

Johanna Puhakka

Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen Diabeteskeskuksen toimintaprosessin sujuvoittaminen

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Röntgenhoitaja YAMK

Sosiaali- ja terveysalan palvelujen johtaminen

Opinnäytetyö

5.11.2018

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Johanna Puhakka Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen Diabeteskeskuksen toimintaprosessin sujuvoittaminen 75 sivua + 3 liitettä 5.11.2018
Tutkinto	Sosiaali- ja terveystalvan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveystalvan palvelujen johtaminen
Suuntautumisvaihtoehto	Röntgenhoitaja (ylempi AMK)
Ohjaaja(t)	Lehtori Antti Niemi Kehittämisylihoitaja Heidi Häkkinen
<p>Tutkimuksellisessa kehittämistyössä on tarkoituksena ollut sujuvoittaa Essoten Diabeteskeskuksen toimintaprosessia. Essote on vuoden 2017 alusta Etelä-Savon alueella aloittanut sote-kuntayhtymä ja työn lähtökohtana on usean eri toimijan integraation seurauksena oleva työtapojen yhtenäistämisen tarve. Diabetespotilaiden perustason hoito on integroitu yhteen erikoissairaanhoidon kanssa diabeteskeskukseen ja Essoten kuntien alueella toimiville diabeteshoitajille. Tavoitteena kehittämistyössä on yhtenäiset potilaan kannalta mahdollisimman paljon arvoa tuottavat hoitokäytännöt. Diabetes on kansanterveydellisesti- ja taloudellisesti merkittävä sairaus. Näin ollen on erittäin tarpeellista kehittää kaikin mahdollisin tavoin diabeteksen hoitoa. Oikea-aikaisella ja oikealla hoidolla voidaan vaikuttaa pitkäaikaissairauksien aiheuttamiin haittoihin ja kustannuksiin.</p> <p>Kehittämistyön menetelmänä on Lean-prosessijohtaminen. Tämä kyseessä oleva opinnäytetyö on Lean-prosessijohtamisen PDSA-kehän yksi kierros, mutta tarkoitus pyrkiä istuttamaan työyhteisöön jatkuvan kehittämisen kulttuuri. Kehittämistyön tarkoituksena on myös hukan poistaminen potilaan hoitopolusta, ja tätä myötä potilas saa tarvitsemansa palvelun ilman turhaa odotusaikaa. Lean-prosessijohtamisen avulla pyritään terveydenhuollossa parantamaan hoidon laatua, parantamaan asiakastytyvääsyyttä ja pienentämään kustannuksia sekä ennen kaikkea lyhentämään hoitoprosessia.</p> <p>Kehittämistyötä tehdään Lean-filosofian mukaisessa työpajassa, johon oli kutsuttu Essoten diabeteshoitajia. Työpajalla oli merkitystä verkostoitumisenkin näkökulmasta ja saimme hyviä ajatuksia diabeteksen hoitotyön sujuvoittamiseen Essotessa. Tällaisia asioita ovat muun muassa diabeteksen hoitoa koordinoivan hoitajan valinta ja hoitopolun päivittämisellä ratkaisujen etsiminen epäselvään työnjakoon. Kehittämistyöpajassa yhteisesti sovittiin, että Terveystalvan verkkopalveluiden pariin pyritään jatkossa aktiivisemmin ohjaamaan erityisesti omatoimisia asiakkaita, sekä silmänpohjankuvaus lausuntojen käsittelykäytäntöä yhtenäistetään siten, että diabeteshoitajat käsittelevät yhtenäisesti silmänpohjakuvausten lausuntoja. Sähköinen ajanvaraus on jo osittain ollut diabetesvastaanotoilla käytössä, mutta sen laajentamisen tarpeellisuudesta kaikkiin alueen diabetestytöä tekeviin yksiköihin oltiin yksimielisiä. Tärkeimmiksi jalkautettaviksi kehittämisalueiksi nousivat koordinoivan hoitajan valinta, konsultaatiokäytäntöjen kehittäminen ja silmänpohjankuvauslausuntojen käsittelyn kehittäminen.</p>	
Avainsanat	Diabetes, Terveystalvahuolto, Integraatio, Lean

Author(s) Title Number of Pages Date	Johanna Puhakka Streamlining the procedures of diabetes center in The South Savo Social and Health Care Authority. 75 pages + 3 appendices 5 November 2018
Degree	Master of radiographer
Degree Programme	Master Degree in Social Services and Health Care
Specialisation option	Management in Social Services and Health Care
Instructor(s)	Antti Niemi, Principal Lecturer Heidi Häkkinen, Improving Head nurse
<p>The objective of this development project was to streamline the procedures of diabetes center in Essote. Essote is Social and Health Care District in south-Savo, which was founded in the beginning of the year 2017. Because of integration, working methods needs to be standardized. Basic healthcare of diabetic is integrated with specialized healthcare in diabetes center and diabetes nurses in the region. Purpose of development project is care policies which are standardized, and which yield most value for the patient. Diabetes is very notable public health disease and economically noteworthy. Therefore, it is very important to improve diabetes treatment in every way. With timely right and correct treatment, it is possible to influence drawbacks and expenses of long-term diseases.</p> <p>The method of this project is Lean process management. This thesis is just one round in PDSA-circle of Lean process management, and the purpose is to implant culture of continual developing into the working community. Another purpose is to remove the waste from the treatment process, consequently giving required treatment to the patient without unnecessary waiting time. In health care Lean is used to improve quality of treatment, customer satisfaction, cut down costs and especially reduce treatment process.</p> <p>Development project is done in workshop based on Lean philosophy. 16 diabetes nurses were invited to workshop and seven of them participated. In workshop participants made useful contacts and beneficial ideas were discovered. A large part of ideas can be executable, for example assigning diabetes nurse who coordinates treatment and seeking solutions for unclear division of work with updating treatments process. It was agreed at the workshop that especially self-driven customers will be guided towards Terveyskylä web services, and that statement handling of retinal imaging will be standardized. Electronic appointment is already partially in use in the diabetes offices, but at the workshop it was agreed unanimously that electronic appointment must be expand to all offices. The most important development to carry out became choosing the coordinating nurse, improving consultation procedures and advancing statement handling of retinal imaging.</p>	
Keywords	Diabetes, Healthcare, Integration, Lean

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Sosiaali- ja terveysalan integraatio lähtökohtana kehittämistyölle	2
2.1	Integraatio ilmiönä	2
2.2	Integraation edellytyksiä	3
2.3	Sote-integraation lähtökohtia	5
2.4	Sote-integraation tilannekatsaus	7
2.4.1	Sote uudistuksen valmistelun tilanne valtakunnallisesti	7
2.4.2	Sote-integraatiot ennen valtakunnallista uudistusta	8
2.4.3	Integraatio Essotessa	9
2.4.4	Essoten näkymät tulevaisuuteen	10
2.4.5	Kustannusten jakaminen palvelunkäytön ylittäessä rahoituskanavat	11
3	Diabetes kansanterveydellisenä ja -taloudellisenä kysymyksenä	12
3.1	Diabeteksen merkitys sairautena	12
3.2	Diabeteksen sairastavuus	13
3.3	Väestöllinen huoltosuhde Diabeteksenhoidon näkökulmasta	13
3.4	Diabeteksen hoitosuositukset	14
3.5	Diabeteksen hoidon kehittäminen valtakunnallisesti	17
3.6	Diabeetikon hoitopolku Essotessa	21
4	Lean-prosessijohtaminen	23
4.1	Lean filosofia	23
4.2	Leanin toteuttaminen	29
4.3	Leanin toteuttamisen menetelmiä juurisyyanalyysiin pääsemiseksi	31
5	Tutkimuksellisen kehittämistyön tausta, tarkoitus, tavoite	34
5.1	Kehittämistyön tausta	34
5.2	Kehittämistyön tarkoitus ja tavoite	36
6	Kehittämistyön vaiheet	37
6.1	Leanin työkalut ja menetelmät diabeteskeskuksen kehittämistyöpajoissa	37
6.2	Tiedon keruu kehittämistyön pohjaksi	38
6.3	Yhteenvedo Essoten diabeteshoitajien vastauksista	39
6.3.1	Näkemykset diabetespotilaan hoitopolusta Essotessa	39
6.3.2	Käytössä olevat kirjalliset ohjeet	40

