensä arvostetuksi tuntevat työntekijät jaksavat paremmin kohdata työn haasteet, toistuvat rutiinit sekä tukea työtoveriaan, jolloin yksikön eettisyys peilautuu henkilöstön hyvinvoinnin kautta asiakkaille.

7.4 Diabeteshoitotyön kehittyminen ja jatkokehittämisaiheet

Diabetespalveluiden mallinnetut prosessit kuvattiin Integrated Management System (IMS) prosessiohjelmaan. Avohoidon ylilääkäri on hyväksynyt ne, ja ne esitellään avohoidon johtotiimissä. Sovelluksen avulla on kuvattu Diabetespalveluiden toiminta prosesseina, joihin liitetään ohjaava tieto, esimerkiksi käytössä olevat ohjeet, lomakkeet ja palvelukuvaukset. Näin voidaan löytää uusia toiminnan kehittämiskohteita ja tavoitteena on saada prosessikuvaukset yhä enemmän käytännön työkaluiksi.

Hyvin alkanut laadun kehittämistyö ei saa jämähtää paikoilleen. Laadun kehittämisen ja jatkuvan parantamisen tulisi alun projektinomaisen työvaiheen jälkeen solahtaa luontevaksi osaksi organisaation kaikkien työntekijöiden työpäivää. Jotta järjestelmä kehittyisi edelleen ja innostus laatua kohtaan työpaikalla säilyisi, tarvitaan myös jatkossa organisaatioon henkilöitä, jotka ovat vastuussa laatuasioiden eteenpäin viemisestä ja joiden toimenkuvassa laadun parissa toimiminen on otettu huomioon. Sille tulisi kohdentaa myös ajallisia resursseja. Moniammatillisuus on tärkeää perusterveydenhuollossa. Kehittämistyö vaatii vahvaa johtajuutta, tukea ja muutoksen läpiviemistä. Kannustimien käyttö voisi olla tapa tukea kehittämistyötä. (Sipilä 2012, 77.)

Diabetespalvelut on nyt toiminut reilun vuoden ja prosessimallinnuksen tuloksena syntyneet prosessit ovat toimineet suunnitellusti lokakuun alusta 2014. Lyhyen aikavälin tulokset ovat lupaavia ja erityisesti Terveystyömallin mukaisia hoitosuunnitelmia on tehty asiakkaille enemmän kuin osattiin arvioida. Lääkärin ja hoitajan yhteisvastaanoton toiminnan mallintaminen ja toiminnan suunnittelu yhdessä työntekijöiden kanssa tuottavat hyvää tulosta. Asiakaslähtöinen toiminta vahvistuu, hoidon jatkuvuus taataan keskitetyssä toiminnassa ja sitä kautta pyritään asiakkaan voimaannuttamiseen omassa hoidossaan. (Komulainen ym. 2011, 4 - 16.)

Huolen aiheena on lisäksi resurssien riittävyys. Kaupungin taloudellinen tilanne asettaa toiminnalle rajaehdot, joihin tämän kehittämishankkeen tekijöillä ei ole vaikutusmahdollisuuksia. Jotta Diabetespalveluissa voidaan hoitaa kaikki siihen kuuluvat diabeetikot, työntekijöillä ei ole resursseja huomioida kaikkia diabeeti-

koiden terveysongelmia. Näin toimien hajotetaan suunnitellut prosessit ja hoidon taso laskee MADIA -asiakkaiden lisäksi kaikkien muidenkin diabeetikoiden kohdalla.

Nordic Health Group (NHG) on laatinut Sitralle diabeteksen kansallisten omahoitohankkeiden ja -toimintamallien kartoituksen ja arvioinnin loppuvuodesta 2013. NHG:n hankkeessa kartoitettiin jo tehdyt toimenpiteet sekä jatkokehittämistarpeet, jonka oleellisena osana oli tarkoitus selvittää ja kehittää sähköisiä palveluita. Päijät-Hämeen osalta kartoitettiin tässä kehittämishankkeessa jo aiemmin mainitut Potku-hankkeet ja terveyshyötymalli. Kartoituksen tuloksena kerrotaan selvityksessä kehittämistyön olleen valtakunnallisesti hajanaista, mutta hankkeissa luotuja malleja ei ole otettu käyttöön arjen työssä. (Sitra 2013.) Tämän raportin tulosten pohjalta on Päijät-Hämeen liitossa tartuttu diabeteksen hoidon kehittämisen haasteeseen.

Päijät-Hämeen liitossa sosiaali- ja terveystalvveluiden järjestäminen on tärkeä ja ajankohtainen kehitettävä osa-alue. Tavoitteena on toteuttaa kuntien ja palveluiden tuottajien kanssa yhteistyössä konkreettisia toimenpiteitä, joilla taataan riittävät ja laadukkaat sosiaali- ja terveystalvvelut Päijät-Hämeessä kuntien maksukykyä vastaavasti (Päijät-Hämeen liitto 2014). Jatkokehittämisaiheena onkin yhteisen maakunnallisen diabeteksen hoitomallin laatiminen.