6.3.3	Roolit Essoten diabetespotilaan hoidossa	41
6.3.4	Haasteet diabetespotilaan hoidossa Essotessa	42
6.3.5	Näkemyksiä diabetespotilaan hoidon tulevaisuudesta Essotessa	43
6.4	Diabeteskeskuksen kehittämistyön visualisointi	44
6.4.1	Ihmiset	44
6.4.2	Menetelmät	45
6.4.3	Tiedot	46
6.4.4	Mittarit	47
6.4.5	Tietojärjestelmät	48
6.4.6	Ympäristö	48
7	Kehittämistyöpaja diabeteskeskuksessa	49
7.1	Kehittämistyöpajan sisällön kuvaus	49
7.2	Pajatyöskentelyn ryhmien työn kuvaus	51
7.2.1	Menetelmät	52
7.2.2	Tietojärjestelmät	54
7.2.3	Tiedot	56
7.3	Yhteenveto kehittämistyön tuloksista	58
7.4	Suunnitelma kehitystyön tulosten viemisestä käytäntöön	60
8	Pohdinta	63
8.1	Tulosten pohdinta	63
8.2	Tutkimuksellisen kehittämistyön luotettavuuden ja eettisyyden arviointi	66
8.3	Jatkotutkimushaasteet	68
	Lähteet	70
	Liitteet	
	Liite 1. Essoten hyvinvointikampus, -keskukset ja -asemat	
	Liite 2. A3-työkalu	
	Liite 3. Sähköpostikysely diabeteshoitajille	

1 Johdanto

Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä, Essote, on vuoden 2017 alusta yhdistänyt Etelä-Savon alueella perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluita ja työ yhtenäisen palvelukokonaisuuden saavuttamiseksi on käynnissä. Aikaisemmin diabetespotilaat ovat olleet osin kuntien järjestämän perusterveydenhuollon ja osin sairaanhoitopiirin järjestämän erikoissairaanhoidon palvelujen asiakkaina riippuen potilaan hoidon tarpeesta. Nyt diabetespotilaiden perustason hoito (perusterveydenhoito) on integroitu yhteen erikoissairaanhoidon kanssa diabeteskeskukseen ja Essoten kuntien alueella toimiville diabeteshoitajille. Sekä näillä toimijoilla, että muilla diabetespotilaiden hoitopolkuun osallistuvilla Essoten ammattilaisilla tulisi olla yhtenäiset potilaan kannalta mahdollisimman paljon arvoa tuottavat hoitokäytännöt, joita tässä kehittämistyössä osalltataan edistetään Lean-prosessijohtamisen keinoin.

Essote on yhdistänyt seitsemän jäsenkunnan, Hirvensalmen, Juvan, Kangasniemen, Mikkelin, Mäntyharjun, Pertunmaan ja Puumalan, perusterveydenhuollon sekä sosiaali-palvelut. Essote järjestää myös kyseisten kuntien erikoissairaanhoidon palvelut ja näiden lisäksi erikoissairaanhoidon palvelut myös Pieksämäelle ja Joroisille. Essoten jäsenkuntien yhteenlaskettu asukasmäärä on 104 000. (Tietoa meistä, Essote 2017). Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut tuotetaan kuntien hyvinvointikampuksella, hyvinvointi-keskuksissa ja asemilla (Liite 1).

Essoten keskeisin ja toiminnoiltaan laajin toimipiste on Mikkelin hyvinvointikampus, joka sijaitsee aikaisemmalla Mikkelin keskussairaalan alueella. Mikkelin hyvinvointikampuksella sijaitsee paitsi erikoissairaanhoidon palveluita, niin myös suurin osa Mikkelin perusterveyden huollon palveluista. Diabeteskeskus on osa Mikkelin hyvinvointikampuksella sijaitsevaa vastaanottoaluetta, josta asiakkaat saavat niin perustason palveluita (entinen perusterveydenhuolto) kuin erikoissairaanhoidonkin vastaanottopalveluita. Diabeteskeskuksella tarkoitetaan tässä kehittämistyössä Essoten sisällä, Mikkelin hyvinvointikampuksella olevaa alueellista diabeteksen hoidon keskusta, joka vastaa tyypin yksi ja erityisosaamista vaativien tyypin kaksi diabetesta sairastavien hoidosta. Diabetesosaamisverkostolla taas tarkoitetaan alueellisesti diabeteksen erityisosaamista omaavien henkilöiden verkostoitumista ja osaamiskeskusten moniammatillisten tiimien hyödyntämistä Essoten alueella, jossa maantieteellisesti etäisyydet ovat suuret.

Tutkimuksellinen kehittämistyö tehdään yhteistyössä niiden työntekijöiden kanssa, jotka oleellisesti liittyvät diabetespotilaan hoitopolkuun Essotessa ja työskentelevät Mikkelin hyvinvointikampuksen diabeteskeskuksessa. Työssäni keskityn Mikkelin hyvinvointikampuksen diabeteskeskuksen toiminnan kehittämiseen, mutta peilaan kehittämistuloksia ja niiden käytettävyyttä myös Essoten alueen hyvinvointikeskusten ja -asemien diabetesosaamisverkoston näkökulmasta.

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä on tarkoituksena sujuvoittaa Essoten Diabeteskeskuksen toimintaprosessia. Opinnäytetyön avulla on tavoitteena pyrkiä istuttamaan työyhteisöön jatkuvan kehittämisen kulttuuri.

2 Sosiaali- ja terveysalan integraatio lähtökohtana kehittämistyölle

Integraatio on tässä kehittämistyössä hyvin keskeisessä osassa, sillä työn lähtökohtana on usean eri toimijan integraation seurauksena oleva työtapojen yhtenäistämisen tarve. Integraatio tarkoittaa yhdentymistä (YSA, Finto). Esper-hanke, joka tähtää sote-integraatioon, tuo Mikkelin keskussairaalan alueella vuosina 2015-2020 suuria toiminnallisia muutoksia. Keskeisin muutos opinnäytetyöni kannalta on Mikkelin pääterveysaseman palvelujen siirtymien sairaala-alueella. Keskeiset tavoitteet uudistuksessa on asiakkaiden ja potilaiden hyvä ja sujuva palvelu, henkilöstön toimintaympäristön viihtyisyys, kustannusten hallinta ja Mikkelin keskussairaalan aseman turvaaminen nykyisen kaltaisena päivystyssairaalana (Esper 2016).

2.1 Integraatio ilmiönä

Integraatio eli yhtenäisten kokonaisuuksien muodostaminen on hyvin monitahoinen ilmiö. Se tapahtuu monella eri tasolla ja monien ulottuvuuksien kautta. Se, että muutetaan rakenteita organisaatio tasolla, ei vielä takaa yhdentymistä ja yhteistyön toimimista myös käytännön toimijoiden tasolla. Integraation tasoja ja ulottuvuuksia on hyvin paljon. Aivan ensimmäisenä integraatiota tulee tapahtua normatiivisella tasolla, eli ohjeet ja normit tulee yhtenäistää sekä tätä tulee myös ylläpitää. Yhdistymisen pitää tapahtua myös järjestelmä tasolla organisaatiossa eli rakenteiden pitää olla yhtenäiset niin poliittisen päätöksenteon, lainsäädännön noudattamisen kuin yhteiskunta tason rakenteidenkin osalta. (Hujala - Lammintakanen 2018: 10-11.)

Yhteistyöolosuhteet tulee myös luoda sellaisiksi, että organisaatiossa yhteistyö on mahdollisimman helppoa niin yksiköiden kuin yksittäistenkin ammattilaisten välillä. Asiakkailla integraation tulee näkyä siten, että yhteistyö näkyy asiakasprosessienkin tasolla. Palvelun tulee olla asiakaslähtöistä ja palveluun liittyvän yhteistyön tulee olla sujuvaa potilaan sekä eri ammattilaisten välillä. Jotta tämä kaikki olisi mahdollista, vaaditaan tähän funktionaalista integraatiota. Organisaatiossa tulee olla niin yhdenmukaiset tietojärjestelmät, kuin muutkin keskeiset tukitoimet. (Hujala - Lammintakanen 2018: 10-11.) Siinä vaiheessa, kun integraatioita tehdään, ja joka tapauksessa esimerkiksi asiakasprosesseja tulee yhtenäistää, olisi hyvä pysähtyä pohtimaan digitalisaation tuomia mahdollisuuksia. Integraation monitasoisuus voidaan tuoda digitalisaation avulla edes hiukan lähemmäksi käytännön tason toimijoita, kun digitalisaation tuomiin mahdollisuuksiin kannustetaan tarttumaan kannustavilla keinoilla. Digitalisaatio mahdollistaa laajoja tapoja tehdä yhteistyötä ja nämä tulisi tässä ajassa pystyä jokaisen organisaation hyödyntämään.