Valtakunnallisesti Diabetesliiton asiantuntijaryhmän (Ahomäki ym. 2014) työkentelyn tuloksena syntyi tyypin 1 diabeteksen hoidon kehittämishankkeeksi, joka sisältää kehittämishankkeita diabeteksen hoidon kehittämiseksi. Tyypin 1 diabetesta ja erityisosaamista vaativien tyypin 2 diabetesta sairastavien hoito tulee keskittää diabetesosaamiskeskukseen, diabeteskeskukseen ja verkostoihin. Diabeteksen osaamiskeskukseen kootaan ammattitaitoiset diabetestiimit ja diabetesta sairastavien hoitoon ja ohjaukseen osoitetaan riittävästi resursseja. Nämä tavoitteet ovat olleet myös tämän kehittämishankkeen päämääränä. Lahden kaupungin kehittämisen viitekehityksen mukainen CAF-itsearviointi sisältyy Diabetesliiton asiantuntijaraportin tavoitteeseen, jossa diabetesta sairastavien hoidon tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden arviointiin rakennetaan toimiva hoidon seurantajärjestelmä. Diabetesliitto on raportin toimenpide-ehdotusten perusteella valmis käynnistämään

hankekokonaisuuden hoidon ongelmien korjaamiseksi. Hankerahoitusta työhön on haettu Raha-automaattiyhdistykseltä.

Lahti toimii valtakunnallisesti edelläkävijänä Diabetespalveluiden perustamisessa perusterveydenhuoltoon. Diabeteshoidon keskittäminen on ollut esillä myös ajan-kohtaisissa keskusteluissa. Ministeri Paula Risikko ehdotti uuden diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissohjelman (DEHKO) aloittamista Kansallisessa diabetesfoorumissa jo vuonna 2013. Tavoitteena on muodostaa terveyskeskuksista diabeteksen osaamiskeskuksia, Diabetesyksiköitä, joihin kuuluisivat tyypin 1 diabeetikot sekä vaikeimmin sairaat tyypin 2 diabeetikot. Diabetologi, tohtori Markku Saraheimo esitti, että Suomeen tulisi perustaa yksiköitä, jotka tarjoavat pitkiä hoitosuhteita ja kokonaisvaltaista hoitoa diabeetikoille. (Risikko & Saraheimo 2013.)

Jatkokehittämisaiheena kehittämishankkeelle on säännöllisen Itsearviointin toteuttaminen Lahden kaupungin kehittämisen viitekehyksen mukaisesti. (Lahden kaupunki 2013 b, 3.) Arviointi on organisaatiolähtöistä, jossa arvioidaan prosessin toimivuutta suhteessa organisaation strategiaan ja visioon sekä hoitoprosessien arvioimiseen kehittämisenäkökulmasta. Lisäksi arvioidaan uuden toimintatavan toimintaa formatiivisesti kehittämisajatuksella, joissa menetelmänä on itsearviointi CAF-mallin mukaisesti ja Lahden kaupungin kehittämisen viitekehyksen mukaisesti.

Arviointi kohdistetaan prosessien toimintaan ja siihen, ovatko prosessien kriittiset kohdat määritetty oikein. Kriittisiä kohtia ovat esimerkiksi laboratoriokäynnit ennen diabetesvastaanottoa, kutsujärjestelmän toimiminen, omahoitolomakkeiden palautuminen diabeteshoitajalle ja jatkohoidon selvittäminen. Prosessin arviointiin kuuluvat lisäksi verensokerimittarin käytön opastus, omaseurannan ohjaus sekä diabeteshoitotarvikkeiden hankkiminen diabeteshoitotarvikejakelusta. Miten yhteistyö sujuu sekä moniammatillisen tiimin jäsenten kesken että yhdessä sisäisten asiakkaiden kanssa? Toiminnan tuloksena syntyvä hoitosuunnitelma on arvioinnin kohteena. Asiakkaan positiivinen kokemus säännöllisestä hoidosta Diabetespalveluissa on tavoiteltava terveyshyöty, joka diabeetikon kohdalla on GHbA1c:n hyvä hoitotaso, jaksaminen omahoidossa ja lisäsairauksien ehkäisy.

Mielenkiintoista olisi myös selvittää hoitosuunnitelman vaikutus diabeetikon hoitotasapainoon ja lisäsairauksien ennaltaehkäisyyn. Keskeistä hoitosuunnitelmassa ei ole kirjallinen tuotos vaan se, mitä sen avulla saavutetaan. Se on osa asiakasläh- töistä ja pitkäjänteistä hoitoa, jolla pyritään diabeetikon hyvään ja laadukkaaseen elämänlaatuun.

Jo toteutumassa oleva jatkokehittämisaihe on lääkäri ja hoitajatyöparimallin laa- jentaminen koko Pääterveysaseman käyttöön. Positiiviset kokemukset työparimal- linnuksesta on huomioitu Pääterveysasemalla laajemminkin. Johdon taholta on esitetty, että malli laajennetaan koko Pääterveysaseman käyttöön. Ensimmäinen kehittämisiltapäivä pidettiin helmikuussa 2015 ja seuraava maaliskuussa 2015, joten kehittämistyö jatkuu Lahden avoterveydenhuollon Pääterveysasemalla. Viesti päättäjiltä diabeteksen hoidon keskittämiseen hoidon tehostamiseksi on rohkaiseva. Tämä opinnäytetyönä syntynyt Diabetespalveluiden prosessimallinnus tukee vahvasti työelämää ja sille on olemassa oleva todellinen tarve.

LÄHTEET

Adler, P.A., & Adler, P. 1987. *Membership Roles in Field Research*. Newbury Park, CA: SAGE Publications, Inc.

Ahola, A. 2012. *Psychological determinants and self care in patients with type 1 diabetes*. Academic dissertation. Helsinki: Unigrafia.

Ahomäki, R., Borg, E., Hakala, H., Harjutsalo, V., Hiltunen, L., Honkasalo, M., Huttunen, J., Ilanne-Parikka, P., Jokinen, M., Kaipainen, P., Kangas, T., Kekäläinen, P., Lammi, P., Miettinen, P., Niinikoski, H., Nuutinen, H., Parkkamäki, S., Rautavirta, M., Saraheimo, M., Simonen, R. & Tuomi, T. 2014. *Diabetesliitto. Asiantuntijaryhmän raportti. Tyypin 1 diabetesta sairastavien hoidon kehittäminen*. [Viitattu 18.11.2014] Saatavissa: http://www.diabetes.fi/files/3903/Tyypin_1_diabeteksen_hoidon_kehittaminen_-_raportti.pdf.