2.2 Integraation edellytyksiä

Onnistunut ammattilaisten välinen yhteistyö organisaatiossa vaatii molemminpuolista luottamusta ja sitoutumista. Sote-integraatiossa haasteeksi nousee yhteistyön ongelmat erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen välillä. Eri tasoilta tulevat toimijat eivät tunne toistensa työtä ja usein esiintyy myös ennakkoluuloja sekä asenteellisuutta. Raja-aitojen rakentamisen sijasta tulisi kuitenkin pyrkiä löytämään uudenlaisia yhdys pintoja eri sektoreiden ja professioiden välille. Kun jokainen osapuoli kokee hyötyvänsä yhteistyöstä, kannustaa se yhteistyön tekemiseen. (Hujala - Lammintakanen 2018: 33-37.)

Jo pelkästään asiakaslähtöisyys voi tarkoittaa eri ammattilaisille erialisia asioita riippuen siitä mistä näkökulmasta hän asiaa katsoo. Haasteeksi muodostuukin, kuinka ammattiryhmille saadaan mahdollisimman yhtenäinen näkemys asiakkaasta. Yksi edellytys yhteistyölle on toisen kunnioittaminen eli sote-ammattilaisten keskuudessa kyse on toisen ammattilaisen toisenlaisen osaamisen arvostamisesta. Aina yhteistyön tekeminen ei ole helppoa, vaikka siihen olisi aidosti haluakin. (Hujala - Lammintakanen 2018: 33-37.)

Myös sote-organisaation suorituskyvyn mittarit olisi saatava tukemaan monialaista yhteistyötä. Olisi tärkeää seurata yhteistyön onnistumista niin asiakkaan kuin muidenkin ammattilaisten näkökulmasta ja saada näin osoitettua tällaisen toiminnan tärkeys ja työn

arvo. Usein seurataan vain esimerkiksi suorien asiakaskontaktien määrää, mikä rajaa yhteistyön tekemistä. (Hujala - Lammintakanen 2018: 33-37.)

Essotessa on hyvä esimerkki sosiaalityön tuomisesta lähemmäksi terveydenhuollon palveluita ESSO-hankkeen myötä vuosina 2014-2016. Tässä hankkeessa on saatu luotua pohjaa asiakaslähtoisemmälle palvelukulttuurille ja uudenaikaiselle tavalle tehdä työtä yhdessä sosiaalityön ja terveydenhuollon kesken. Hankkeessa on kehitetty Innopalkinnollakin vuonna 2016 palkittu monitoimijainen päivystysmalli, jossa tuloksena on ollut monialainen palveluintegraatio. (ESSO-hanke 2016). Tässä hankkeessa on saatu hyviä tuloksia eri professioiden välisestä yhteistyöstä ja nähty asiakkaiden kokema hyöty rajapintojen rakentamisesta. Tästä hankkeesta, jonka ovat toteuttaneet Essoten omat asiantuntijat, olisi hyvä ottaa mallia myös muiden professioiden raja-aitojen kaatamiseksi. Myös kokemukset siitä, miten työn tuominen fyysisestikin lähemmäksi, auttaa toisen työn tuntemisen lisääntymisen helpottavan yhteistyötä ja yhteisten tavoitteiden saavuttamista.

Ilman johdon hyväksyntää integroivaa muutosta ei tapahdu. Organisaatiossa pitäisi rajojen ylittämisen tulla luonnolliseksi osaksi, mutta tähän tarvitaan johdon tuki. Sote-organisaatioiden johdon tulisi siellä työskentelevän henkilöstön mielestä huolehtia, että rakenteet sekä toimintamallit ovat kunnossa. Rakenteiden on tuettava yhteistyötä ja myös johtajien yhteistyön tulee olla osa toimintamalleja. Lisäksi johdon pitäisi henkilöstön mukaan huolehtia siitä, että tietojärjestelmät ja yhteydenpitojärjestelmät ovat kunnossa, nykyaikaisia ja työtä tukevia. Asiakasmittareiden olemassaolo nähdään henkilöstön keskuudessa tärkeänä ja ne tuleekin uudistaa vastaamaan integroituneen organisaation tarpeita, jolloin asiakas nähdään kokonaisuutena. Henkilöstön mielestä myös organisaation suorituskyvyn mittarit tulee uudistaa saman kaltaisesti. Usein organisaation integroituneessa työntekijä tason henkilöt jätetään melko yksin hoitamaan yhteistyön toimeenpano käytännön tasolla. Tukea työntekijät saavat kyllä yleensä lähijohdolta, mutta tämän portaan esimiehillä resurssit ovat rajalliset. Useimmiten suurissa muutoksissa liikkeelle panna voima tulee kuitenkin organisaation ulkopuolelta ja näin ollen organisaation johtokin on ”ylhäältä päin” tulevan muutoksen toimeenpanijoita. (Hujala - Lammintakanen 2018: 38-41.)

Johtajien näkemyksen mukaan yhteistyö olisi paras luoda organisaation sisään. Yhtenä keinona tämän toteuttamiseksi nähdään erikoisosaajien jalkauttaminen perusrakenteisiin. Silti vielä nykyäänkin yhteistyö rakentuu johtaja tasollakin erilaisten sektoreiden ja

professioiden perusteella. Myös johtajat siiloutuvat oman siilonsa mukana ja tämä hankaloittaa erityisesti kehittämissyhteistyötä. Panostamalla jo koulutusvaiheessa moniammatillisuuteen ja kokonaisvaltaisuuteen voitaisiin tulevaisuudessa näitä viitekehys eroja vähentää. (Hujala - Lammintakanen 2018: 42-45.) Mutta toisaalta vielä nykyäänkin on tilanne, että hoitajataustainen henkilö vain harvoin voi johtaa lääkäreitä. Sairaaloiden ylemmän tason johtotehtävissä hoitajataustaiset henkilöt ovat aliedustettuina. (Väyrynen 2014). Jo tämä osoittaa, että emme ole yhteiskunnassamme päässeet irti professioiden tuomasta asemasta. Tiettyihin professioihin kuuluvat henkilöt, kuten lääkärit, usein tekevät herkemmin yhteistyötä samaan professioon kuuluvien henkilöiden kanssa. Näiden asioiden muuttaminen vaatii nähdäkseni koulutusvaiheessa tulevan panostuksen lisäksi myös yhteiskunnallista asennemuutosta.

Uudessa integraatiota hakevassa organisaatiossa johtajien tulisi olla täysin sitoutuneita kokonaisuuksien ymmärtämiseen ja kokonaisvaikuttavuuden hakemiseen. Mikäli näin ei ole, on suuri vaara osaoptimointiin, minkä estäminen on johdon tehtävä. Osaoptimoinnin estäminen on ennen kaikkea strateginen asia, ja tältä vältyttään, kun strategiaa seurataan yhteisesti sovitulla pelisäännöllä. Johtajillakaan ei saa olla valinnanvapautta, vaan yhteistyön yli ”siilorajojen” on kuuluttava työtehtäviin ja velvollisuuksiin. Joka tapauksessa kaikissa organisaatioissa tulee aina olemaan hallinnollisista ja taloudellisista resursseista johtuen rajoja, oli sitten organisaation perusrakenne minkälainen vain. Yhteisen näkemyksen ja jouston löytyminen voi kuitenkin olla haaste, sillä jokainen johtaja tavoittelee oman tonttinsa menestystä. Kustannukset ja kannattavuus ajavat johtajilla helposti etusijalle perusteluissa, mutta raha saadaan toisaalta toimimaan myös kannustimena. (Hujala - Lammintakanen 2018: 46-48.) Vaikka johtajilla ei valinnanvapautta olisikaan yli ”siilorajojen” menevän yhteistyön suhteen, niin isoissakin organisaatioissa voidaan havaita ihmisten olevan yhteistyössä helpommin sellaisten henkilöiden kanssa, joista pitävät henkilökohtaisella tasolla ja joiden kanssa yhteistyö sujuu luonnostaan. Tällainen toimintatapa saattaa olla hankala koko organisaatiolla, ja siihen tulisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota.

2.3 Sote-integraation lähtökohtia

Integraation lähtökohtana painotetaan usein kustannusvaikuttavuutta. Integroivan yhteistyön vaikutusten arviointi ei ole helppoa, sillä siihen ei ole yksiselitteisiä mittareita. Mittarin tulisi ottaa huomioon asiakaslähtöisyys ja se, että yhteistyö vaatii eri tavalla re-

sursseja kuin nykyisin seurattavat tilastomerkinnät suorista asiakaskontakteista. Tässäkään ei pitäisi pitää ohjenuorana sitä, että jokaisen ammattilaisen työ tulisi näkyväksi. Tärkeämpää seurannassa olisi päästä lähemmäksi lopullista tulosta eli kuinka suuria tuloksia saadaan asiakasvaikuttavuuden kannalta. Asiakkaan tarpeita tulisi lähtökohtaisesti tarkastella aina kokonaisuutena. Kun asiakkaan prosesseihin saadaan positiivisia tuloksia, ei sillä pitäisi olla suurta vaikutusta, kuinka ne on saatu. (Hujala - Lammintakanen 2018: 48-50; Valtioneuvosto.)

Yhtenä "seuranta mittarina" voitaisiin pitää myös henkilöstön työhyvinvointikyselyä, sillä samankin organisaation sisällä voi olla suuria eroja siinä, kuinka henkilöstö kokee omat vaikutusmahdollisuutensa. Aikaisemmin terveydenhuollon vaikuttavuusmittaristossa on ollut kolme mitattavaa tavoitetta; väestön terveys, palveluiden kustannukset ja asiakaskokemus. Henkilökunnan hyvinvointi voitaisiinkin ottaa tähän neljänneksi mittariksi. Järjestelmän niukkoja voimavaroja pystyttäisiin kohdentamaan juuri sillä hetkellä niitä tarvitseville asiakkuusstrategioiden avulla. Tämä ottaisi huomioon myös asiakasnäkökulman, mikä on tärkeä osa vaikuttavuuden arviointia. (Hujala - Lammintakanen 2018: 48-50.) Käytettävät mittarit tulisi valita aina sen mukaan, mitä on tarpeen mitata. Tarve tulisi siis yksiselitteisesti olla käytettävän mittarin valintaperusteena. Mittari tulee myös olla sillä lailla valittuna, että se kohtelee kaikkia mitattavia kohteita yhteismitallisesti. Tämä vaatii ehdottomasti myös sen, että henkilöstö tuntee organisaatiossa käytössä olevat toiminnan mittarit riittävässä laajuudessa omaan asemaansa nähden.

Sote-integraatiossa kantavana ajatuksena on, että muutoksen vieminen käytännön tasolle on kiinni pitkälti ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta. Viime kädessä kyse on siitä, mitä kukin toimija itse ja yhdessä muiden kanssa on valmis tekemään omassa työssään ja roolissaan, jotta yhteistyö organisaatiossa onnistuisi. Täydellisesti toimiva yhteistyö lienee idealismia, mutta siihen kannattaa toki pyrkiä. Onnitueksaan asiakaslähtöisellä integraatiolla pystyttäisiin hillitsemään myös kustannusten hallintaa, kun palvelut järjestettäisiin kustannustehokkaasti ja vaikuttavasti. (Hujala - Lammintakanen 2018: 57-59; Valtioneuvosto.) Yksilön motivaatioon työnsä tekemiseen vaikuttaa myös työn imu. Työn imua kokevat työntekijät ovat kokevat työnsä mielekkääksi, ovat innostuneita työstään ja haluavat kehittyä siinä. Työn imua voidaan vahvistaa kehittämällä organisaation toimintatapoja, ja se ei useinkaan vaadi suuria mullistuksia vaan jo pienillä asioilla saadaan henkilöstö löytämään mielekkäitä ja tärkeitä asioita työstään. (Manka ym. 2010). Organisaatiomuutoksessa tulisi siis kiinnittää huomiota myös työhyvinvointiin ja pyrkiä löytä-

mään niitä tekijöitä, jotka saavat aikaan työn imua. Hyvin voivat työntekijät ovat avainasemassa yhteistyön onnistumisessa organisaatiossa ja tällöin vuorovaikutussuhteetkin todennäköisesti toimimaan paremmin

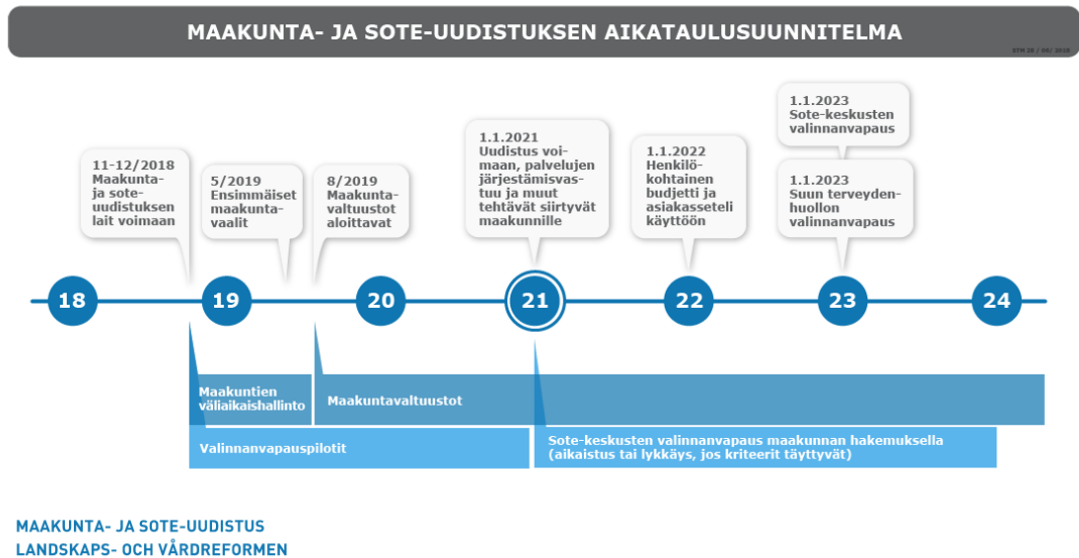
2.4 Sote-integraation tilannekatsaus

2.4.1 Sote uudistuksen valmistelun tilanne valtakunnallisesti

Sote-uudistukselle on asetettu hyvin vaativia tavoitteita. Ensisijaisesti olisi tavoitteena kaventaa ihmisten hyvinvointi ja terveys eroja, parantaa yhdenvertaisuutta ja saavuttaa sekä hillitä kustannuksia. Tavoitteena tällä hetkellä on, että vastuu julkisten sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden järjestämisestä siirtyisi maakuntauudistuksen myötä syntyville 18 maakunnalle 1.1.2021. Sote-uudistuksen myötä on tarkoituksena lisätä kansalaisten valinnanvapautta siten, että henkilö voi valita julkisen tai yksityisen palveluntuottajan. Myös sähköisten palveluiden lisääminen on tavoitelistalla. (Valtioneuvosto).

Sote-uudistuksen myötä tavoitteena on, että sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut yhdistettäisiin kaikilla tasoilla asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi. Asiakkaan tulisi saada oikea-aikaista, vaikuttavaa ja tehokasta palvelua samalla kun turvataan lähipalveluiden saatavuus. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaista rahoitusta yksinkertaistetaan. Uudistuksella on tarkoitus kiria umpeen iso osa julkisen talouden kestävyysvajesta. Hallitus on asettanut 10 miljardin euron säästötavoitteen, josta noin kolme miljardia euroa on tarkoitus saada sote-uudistuksesta. (Valtioneuvosto).

Ennen, kun sote-palveluita päästään toteuttamaan uudistuksessa kaavailulla tavalla, on vielä eduskunnan hyväksyttävä uudistukseen liittyvä lainsäädäntö ja tämä lainsäädäntö on saatettava voimaan sekä käytävä maakuntavaalit. Lainsäädännön valmistelu on vielä kesken, mutta tämän hetkisten linjausten mukaiset aikataulut on esitelty kuvassa 1. Edelleenkin lakipaketin läpimeno eduskunnassa ei ole varmaa, sillä lakeja kohtaan on esitetty myös paljon kritiikkiä.



Kuva 1, Maakunta- ja sote-uudistuksen aikataulusuunnitelma (Valtioneuvosto)

2.4.2 Sote-integraatiot ennen valtakunnallista uudistusta

Essoten lisäksi sote-integraatioita on tehty lähivuosina muitakin. Näistä esimerkkeinä usein mainitaan muun muassa Kainuun sote, Eksote ja Siun-sote.

Ensimmäisenä maakuntana Kainuu yhdisti perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon palvelut vuonna 2005 ollen sote-integraation edelläkävijä. Kainuun sotessa on rakennettu asiakaslähtöinen toimintamalli ja se tuottaa kaikki sote-palvelut seitsemälle kunnalle ja lisäksi osittain yhdelle. Kainuun sote on maakuntansa suurin työnantaja ja sen palveluksessa on yhteensä 3700 työntekijää. Kuntayhtymä tuottaa alueen kunnille myös henkilöstö- ja talouspalveluja sekä hoitaa jäsenkuntiensa tietohallinnon. (Kainuun sote).