American Diabetes Association (ADA) 2012. *Standards of Medical Care in Diabetes*. [Viitattu 21.9.2013]. Saatavissa: http://care.diabetesjournals.org/content/35/Supplement_1/S11.full.

Anttila, P. 2006. *Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen*. Hamina: Akatiimi.

Barr, V., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D. & Salivaras, S. 2003. *The expanded Chronic Care Model*. *Hospital Quarterly* 7 (1), 73-82. [Viitattu 9.10.2013]. Saatavissa: <http://blogs.usask.ca/SHORE/Chronic%20Care%20Model.pdf>.

Danaei, G., Finucane, M.M., Lu Y., Singh G.M., Cowan M.J., Paciorek C.J., Lin, J.K., Farzadfar, F., Khang, Y-H., Stevens, G.A., Rao, M., Ali, M.K., Riley, L.M., Robinson, C.A. & Ezzati, M. 2011. *National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants*. *Lancet*. 2011. 378(9785), 31–40.

Groop, L., Isomaa, B., Laakso, M., Laine, M., Lindström, J., Louheranta, A., Nikkanen, P., Puurunen, M., Saltevo, J., Syväne, M., Toivonen, J. & Tulokas, S.

2013. Diabetes Käypä hoito-suositus. [Viitattu 21.9.2013]. Saatavissa:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056#s1>

Hakkarainen, P., Moilanen, L., Hänninen, V., Heikkinen, J., Huttunen, E. & Räsänen, K. 2011. Tyypin 1 diabetesta sairastava työelämässä. Publications of the University of Eastern Finland. Reports and Studies in Health Sciences Number 6. Joensuu: Korpilampi Oy.

Hallituksen esitykset. [Viitattu 29.3.2015]. Saatavissa:
<https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/>.

Harjutsalo, V. 2012. Tyypin 1 diabeetikon ennuste ei ole parantunut odotetusti. Diabetes ja lääkäri. 4/2012. 41.vuosikerta. Suomen Diabetesliitto.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Heikkinen, L.T. & Syrjälä, L. 2007. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa Heikkinen, L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Helsinki: Kansanvalistusseura, 144–161.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Tammi.

Ho, M., Marger, M., Beart, J., Yip, I. & Shekelle, P. 1997. Is the Quality of Diabetes Care Better in a Diabetes Clinic or in a General Medicine Clinic? ADA. Diabetes Care. 1997.20(4):472-5. [Viitattu 20.11.2014] Saatavissa:
<http://care.diabetesjournals.org/content/20/4/472.full.pdf+html>

Hulkari, K. 2006. Työssäoppimisen laadun käsite, itsearviointi ja kehittäminen sosiaali- ja terveysalan ammatillisessa peruskoulutuksessa. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteellinen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja.

Huotari, P. 2009. Strateginen osaamisen johtaminen kuntien sosiaali- ja terveystoimessa neljän kunnan sosiaali- ja terveystoimen esimiesten käsityksiä strategi-

sesta osaamisen johtamisesta. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampere University Press.

Ikola-Norrbacka, R. 2010. Johtamisen eettisyys terveydenhuollossa: Esimiestyön ja hallinnon eettiset arvot julkisen terveydenhuollon kahdessa professionissa. Vaasan yliopisto. Filosofinen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja.

IMS, Integrated Management System 2014. Toimintajärjestelmä. [Viitattu 5.1.2014]. Saatavissa: <http://www.ims.fi/>.

International Diabetes Federation (IDF) 2014. Diabetes Atlas. [Viitattu 28.9.2013]. Saatavissa: <http://www.idf.org/diabetesatlas/update-2014>.

JHS 2012. JHS 152- Prosessien kuvaaminen. JUHTA – julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. [Viitattu 30.12.2013]. Saatavissa: <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS152/JHS152.pdf>

Juric, M. B. & Pant, K. 2008. Business Process modeling. BPEL SOA Web Services Oracle. [Viitattu 30.12.2013]. Saatavissa: <http://www.packtpub.com/article/business-process-modeling-bpmn-aris-soa>

Järvinen, A & Järvinen, P. 1996. Tutkimustyön metodeista. Tampere: Opinpaja Oy.

Kansaeläkelaitos (KELA) 2012. Erityiskorvattavuutta saavat henkilöt Lahdessa. Tuloste on tekijän hallussa.

Komulainen, J., Vuokko, R. & Mäkelä, M. 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Tampere: Juvenes Print

Koski, S. 2011. Diabetesbarometri 2010. [Viitattu 21.9.2013]. Saatavissa: http://www.diabetes.fi/files/1377/Diabetesbarometri_2010.pdf.

Kunnallisen työmarkkinalaitoksen tuloksellisen toiminnan kehittämistä koskeva suositus 17.12.2008. Saatavissa: <http://www.kuntatyonantajat.fi/fi/sopimukset/tyoelaman->

[kehittaminen/henkilostojohtaminen-tuloksellisuus-ja-osaaminen/Sivut/tuloksellisen-toiminnan-kehittamista-koskeva-suositus.aspx](#)

Laamanen, K. & Tinnilä, M. 2009. Prosessijohtamisen käsitteet: Terms and concepts in business process management. Helsinki: teknologiateollisuus Oy.