Eksote toimii Etelä-Karjalan alueella tuottaen sosiaali- ja terveyspalvelut noin 130 000 asukkaalle. Toimipisteitä Eksotella on noin sata ja myös se on maakuntansa suurin työnantaja, työntekijöitä on noin 5000. Eksote tuottaa laajasti peruspalveluita eri sektoreilla ja erikoissairaanhoidosta vastaa Etelä-Karjalan keskussairaala. Eksote on aloittanut vuonna 2010 ja se on kyennyt leikkaamaan merkittävästi kustannuksia. Keinoina on ollut voimakas laitoshoidon purkaminen ja kotiin vietävien palveluiden kehittäminen. (Eksote).

Siun sote on koonnut kaikkien Pohjois-Karjalan kuntien ja Heinäveden sosiaali- ja terveyspalvelut vuoden 2017 alusta yhteen kuntayhtymään. Samaan kuntayhtymään kuuluvat myös Pohjois-Karjalan pelastuslaitos ja ympäristöterveydenhoito. Siun soten valmistelun lähtökohtana on ollut palvelut ja niiden yhdenvertainen turvaaminen. Kuntayhtymän asukaspohja on noin 170 000. (Siun sote).

Muita sote-kuntayhtymiä on perustettu viime vuosina myös esimerkiksi Keski-Pohjanmaalle Soite ja Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä. Iso osa kunnista kuitenkin tuottaa terveydenhuollon palvelunsa edelleen joko siten, että perusterveydenhuolto tuotetaan itse ja erikoissairaanhoidon kuntayhtymässä tai sitten kaikki palvelut tuotetaan terveydenhuollon kuntayhtymässä. Tämän kaltaisessa mallissa useimmiten sosiaalityö on terveydenhuollosta erillinen ja kunnat tai kaupungit tuottavat sosiaalipalvelut itse.

2.4.3 Integraatio Essotessa

Essote on aloittaessaan integroinut perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalvelujen organisaatiot. Mikkelin kaupungin perusterveydenhuollon vastaanottojen siirtyminen samoihin tiloihin erikoissairaanhoidon vastaanottojen kanssa edistää integraatiota ja tuo palvelut yhdeksi kokonaisuudeksi. Mikkelin hyvinvointikeskuksen/keskussairaalan kokonaisuutta kehitetään hyvinvointi- ja palvelukeskittymänä, josta on tarkoitus tarjota yhteisiä palveluja koko kuntayhtymän alueelle (Essoten talousarvioesitys 2017: 22-52). Palvelut on tarkoitus yhdistää siten, että asiakas saa tarpeidensa mukaiset palvelut samasta paikasta mahdollisimman pian (Essote uudistuu rakentaa ja sopeuttaa taloutta 2018). Diabeteskeskuksen kehittäminen tähtää siihen, että Mikkelin hyvinvointikampukselle syntyy aito diabeteksen osaamiskeskus, josta palveluita ja konsultaatio-apua voidaan tarjota koko alueelle. Lisäksi kun kehitystyön tarkoituksena on myös hukan poistaminen potilaan hoitopolusta, niin tätä myötä potilas saa tarvitsemansa palvelun ilman turhaa odotusaikaa. Hukka on palveluprosessissa sujuvaa ja tuloksellista toimintaa häiritsevää toimintaa, joka yleensä on seurausta huonosta suunnittelusta, ja tätä pyritään poistamaan työvaiheiden standardoinnilla (Mäkijärvi 2013).

2.4.4 Essoten näkymät tulevaisuuteen

Maakunta ja sote -uudistuksen toteutuessa Essoten toiminnot olisivat osa uutta Etelä-Savon maakuntaa. Uuden Etelä-Savon kunnat ja kaupungit olisivat Enonkoski, Hirvensalmi, Juva, Kangasniemi, Mikkeli, Mäntyharju, Pertunmaa, Pieksämäki, Puumala, Rantasalmi, Savonlinna ja Sulkava. Nykyisen Etelä-Savon maakunnan kunnista Heinävesi siirtyisi Pohjois-Karjalan maakuntaan ja Joroinen Pohjois-Savoon. Maakuntauudistus koskisi Etelä-Savossa noin 141 000 maakunnan asukasta ja noin 7 000 työntekijää. (Etelä-Savon maakunta). Näistä työntekijöistä tällä hetkellä on Essoten palveluksessa noin puolet.

Ennen maakunta ja sote-uudistusta Etelä-Savon alueella on tehty valmistelua sekä selvitystyötä Mikkelin ja Savonlinnan keskussairaaloiden kirurgian ja päivystyspalvelujen yhteistyöhön ja työnjakoon liittyen. Tämän hetkessä valmistelutyössä tulee alueella ennakoida sitä, että Mikkelin ja Savonlinnan keskussairaalat tulisivat toimintayksiköinä kuumamaan Etelä-Savon maakunnan sosiaali- ja terveystyöpalvelujen liikelaitokseen vuoden 2021 alusta maakunta ja sote-uudistuksen voimaantulon mukaisesti. Valtioneuvoston asetukset erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä sekä kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisaloilta edellytyksistä asettavat suuntaviivoja Etelä-Savon maakunnassa tehtävälle yhteistyölle ja työnjaolle. Keskittämisaletuksella on merkittävä vaikutus maakunnan kahden keskussairaalan kirurgiseen toimintaan ja päivystysasetuksen osalta kriteerit täyttyvät Mikkelin keskussairaalaassa, mutta ei nykyisellään täysin Savonlinnan keskussairaalaassa. (Essote, Hallitus).

Essote on myös aktiivisesti mukana erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuoltoa kehittävisissä hankkeissa. Tällaisia hankkeita ovat muun muassa Esper-hanke, jonka tavoitteena on asiakkaiden ja potilaiden hyvä ja sujuva palvelu, viihtyisä työympäristö henkilöstölle, sote-kustannusten hallinta ja Mikkelin keskussairaalan aseman turvaaminen maakunnan 24/7-päivystyssairaalaana. Merkittäviä hankkeita ovat myös DigiSote-hanke, jonka tarkoituksena on digitaalisen osaamisen kehittäminen sote-alalla sekä OSSI-hanke, jonka tarkoituksena on kehittää omais- ja perhehoitoon nykyistä yhdenvertaisemmat, paremmin koordinoitujen ja kustannusten kasvua hillitsevät palvelut Etelä-Savon maakunnassa. Muita hankkeita, joissa Essote on mukana ovat muun muassa Lape-, Mitu-, Sosku-, ja Vesote-hankkeet. (Essote, Tietoa meistä). Essotessa toki odotetaan tuloksia myös muualla käynnissä olevista hankkeista, joissa se ei ole itse mukana. Yksi iso hanke, jonka

tuloksia erityisesti valtakunnallisesti odotetaan, on ODA-hanke, jonka myötä sote-alan odotetaan loikkaavan digiaikaan.

2.4.5 Kustannusten jakaminen palvelunkäytön ylittäessä rahoituskanavat

Sitra, Kela ja Oulun kaupunki ovat tehneet yhdessä NHG:n (Nordic Healthcare Group), terveys- ja sosiaalipalvelujen kehittämiseen erikoistuneen yrityksen, kanssa selvityksen Oulun kaupungin, Kelan ja työterveyshuollon rahoituskanavat ylittävistä palvelunkäytöstä. Palvelunkäyttöä analysoitiin selvityksessä yhdistämällä Oulun kaupungin asukkaiden suoritteet ja kustannukset kaupungin omista, Kelan ja työterveyden henkilö tason tiedoista vuodelta 2013. Kunta oli suurin palveluiden rahoittaja. Selvityksen mukaan 10 % asukkaista tarvitsevat eniten palveluja ja he kuluttavat 74 % Oulun kaupungin, Kelan ja työterveyshuollon yhteiskustannuksista. Osa kustannuksista kohdistuvat eri väestöosille, mutta merkittävimpiä kustannuksia kuluttavia asiakasryhmiä ovat vanhuspalveluiden-, lastensuojelun-, vammaispalveluiden sekä päihde- ja mielenterveyspalveluiden asiakkaat, sekä psykiatrisen- ja somaattisen erikoissairaanhoidon potilaat, sekä Kelan lääkekorvauksia saavat asiakkaat. Tämän 10%:n väestöosan kohdalla monikanavainen rahoitus korostuu. Eniten palveluja tarvitsevat käyttävät keskimäärin 4,9 palvelua tai etuutta, ja muut Oulun kaupungin asukkaat keskimäärin vain 1,9: ää. Jos tarkastellaan vain yhtä rahoituskanavaa ja siilomaista palvelujärjestelmää on vaarana, ettei kaikkia tekijöitä pystytä ottamaan huomioon päätöksenteossa. (NHG 2013).

Tämän 10% väestöstä, jotka kerryttävät valtaosan yhteiskunnan sote-kustannuksista ja käyttää laajasti koko palvelujärjestelmää, palvelujen parempi koordinaatio ja palvelutarpeen ehkäisy on hyvin kriittistä. Palveluiden koordinointi ja ennaltaehkäisy on hyvin hankalaa tiedon hajanaisuuden ja läpinäkyvyyden puutteen vuoksi. Tämä sama haaste on myös monikanavaisessa rahoitusjärjestelmässä. Jotta palveluiden parempi koordinointi olisi mahdollista, tulisi kaiken palvelunkäytön tiedon olla saatavilla. Myös päätöksenteon hajanaisuus on iso ongelma, koska eri päätöksentekijät eivät välttämättä tiedä toisistaan. Eniten rahoituskanavien yhdistäminen palvelisi parhaiten tätä 10%:a, ja kriittisiä olisivat Kelan lääkekorvaukset, kuntoutuksen, matkojen ja vammaistukien yhdistäminen samaan rahoituskanavaan muiden palvelujen rahoituksen kanssa. (NHG 2013).

3 Diabetes kansanterveydellisenä ja -taloudellisena kysymyksenä

3.1 Diabeteksen merkitys sairautena

Diabetes kansanterveydellisesti merkittävänä sairautena on keskeinen käsite tässä kehittämistehtävässä. Itseasiassa diabetes ei ole vain yksi sairaus, vaan se on yhteisnimi joukolle sairauksia. Näillä kaikilla sairauksilla yhteisenä tekijänä on potilaan energia-aineenvaihdunnan häiriö, joka näkyy liian korkeana verensokerina. Diabeteksella on monia erilaisia ilmenemismuotoja ja myös hoitoja on monenlaisia ulottuen ruokavaliosta insuliinipistoksiin ja saarekesolusiirtoihin sekä jopa elinsiirtoihin. Diabeteksen päämuodot ovat 1. ja 2. tyypin diabetekset ja muut ilmenemismuodot ovat harvinaisia. (Diabetesliitto)

Hyperglykemia eli liian korkea veren sokeri saattaa johtua joko insuliinin puutteesta tai insuliinin heikentyneestä vaikutuksesta tai sitten näistä molemmista. Diabeteksen hoidon kehittäminen on erittäin tärkeää, sillä nykypäivänä diabeteksen hoidon suorien kustannusten osuus on 15 % Suomen terveydenhuollon kokonaismenoista ja kustannukset ovat edelleen nousussa. Kuitenkin kaksi kolmasosaa kustannuksista koituu vältettävissä olevien komplikaatioiden hoidosta. (Diabetes 2016.)

Diabeetikon hypoglykemian hoidon suunnittelussa tulee ottaa huomioon diabeteksen tyyppi, sairauden vaihe, hoidon komplikaatioiden riski, muut sairaudet ja potilaan odotettavissa oleva elinikä. Tärkeimpiä tavoitteita hyperglykemian hoidossa on estää ketoasidoosi ja kuolema insuliininpuutosdiabeetikoilla sekä estää mikrovaskulaarikomplikaatioita kuten retinopatiaa, nefropatiaa ja neuropatiaa. Lisäksi tärkeänä tavoitteena on parantaa hyperglykemiasta johtuvat oireet sekä tukea potilaan fyysistä ja psyykkistä jaksamista. Keskeistä diabeteksen kokonaishoidossa ja varsinkin tyypin kaksi diabeteksen ehkäisyssä on elämäntapahoito- ja ohjaus. Hoito ja omahoidon ohjaus sekä tuki on aina suunniteltava yksilöllisesti. Diabeteksen hoito on haasteellista, joka omalta osaltaan vaikuttaa potilaan elämän laatuun. On tärkeää tukea potilasta hänen eri elämänvaiheissan ja hänellä käytössä olevia omahoidon voimavaroja, sillä näillä asioilla on hoidon toteutuksen kannalta suuri merkitys. (Diabetes 2016.)

3.2 Diabeteksen sairastavuus

Vuonna 2016 Suomessa on ollut 326 354 diabeetikkoa, jolla on oikeus Kelan erityiskorvattaviin lääkkeisiin. Näistä miehiä on n. 178 000 ja naisia n. 148 000. Vuonna 2006, eli kymmenen vuotta aikaisemmin, määrä on ollut yhteensä 177 366 ja miesten ja naisten suhde on ollut hyvin saman kaltainen. Etelä-Savon maakunnassa diabeetikoita on saman tilaston mukaan ollut vuonna 2016 7 605, joista 4 092 miehiä ja 3 513 naisia. Kymmen vuotta aikaisemmin Etelä-Savossa on tämän tilaston mukaan ollut 4 515 diabeetikkoa. (Kela, Kelasto-raportit). Kelan tiedot kertovat diabeetikoiden kokonaismäärästä ja perustuvat lääkkeiden erityiskorvausoikeuden myöntämiseen. Luvuista ei kuitenkaan näe esimerkiksi tyypin 1 ja tyypin 2 diabeetikoiden määrää. Diabeteslääkkeen erityiskorvattavuuden, koodin 103, voi saada diabeetikko, jonka sairauden on lääkäri todennut ja jonka diabetes ei ole tilapäistä. (Diabetesliitto, Tilastotietoa diabeteksestä). Käypä hoitosuositusten (Duodecim 2016) mukaan diabetesta sairastavien suomalaisten kokonaismäärä onkin jo yli 500 000.

Diabeetikoiden määrä on tilastojen mukaan siis reilussa kasvussa. Käypä hoito -suositukset (Duodecim 2016) ennustavat sairastuneiden määrän edelleen kasvavan siten, että seuraavan kymmenen - viidentoista vuoden aikana diabetesta sairastavien määrä voisi jopa kaksinkertaistua. Näin ollen on erittäin tarpeellista kehittää kaikin mahdollisin tavoin diabeteksen hoitoa. Euroopan terveystalouden arvelaan jopa 18 prosenttia yhteisistä vero varoista kuluvaan diabeteksen hoitoon (THL, Diabeteksen kustannukset) ja Käypähoitosuosituksissa arvelleen Suomessa kuluvaan noin 15 prosenttia terveydenhuoltomenoista diabeteksen hoitoon. Taloudellisesti diagnosoitujen diabeetikoiden hoitaminen siten, että lisäsairauksien ilmaantuminen saadaan estettyä tai siirrettyä mahdollisimman pitkälle olisi järkevää. Jarvala ym. (2010) ovat tutkimuksessaan Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998-2007 todenneet, että hyvällä hoidolla hoidon kokonaiskustannuksia saataisiin merkittävästi pienennettyä.

3.3 Väestöllinen huoltosuhte Diabeteksenhoidon näkökulmasta

Väestöllisen huoltosuhteen avulla kuvataan eri ikäryhmien välistä suhdetta ja taloudellisen huoltosuhteen avulla kuvataan työssäkäyvien sekä työvoiman ulkopuolisen väestön välistä suhdetta. Tällä hetkellä työikäisen väestön määrä vähenee voimakkaasti ja tästä johtuen työssäkäyvien huoltotaakka kasvaa. Valtakunnallisesti pienimmät huoltosuhteen arvot ovat suurimmilla kaupungeilla, kuten Helsingillä ja Tampereella, ja suurimmat luvut

ovat pieneten asukaslukujen kunnissa, joissa on vanhenevaa väestöä. (Kuntaliitto, 2017.) Etelä-Savon osalta väestön huoltosuhde on hyvin huolestuttava, alueella on jokaista kymmentä työikäistä kohti seitsemän huollettavaa. Etelä-Savon huoltosuhteessa näkyy ennen kaikkea ikääntyneen väestön suuri osuus, joka on Suomen suurin. Alueella huoltosuhde on myös merkittävästi heikentynyt edellisen kymmenen vuoden aikana. Viime vuoden lopulla Etelä-Savon huoltosuhde oli 72,8, kun koko maan luku on 60,1. (Kontti, 2018.)

Diabeetikoita on siis väestössämme runsaasti, ja heidän hoitonsa on tärkeää hoitaa siten, että he pystyvät olemaan työelämässä mahdollisimman pitkään. Valtakunnallisesti-kaan yhteiskunnalla ei ole varaa siihen, että diabeetikoiden hoitoa ei kehitettäisi. Mutta erityisesti Etelä-Savossa on ehdottomasti pystyttävä kehittämään diabeetikoiden hoitoa, jotta tältä osin huolehdittaisiin, ettei huoltosuhde huonone entisestään.