Lahden ammattikorkeakoulu 2015- YAMK-opinnäytetyöohje. [Viitattu 29.3.2015]. Saatavissa:

<http://reppu.lamk.fi/mod/book/view.php?id=358182&chapterid=2155>

Lahden kaupungin henkilöstösuunnitelma 2014–2016. 2013. [Viitattu 15.12.2014]. Saatavissa: <http://www.lahti.fi>.

Lahden kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi, 2009. IMS projekti. [Viitattu 24.11.2013]. Saatavissa: <http://www.lahti.fi>.

Lahden kaupunki 2011. Lahden kaupungin strategia 2025. [Viitattu 30.9.2013]. Saatavissa: <http://www.lahti.fi>.

Lahden kaupunki 2012. SOTE 2015 toimenpideohjelma. [Viitattu 30.9.2013]. Saatavissa: <http://www.lahti.fi>.

Lahden kaupunki 2013a. Sote 2015 väliraportti. [Viitattu 24.11.2013]. Saatavissa: Lahti intranet. Tuloste tekijän hallussa.

Lahden kaupunki 2013b. Prosessien tuottavuuden tehostaminen. Esimiehen ”kehittämistyökalut”. [Viitattu 24.11.2014]. Saatavissa: Lahti intranet. Tuloste tekijän hallussa.

Lahden kaupunki 2014. Avoterveydenhuollon organisaatio. [Viitattu 5.2.2014]. Saatavissa: Lahti intranet. Tuloste tekijän hallussa.

Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta 169/2007. [Viitattu 29.3.2015]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20070169>

Lancaster, BM., Pfeffer, B., McElligott, M., Ferguson, AT., Miller, M., Wallace, D. & Lane, JT. 2010. Assessing treatment barriers in young adults with type 1 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice* 90, 243–249.

- Lindroos, J-E. & Lohivesi, K. 2010. Onnistu strategiassa. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Linsamo, M. 2014. Päijät-Potku- Hanke Loppuraportti 2012–2014. [viitattu 1.12.2014]. Saatavissa: <http://www.potkuhanke.fi/fi/dokumentit-ja-materiaalit-ii/finish/83-loppuraportti-paijat-potku/626-paijat-potkun-loppuraportti>.
- Linturi, H. 2004. Toimintatutkimus. Verkkoartikkeli. NexusDelfix. [viitattu 5.4.2014]. Saatavissa: http://nexusdelfix.internetix.fi/sv/sisalto/materiaalit/2_metodit/5_actix?C:D=61566&C:selres=61566.
- Liski, A. & Hatakka, A. 2013. Johdanto. Teoksessa Kohti tuloksellista kehittämistoimintaa. Lumijärvi, I., Harisalo, R., Stenvall, J., Rannisto, P-H., Liski, A., Hatakka, A. & Tyvitalo, J. (toim.). Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 16–18.
- Lithovius, R. 2013. Diabeteksen ehkäisy ja hyvä hoito ovat sijoituksia tulevaisuuteen. Diabetes ja lääkäri.4/2013. 42.vuosikerta. Suomen diabetesliitto, 7-14.
- Lovio, R. & Kivisaari, S. 2010. Julkisen sektorin innovaatiot ja innovaatiotoiminta. Katsaus kansainväliseen kirjallisuuteen, VTT tiedotteita 2540. Helsinki:VTT.
- Luukkonen, I., Mykkänen, J., Itälä, T., Savolainen, S. & Tamminen, M. 2012. Toiminnan ja prosessien mallintaminen. Tasot, näkökulmat ja esimerkit. Itä-Suomen yliopisto ja Aalto-yliopisto, SOLEA-hanke. Viitattu [29.3.2015]. Saatavissa: <https://www2.uef.fi/documents/1020024/1020098/SOLEA-Luukkonen-ym-Prosessien-ja-toiminnan-kuvaaminen.pdf/95f666f7-5058-4ebc-82b0-7939c6c39b1>
- Mahendran, Y. 2014. Identification of Biomarkers for type 2 Diabetes. Publications of the University of Eastern Finland Dissertations in Health Sciences. [Viitattu 15.2.2015]. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1368-5/urn_isbn_978-952-61-1368-5.pdf
- Martinsuo, M. & Blomqvist, M. 2010. Prosessien mallintaminen osana toiminnan kehittämistä. Tampereen teknillinen yliopisto. Teknis-taloudellinen tiedekunta. Opetusmoniste 2. [Viitattu 24.9.214]. Saatavissa:

http://dspace.cc.tut.fi/dpub/bitstream/handle/123456789/6825/prosessien_mallintaminen.pdf.

Mustajoki, P. 2014. Autoimmuunisairaudet. Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 24.9.2014]. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00010.

Mykkänen, J., Luostarinen, H., Pöyhölä, A., Paakkanen, E., Suhonen, M., Klemola, L., Riekkinen, A., Tuomainen, M., Riikonen, P. & Silvennoinen, R. 2007. Palveluarkkitehtuurin soveltaminen terveydenhuollossa. Osa 2: prosessien ja palvelujen määrittely ja suunnittelu. SerAPI-projekti. Kuopion yliopisto. [Viitattu 24.9.2014]. Saatavissa: http://www.oppi.uef.fi/uku/serapi/menetelmat/WS-opas_osa2_v1.pdf

National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS). 2011. Type 1 Diabetes: Diagnosis and management of type 1 diabetes in children, young people and adults. [Viitattu 16.11.2014]. Saatavissa: <http://publications.nice.org.uk/type-1-diabetes-cg15/guidance#the-diagnosis-of-type-1-diabetes>.

Neuvottelutulos hallitusohjelmasta 17.6.2011. [Viitattu 24.9.2014]. Saatavissa:

<http://valtioneuvosto.fi/tiedostot/julkinen/hallitusneuvottelut-2011/neuvottelut/fi.pdf>

Ohman Stricland, P., Hudson, S., Piasecki, A., Hahn, K., Cohen, D., Orzano, A., Parchamn, M. & Crabtree, B. 2010. Features of the Chronic Care Model (CCM) Associated with Behavioral Counseling and Diabetes Care in Community Primary Care. JABFM. [Viitattu 1.12.2014]. Saatavissa:

<http://www.jabfm.org/content/23/3/295.full>.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOY pro Oy.

Oksman, E., Sisso, M. & Kuronen, R. 2012. Väli-Suomen Potkuhankkeen loppuraportti 2010- 2012. Tuloste tekijän hallussa.

Oksman, E., Sisso, M. & Kuronen, R. 2014. Terveystyömalli pitkäaikaissairauksien hoidon kehittämisen viitekehyksenä. Väli-Suomen Potku2-hanke loppura-

portti 1.11.2012 – 31.10.2014. [Viitattu 5.2.2014]. Saatavissa:

<http://www.potkuhanke.fi/fi/dokumentit-ja-materiaalit/finish/84-loppuraportti-vali-suomen-potku2/639-potku2-loppuraportti>.

Olli, S. 2008. Diabetes elämänkumppanina. Nuoren ja perheen diabetekseen sopeutumista kuvaava substantiivinen teoria. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Pajunen, P., Laatikainen, T., Sundvall, J., Vartiainen, E. & Peltonen, M. 2014 Diabetespotilaiden hoitotasapaino FINRISKI 2012 – väestötutkimuksessa. Suomen Lääkärilehti 23/2014 vsk 69,1705–1709.

Peltonen, E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Akateeminen väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Päijät-Hämeen liitto. 2014. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystalveluiden järjestäminen.[Viitattu 2.1.2015]. Saatavissa: http://www.paijat-hame.fi/fi/kuntayhteistyon_tuki/sote-palveluiden_jarjestaminen.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä 2014. [Viitattu 15.2.2015]. Saatavissa: <http://www.phks.fi/sivut/?vy=9987&ryhma=253>.

Päivä, M. 2013. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden palveluprosessien mallintaminen osana vastaanottotoiminnan kehittämistä. Diplomityö. Lappeenranta: Lappeenrannan teknillinen yliopisto.

Pärnä, K. 2012. Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina. Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Yliopistollinen väitöskirja. Turku: Turun yliopisto.

Rintala, T-M. 2014. Diabeteksen näkyvä ja näkymätön läsnä oleminen. Substantiivinen teoria aikuisen diabetesta sairastavan henkilön perheen arkielämästä. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Rintala, T-M., Paavilainen, E. & Åstetdt-Kurki, P. 21013. Everyday life of a family with diabetes as described by adults with type 1 diabetes. *European Diabetes Nursing*, 86–90

Risikko, P. & Saraheimo, M. 2013. Diabetesfoorumi. [Viitattu 21.9.2013]. Saatavissa: <http://www.diabetesfoorumi.fi/ajankohtaista/markku-saraheimo-vaatii-diabeteshoidon-keskittamista.html#.UiI-T9K8Afh>

Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Rönnemaa, T. 2009. Miten ja miksi diabeteksen lisäsairauksia voi kehittyä? Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) *Diabetes*. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 392–393.

Siminerio, L., Zgibor, J. and Solano, F. 2004. Implementing the Chronic Care Model for Improvements in Diabetes Practice and Outcomes in Primary Care: The University of Pittsburgh Medical Center Experience. *ADA. Diabetes Care*. [Viitattu 14.1.2015] Saatavissa: <http://clinical.diabetesjournals.org/content/22/2/54.full.pdf+html>.

Sipilä, R. 2012. Peer facilitation and multifaceted intervention in guideline implementation – enhancing care of cardiovascular diseases in primary care. Academic dissertation. Helsinki: University of Helsinki.

Sitra. 2013. Diabeteksen omahoidon hankkeet Suomessa. [Viitattu 31.12.2014]. Saatavissa: <http://www.slideshare.net/SitraHyvinvointi/2013-12-20-nhg-sitra-diabeteksen-omahoitokartoitus>

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) 2013. Hoitosuunnitelmat pitkäaikaishoidossa ja ensihoito. Ohje 5/2013. [Viitattu 15.2.2015] Saatavissa: <http://www.valvira.fi/files/ohjeet/Hoitosuunnitelmat.pdf>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012- 2015.[Viitattu 21.9.2013]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Sote-uudistus. [Viitattu 1.10.2014]. Saatavissa:

<http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmatjahankkeet/palvelurakenneuudistus>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Sote-uudistus. [Viitattu 29.3.2015]. Saatavissa:

http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmatja_hankkeet/palvelurakenneuudistus.

Stenvall, J. & Virtanen, P. 2012. Sosiaali- ja terveystalouden uudistaminen. Helsinki: Tietosanoma.

Sund, R. & Koski, S. 2009. FinDMII. Diabeteksen ja sen lisäsairauksien esiintyvyyden ja ilmaantuvuuden rekisteriperusteinen mittaaminen-tekninen raportti. Suomen Diabetesliitto. Tampere.

Suomen Diabetesliitto ry. 2009. Saatavissa: <http://www.diabetes.fi/diabetesliitto>.

Tanttu, K. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Sosiaali- ja terveyshallintotiede. Akateeminen väitöskirja. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Tevameri, T. 2010. Prosessimaisen toiminnan organisointi ja johtaminen sairaalaorganisaatiossa. Hallinnon Tutkimus 3/2010, 29 (3), 221–238. [Viitattu 1.12.2014]. Tuloste tekijän hallussa.