3.4 Diabeteksen hoitosuositukset

Käypä hoito -suositusten (Duodecim 2016) mukaan diabeteksen hoidossa on tärkeää huomioida taudin vaikeusaste ja pyrkiä valitsemaan sellaiset hoito keinot, joilla voidaan tehokkaasti estää komplikaatioita. Hoidossa ei enää diabeteksen yleistyessä tulisi kiinnittää niin huomiota diabeteksen luonteeseen, sillä pitkään kestäessään erot ykkös- ja kakkostyypin diabeteksen välillä hämärtyvät. Diabeteksen hoidossa tärkeintä on hallita hyperglykemioita ja tämän hoidon tavoitteita on; estää ketoasidoosi ja kuolema insuliinipuutosdiabeetikoilla, mikrovaskulaarikomplikaatioiden (kuten retinopatia, nefropatia ja neuropatia) ehkäisy, parantaa potilaan oireet, jotka johtuvat hyperglykemiasta sekä potilaan fyysisen ja psyykkisen jaksamisen tukeminen. (Käypä hoito -suositus)

Diabeteksen hoidon intensiivisyys on ratkaistava jokaisen potilaan kohdalla erikseen. Tässä tulee ottaa huomioon muun muassa diabeteksen tyyppi, sairauden vaihe ja muut sairaudet. Suurimpia kuolemaan johtavia komplikaatioita diabeetikoilla ovat makrovaskulaariset, joten näiden ehkäisemiseksi on huolehdittava kokonaisvaltaisesti riskitekijöiden hoidosta terveellisten elämäntapojen ja lääkehoidon avulla. Suurimpia riskitekijöitä diabeetikoilla on dyslipidemia, kohonnut verenpaine, tupakointi, ja hyperglykemia. Näiden hoitamisen kannalta diabeteksen hoidossa on erittäin keskeisessä osassa elämäntapahoito ja- ohjaus, varsinkin diabeteksen ehkäisyvaiheessa. (Käypä hoito -suositus.)

Diabeteksen hoidossa tulee myös huomioida, että potilaan elämänlaatuun vaikuttaa sairauden lisäksi sen hoito. Näin ollen potilaan omahoito, omahoidon ohjaus ja annettava tuki on keskeisessä osassa ja tämä tuleekin suunnitella aina yksilöllisesti. Potilaan omahoidon voimavaroilla on suuri merkitys hoidon onnistumisen ja komplikaatioiden välttämisen kannalta. Tällaisia omahoidon voimavaroja ovat esimerkiksi potilaan tiedot ja taidot oman sairautensa hoidosta sekä psyykkiset, sosiaaliset ja taloudelliset voimavarat. (Käypä hoito -suositus.)

Ykköstyypin diabeetikoita on Suomessa noin 50 000. Tämän tyypin sairaus johtuu siitä, että haiman saarekesolut ovat tuhoutuneet ja tästä syystä elintoiminnoille välttämätöntä insuliinia ei erity. Tällaisilla potilailla elinikäinen insuliinihoito on elämän edellytys ja insuliinia annostellaan pistoksina tai pumpulla sovittaen yhteen ruoasta saatujen hiilihydraattien kanssa. Päämääränä hoidossa on potilaan hyvä elämä, joka mahdollistuu, kun verensokeri pysyy sopivana. Tällöin liitännäissairauksien ja hypoglykemioiden vaara on mahdollisimman alhainen. (Diabetesliitto 2017.)

Kakkostyypin diabeteksen tärkein riskitekijä on ylipaino, mutta myös monilla psykososiaalisilla ja sosioekonomisilla tekijöillä on havaittu olevan yhteyksiä diabeteksen syntyyn. Tällaisia psykososiaalisia tekijöitä ovat muun muassa stressi, univaikeudet ja masennus. Todennäköisesti diabeteksen suurentuvan sairastettavuuden takana on myös joku tällä hetkellä tuntematon ympäristötekijä. Tavoitteena olisi löytää systemaattisella ja tarkalla diagnostiikalla uudet diabeetikot jo hyvin varhaisessa vaiheessa. Tällä hetkellä arvellaan diabeteksen olevan, sillä lailla alidiagnosoimaton, että jopa puolet potilaista on vailla diagnoosia. Diabeteksen diagnostiikka perustuu veren plasman glukoosipitoisuuteen. Riippuen siitä, onko potilas oireinen vai oireeton, voi diagnoosi perustua joko paasto arvoon tai satunnaiseen plasman paasto arvoon. Klassiset diabeteksen oireet ovat jano, suuret virtsamäärät ja selittämätön laihtuminen. Plasman glukoosipitoisuudesta voidaan havaita myös diabeteksen esiasteet. Diabeteksen löydyttyä, tulee verestä tutkia riippuen potilasryhmästä myös esimerkiksi GAD-vasta-ainepitoisuuksia, C-peptidipitoisuuksia ja kaikilta tulisi määrittää hoidon ohjausta ja seuranta varten glukoosirasituskoe eli HbA1C-arvo. Diabetesriskin arvioimiseksi ja riskiryhmien löytämiseksi suositellaan Diabetesliiton internetsivuilta löytyvää riskitestiä. Onnistuneella elintapamuutoksella on mahdollista jopa puolittaa riski sairastua kakkostyypin diabetekseen. (Diabetesliitto 2017.)

Nykytiedon mukaan ykköstyypin diabetes ei ole ehkäistävissä. Minkään diabeteslääkkeen käyttöaiheena ei saisi olla diabeteksen ehkäisy, eikä sitä suositella edes kakkostyypin diabeteksen ehkäisyyn (Käypä hoito -suositus). Tyypin kaksi diabetesta voidaan useiden tutkimusten mukaan ehkäistä tai viivyttää kiinnittämällä huomiota elämäntapoihin. Keinoina ehkäisyyn ovat liikunta, terveellinen ruoka, painonhallinta ja tupakoimattomuus. (Diabetesliitto 2017.)

Potilaalla tulee Käypä hoito -suositusten (Duodecim) hoidon yleisten tavoitteiden mukaan olla aina hoidolleen selkeät numeeriset tavoitteet. Potilaan hoitoa tulee seurata hoidon ollessa hyvässä tasapainossa 6-12 kuukauden välein vähintään HbA1C-kokein. Ja mikäli hoidolle yksilöllisesti asetettuja tavoitteita ei ole saavutettu, tai diabeetikolla on omahoidon suhteen haasteita, suositellaan kontrolleja 2-4 kuukauden välein tai vieläkin useammin. Kerran vuodessa diabeetikon olisi päästävä kattavampaan tarkastukseen, jossa arvioidaan myös hänen yksilöllinen tuentarpeensa. Parhaimmillaan diabeetikon ohjaaminen on moniammatillista yhteistyötä, ja sen tavoitteena on varmistaa potilaalle riittävät tiedot ja taidot omahoidon toteuttamiseen, sekä estää diabeteksen akuutteja komplikaatioita sekä lisäsairauksia. Potilaan olisi saatava myös riittävä psykososiaalinen tuki, sillä diabeteksen mieltäminen osaksi omaa arkea on jatkuva prosessi ja sairauden omahoito voi olla psyykkisesti kuormittavaa. Myös korkeat glukoosipitoisuudet itsessään voivat vaikuttaa mielialaan ja jaksamiseen. Silmänpohjakuvaukset pitäisi tehdä diabeetikoille 1-3 vuoden välein ja kaikkien diabetekseen sairastuneiden pitäisi saada asiantuntevaa ravitsemusohjausta aina tarvittaessa.

Tärkein väline diabeetikon plasman glukoosipitoisuuksien vaihtelun arvioimiseksi ovat omamittaukset. Näiden tarve vaihtelee muun muassa valitun hoitomuodon, yksilöllisen glukoositasapainon, potilaan päivärytmin ja potilaan oman valmiuden mukaisesti. Omamittausten numeeriset tavoitteet, ajankohta ja tarve tulee määritellä yksilöllisesti yhdessä potilaan kanssa. Hypoglykemian hoidon tavoitteena on ehkäistä komplikaatioita ja parantaa potilaan vointia. Hoidon valinnan perusteena ei voida pitää diabeteksen jakoa alaryhmiin, sillä jako on hyvin epätarkka ja toisaalta taudin luonne voi muuttua sen edetessä. Potilaan hoito räätälöidään yksilöllisesti elämäntilanteeseen sopivaksi ja lääkehoidon suunnittelussa tulee ottaa huomioon suositukset annoksista ja käyttöaiheista. Myös lääkehoidosta aiheutuvat yleiset haittavaikutukset olisi otettava huomioon lääkkeitä valitessa. Yleensä tyypin kaksi diabeetikoiden ensimmäisenä lääkkeenä on metaforiini, mutta myös muita vaihtoehtoja löytyy Käypähoitosuosituksista. Ykköstyypin diabetek-

sessä insuliinihoito on aina aiheellinen, mutta se voi olla tarpeen myös kakkostyypin diabeteksen hoidossa (Käypähoitosuositus). Kakkostyypinkin diabeteksessakin lääkkeetön hoito on kaiken perusta eli terveellinen ruoka, säännöllinen liikunta ja painonhallinta ja tupakoimattomuus. Lääkehoito on tarpeen, mikäli lääkkeettömät keinot eivät tuota tulosta. Lääkehoidon aloittaminen ei kuitenkaan tarkoita epäonnistumista, vaan elämäntapamuutokset ovat edelleen hyödyllisiä. (Diabetesliitto 2017.)