Thokala, P., Kruger, J., Brennan, A., Basarir, H., Duenas, A., Pandor, A., Gillett, M., Elliott, J. & Heller, S. Assessing the cost-effectiveness of Type 1 diabetes interventions: the Sheffield Type 1 Diabetes Policy Model. *Diabetic Medicine* 31, 477–486 (2014).

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopistopaino.

Toivonen, M., Ramstedt-Sen, T. & Anttiroiko, A-V. 2011. Prosessien kehittämisen kuntien teknisellä sektorilla. KUPERA-hankkeen raportti. Tampereen yliopisto. Johtamiskorkeakoulu. Saatavissa:

<http://kuntatekniikka.kuntalehti.fi/toimijat/kehto/KuperaTyoPaketit/OperointiInnovaatiot/Documents/Untitled%20attachment%2000037.pdf>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisältöanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [Viitattu 7.1.2014] Saatavissa:

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

Valle T., Eriksson J., Peltonen M., Aarne M. & Koski S. 2010. Diabeetikkojen hoitotasapaino Suomessa vuosina 2009–2010. DEHKO- raportti 2010:5. Tampere: Suomen Diabetesliitto 2010.

Vataja, K. 2012. Kehittyvä työyhteisö. Itsearviointin hyödyntäminen työyhteisön kehittämisessä kunnallisessa sosiaalitoimissa. Akateeminen väitöskirja. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Vehmanen, M. 2015. Hoitosuunnitelma kirkastaa tavoitteet. Diabetes, helmikuu 2015, 8-11.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Virtanen, P. 2007. Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vuokko, R., Mäkelä, M., Komulainen, J. & Meriläinen, O. 2011. Terveysthuollon toimintaprosessit: Terveysthuollon yleiset prosessit ja niiden tarkennukset. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 53/2011.

World Health Organisation (WHO), 2011. Fact sheet N°312. [Viitattu 21.9.2013]. Saatavissa: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>

LIITTEET

LIITE 1

Tyypin 1 diabeteksen hoitopolku**Luokka** Ydinprosessit**Ydintehtävä** Tyypin 1 diabeetikon hoito Diabetespalveluissa perusterveydenhuollossa**Prosessin tarkoitus** Tyypin 1 diabeetikon hoitopolun selkiyttäminen ja mallintaminen, toimintatavan implementointi selvittää tyypin 1 diabeetikon hoidon etenemisen sairauden diagnosoinnista lähtien sekä hoitovastuualueet perusterveydenhuollon näkökulmasta.**Prosessin lähtötilanne** Tuore T1DM aikuisella; lapsella, jo hoidossa oleva tyypin 1 diabeetikko**Prosessin lopputilanne** Hoito keskitetty; kutsujärjestelmä, hoitosuunnitelma; jatkohoitosuunnitelma**Prosessin tavoite/tulokset** pysyvä hoitosuhde, hoitotasapaino paranee, motivoituminen omahoitoon, elämän laatu paranee**Prosessin omistaja** Diabetespalvelut**Prosessin asiakkaat ja sidosryhmät**

tyypin 1 diabeetikot PTA; diabeteshoitotarvikejakelu; laboratorio; alueellinen diabetes-kehittämistyöryhmä; Lahden kaupungin diabetes – kehittämistyöryhmä

Prosessin keskeiset resurssit

Diabetespalvelut PTA, LKS, PHKS diabetesammattilaiset;

Prosessin menestystekijät vastaanottoinnot, saatavuus, asiakkaan ohjautuminen oikein**Prosessin asiakkaiden tarpeet ja vaatimukset**

säännölliset vastaanottokäynnit; laboratorioseuranta; ohjaus; motivoituminen omahoitoon; omahoidossa jaksamisen tukeminen; lääkehoidon toteutus, ohjaus ja seuranta, pitkäaikaissairaana säännöllinen hoidon toteutus

Prosessin roolit (toimijatahot)

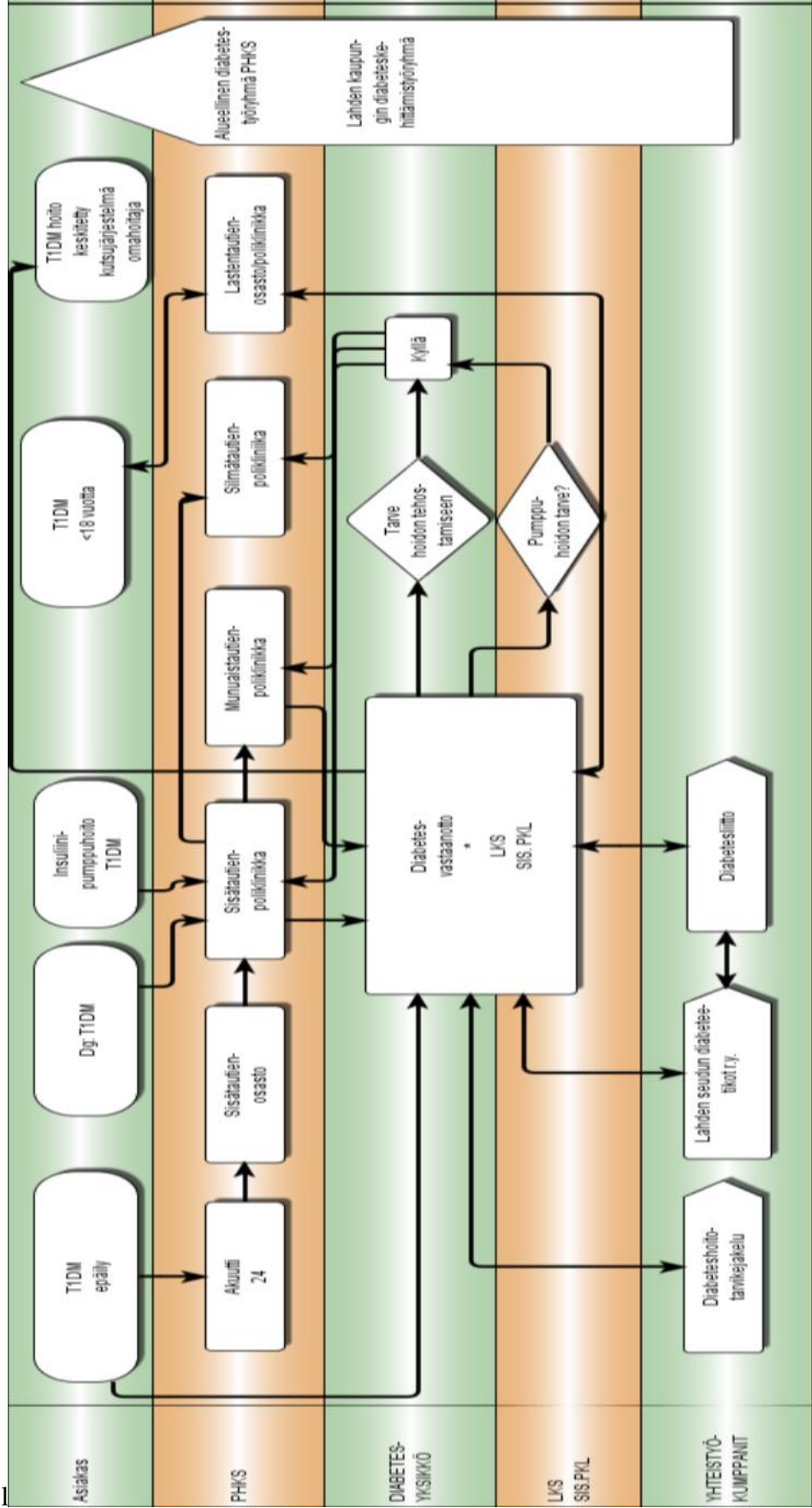
asiakas; Diabetespalvelut, PTA; PHKS; LKS erikoislääkäripkl; yhteistyötahot

Prosessin mittarit tilastot pegasos,**Prosessin esiintymistiheys** Dg T1DM**Prosessin rajapinnat** yhteistyö PHKS erikoissairaanhoidon kanssa**Prosessin ohjaus- ja kehittämismenettely**

Itsearviointi CAF mallin mukaisesti prosessiarviointina

Tietoturvan huomioiminen prosessissa

Pegasos



Diabetespalveluiden toimintamallin prosessikuvaus

Luokka Ydinprosessit

Ydintehtävä diabeteksen kokonaisvaltainen hoito ja lisäsairauksien ennaltaehkäisy, ryhmäohjaus, tuoreen diabeetikon hoito

Prosessin tarkoitus Prosessi kuvaa diabeetikon hoitopolun ja toiminnot Diabetespalveluissa

Prosessin lähtötilanne Diabeetikko kuuluu Diabetespalveluiden asiakkaaksi; kriteeri tyypin 1 diabetes, monipistohoitoinen tyypin 2 diabetes, GLP1 analogipistohoito, diabeettiset lisäsairaudet, tuore diabetes

Prosessin lopputilanne Diabeteksen hoito siirtyy pois Diabetespalveluista

Prosessin tavoite/tulokset Prosessin tavoite on toteuttaa diabeetikon hoito pääterveysasemalla moniammatillisesti Diabetespalveluissa; Tuloksena diabeetikon hyvä hoito ja elämän laatu

Prosessin omistaja Diabetespalvelut

Prosessin asiakkaat ja sidosryhmät

Asiakkaat: Insuliinihoitoiset lahtelaiset diabeetikot; monipistoshoitosiset tyypin 2 diabeetikot, sidosryhmät: hoitotarvikejakelu, apteekki, laboratorio, LKS erikoislääkäripkl

Prosessin keskeiset resurssit

Lääkärit, diabeteshoitajat, ravitsemussuunnittelija, jalkaterapeutti, silmänpohjakuvaaja ja sihteeri

Prosessin menestystekijät kutsujärjestelmä, omahoitajuus, terveyshyötymalli

Prosessin asiakkaiden tarpeet ja vaatimukset

säännölliset kontrollit lääkärin ja diabeteshoitajan vastaanotolla

Prosessin roolit (toimijatahot)

asiakas, diabeteshoitaja, diabeteslääkäri, sihteeri, jalkaterapeutti, ravitsemusterapeutti

Prosessin mittarit pegasostilastot vastaanottokäynnit,

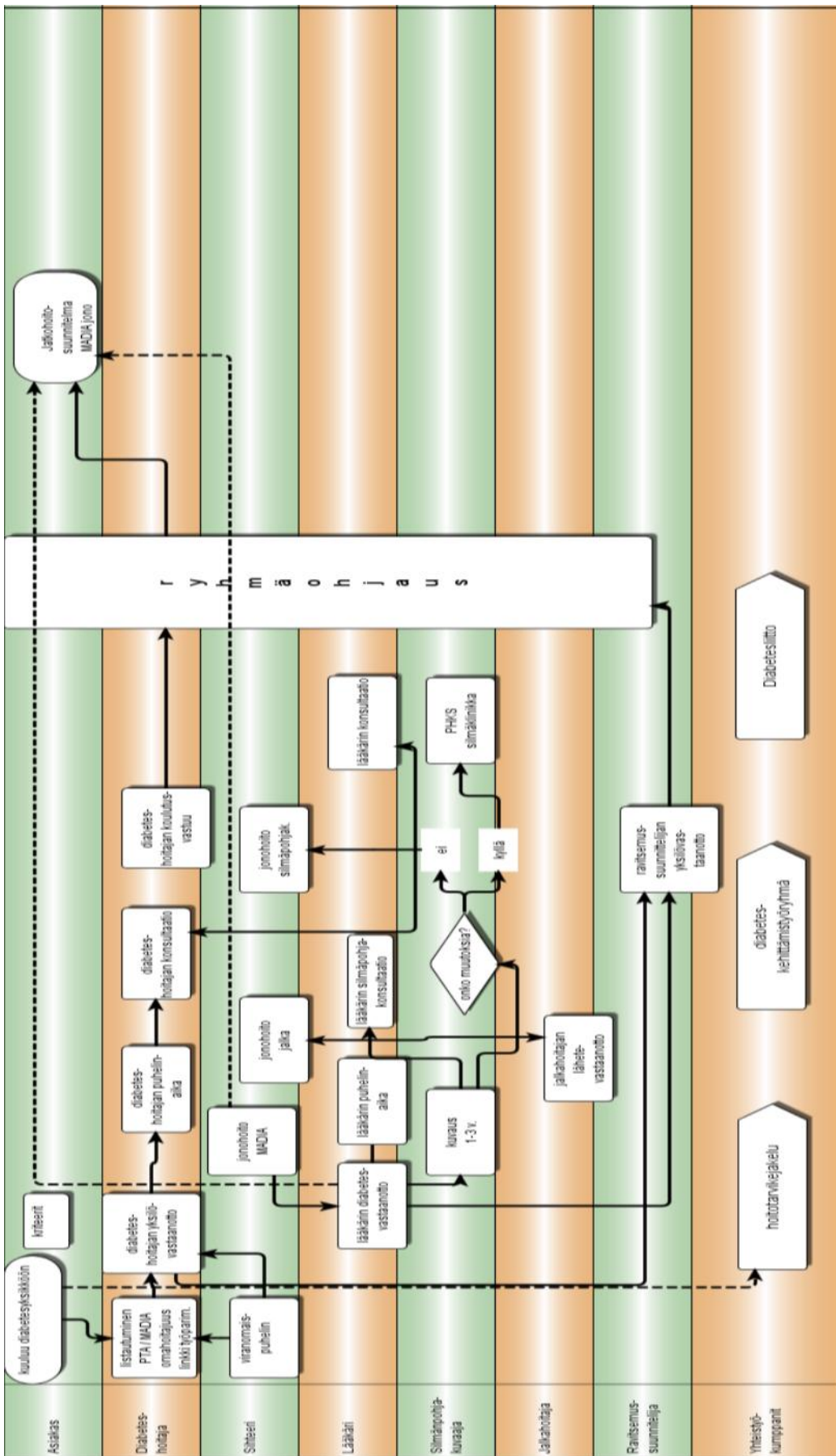
Prosessin esiintymistiheys MADIA listautuneet diabeetikot

Prosessin rajapinnat LKS erikoislääkäripkl; PTA vastaanottotoiminnot;

Prosessin ohjaus- ja kehittämismenettely CAF-itsearviointi; prosessien päivitykset

Tietoturvan huomioiminen prosessissa

Pegasos terveystietojärjestelmä



Lääkäri ja hoitaja yhteisvastaanotto

Luokka Ydinprosessit

Ydintehtävä lääkärin ja hoitajan yhteisvastaanoton mallinnus

Prosessin tarkoitus terveyshyötymallin mukaisen hoitosuunnitelman laatiminen asiakkaan yhteisvastaanotto

Prosessin lähtötilanne Madia asiakas tulee kutsuttuna DVO:lle, jota ennen käynyt suunnitelluissa laboratorionkokeissa ja täyttänyt omahoitotomakkeen; verensokerin omaseurantaa omaseurantavivkossa tai verensokerimittari mukana vo:lla

Prosessin lopputilanne Madia asiakas saa hoitosuunnitelman ja jatko-hoitosuunnitelman seuraavaan suunniteltuun kontrollikäyntiin saakka

Prosessin tavoite/tulokset terveyshyötymallin mukainen voimaantuminen diabeteksen omahoidossa, laadukas vastaanottotapahtuma

Prosessin omistaja Diabetespalvelut

Prosessin asiakkaat ja sidosryhmät

Madia asiakkaat, sidosryhmät: laboratorio, rtg, apteekki; PTA vastaanotto-toiminnot, diabeteshoitotarvikejakelu

Prosessin keskeiset resurssit

lääkäri, diabeteshoitaja, sihteeri, laboratorio

Prosessin menestystekijät kutsujärjestelmä; moniammatillinen tiimityös-kentely

Prosessin asiakkaiden tarpeet ja vaatimukset

pitkäaikaissairaahan hoidon säännöllinen toteutus, asiakkaan sitoutuminen omahoitoon,

Prosessin roolit (toimijatahot)

asiakas, diabeteshoitaja, lääkäri ja sihteeri

Prosessin mittarit laaditut hoitosuunnitelmat

Prosessin esiintymistiheys Yhteisvastaanotto 4kk-1vuoden välein sekä tarvittaessa

Prosessin rajapinnat PTA vastaanottotoiminnot; LKS erikoislääkäriplk; PHKS

Prosessin ohjaus- ja kehittämismenettely

Caf-itsearviointi; prosessin päivitys

Tietoturvan huomioiminen prosessissa

Pegasos