Diabeteskomplikaatioita, joita oikeanlaisella hoidolla pyritään välttämään, on akuutisti esimerkiksi hypoglykemia, johon diabeetikolla on yleensä syynä liian suuri insuliinin vaikutus. Toinen komplikaatio on ketoasidoosi, joka viittaa useimmiten insuliinintuotannon puuttumiseen kokonaan ja tällöin tarvitaan pysyvää insuliinihoitoa. Kakkostyypin diabeetikoilla vakavin kroonisesta hyperglykemiasta johtuva komplikaatio on hyperosmolaarinen hyperglykeeminen oireyhtymä, joka johtuu hyperglykemian aiheuttamasta dehydraatiosta. Muita diabetekseen liittyviä komplikaatioita lisääviä tekijöitä on esimerkiksi dyslipidemia, joka on ateroskleroosi suurin riskitekijä, sekä kohonnut verenpaine, sepelvaltimotauti, aivoverenkiertohäiriö ja perifeerinen valtimotauti. Myös nefropatia kuuluu diabeteksen komplikaatioihin, ja sen riskiä lisäävät edellä mainitut tekijät, sekä tämä voi johtaa krooniseen munuaistautiin ja edetä jopa keinomunuaishoitoon. Hyvä glukoositasapainon parantaminen ehkäisee nefropatian etenemistä. Myös retinopatian kehittymiseen voidaan vaikuttaa hyvällä riskitekijöiden ja hyperglykemioiden hoidolla. Veren suuri glukoosipitoisuus on myös neuropatian tärkein riskitekijä. Diabeetikoilla on myös suurentunut riski monille suusairauksille ja hampaiden menettämiselle, erityisesti sairauden ollessa huonossa hoito tasapainossa (Käypähoitosuositus).

3.5 Diabeteksen hoidon kehittäminen valtakunnallisesti

Diabeteksen, sekä myös muiden pitkäaikaissairauksien, hoidon kehittämiseen on viime vuosina kiinnitetty paljon huomiota. Käytännössä on huomattu, että nykyiset menetelmät organisoida pitkäaikaissairaiden potilaiden hoitoa eivät ole riittävät ja toisaalta yleisesti tiedetään, ettei sähköisiä palveluita vielä hyödynnetä täysipainoisesti. Tulevaisuuden kannalta erityisen kiinnostava on Oda-hanke, jonka seurauksena suomalainen sosiaali- ja terveydenhuolto kokee suuren uudistuksen.

Oda-hanke kehittää omahoitoa ja digitalisia palveluita on luvannut mullistaa nykyisen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän toimintamallit. Nykyisessä mallissa toimintaa

ohjaavat ammattilaiset, mutta tulevaisuudessa potilailla tai asiakkailla on entistä suurempi rooli oman hoitonsa järjestämisessä. Tänä päivänä potilaiden on hankala päästä hoitoon, he joutuvat jonottamaan hoitoa liian kauan ja hoitosuunnitelmat sekä oma seuranta on toteutettu puutteellisesti. Oda-hankkeen myötä olisi tarkoitus, että tyhjäkäynti ja päällekkäisyydet poistuisivat ja jokainen potilas saisi hoitoa oikeaan aikaan. Nykyisiä toimintamalleja on välttämätöntä muuttaa, sillä sote-palvelujen kysyntä kasvaa jatkuvasti ja meillä on ongelmia julkisten palveluiden tuottavuudessa, saatavuudessa ja myös laadussa (Suomalainen, 2016.).

Merkittävässä osassa Oda-hanketta on sähköisten palvelujen kehittäminen ja digitalisaation hyödyntäminen. Hankkeen yhteydessä rakennetaan itse- ja omahoitoa tukeva sähköinen sekä kansallinen palvelukokonaisuus, johon kuuluvat muun muassa hyvinvointi tarkastukset, älykkäät oirearviot ja hyvinvointi suunnitelmat pitkäaikaista hoitoa tai palvelua tarvitseville. Potilaat saavat entistä suuremmat mahdollisuudet hoitaa asiansa sähköisesti. (Suomalainen, 2016.)

Ydin hankkeessa ei kuitenkaan ole digitaalisten palveluiden kehittämisessä, vaan toimintamallin muutos. Tavoitteena on saada potilas itse prosessin ytimeen, jolloin hän ottaisi enemmän vastuuta tilanteensa arvioinnista, ylläpitämisestä, seurannasta ja kehittämisestä. Oda-hankkeen myötä asioita alettaisiin tehdä asiakkaan tarpeiden ehdoilla. Nykyään hoidon piirissä on paljon sellaisiakin potilaita, joiden hoito on hyvässä hoito tasapainossa ja he voisivat itse hoitaa verkossa asiansa hoitosuunnitelman turvin, eivätkä he tulisi turhaan vastaanotolle. Tällöin henkilökunnalle jäisi enemmän aikaa hoitaa niitä potilaita, jotka oikeasti tarvitsevat hoitoa. Uusi toimintamalli tulee kuitenkin edellyttämään isoa asennemuutosta niin ammattilaisille, kuin asiakkaillekin. Ammattilaisten työ helpottuu, kun paljon rutiineja jää pois ja hänellä on vastaanotolle tulevasta potilaasta entistä paremmat tiedot. Asiakkaalta vaaditaan siis sitä, että hän ottaa omasta hyvinvoinnistaan entistä enemmän vastuuta. (Suomalainen, 2016.)

Oda-hankeella on tarkoitus päästä myös merkittäviin kustannussäästöihin. Kustannus-hyödyt digitaalisten palveluiden kehittämisen myötä ovat arviolta 100 miljoonaa euroa vuodessa. Hanke on hallituksen kärkihanke ja sen tavoitteena on kansallinen yhtenäinen palvelukokonaisuus. (Suomalainen, 2016.)

Diabetesliitto on vuonna 2014 asettanut asiantuntijaryhmän selvittämään tyypin yksi diabetesta sairastavien hoidon tilannetta Suomessa ja sitä, minkä laisia kehittämiskohteita,

-tarpeita ja -toimia hoidon suhteen tulisi tehdä. Asiantuntijaryhmän mukaan ykköstyypin diabeteksen hoidon ongelmana on, että potilaiden hoidon tulokset jäävät vielä nykypäivänäkin riittämättömiksi, vaikka toisaalta vakavat diabeteksestä johtuvat lisäsairaudet ovatkin vähentyneet. Potilaiden hoidon toteutumiseen vaikuttaa muun muassa terveyspalveluiden saatavuus ja alueelliset terveys erot, jonka myötä syntyvä riittämätön omahoidon tuki altistavat tyypin yksi diabeetikon vakaville lisäsairauksille. Kansallisesti meillä on ongelmana riittävän osaavan henkilöstön saatavuus hoitamaan diabeetikkoja. Kokeineista diabetesammattilaisista iso osa on jäänyt jo eläkkeelle, ja uusia ei ole saatu tilalle. Osasyynä tähän on, ettei asiantuntijaryhmän mukaan nykyinen lääkäreiden ja hoitajien peruskoulutus anna riittävää osaamista ykköstyypin diabeetikoiden hoitoon ja hoidonohjaukseen. (Diabetesliitto 2014.)

Meillä ei Suomessa ole myöskään systemaattista diabeteksen hoidon ja hoidonohjauksen laadun seurantarjestelmää. Tästä syystä meillä ei ole hoitoyksikkökohtaista, alueellista tai valtakunnallista tarpeellista tietoa hoidon tuloksista ja parhaista käytännöistä. Koska sairauden hoidon ennusteeseen ei vaikuta ainoastaan lääketieteellinen hoidon tulos, vaan myös psykososiaalisilla ja sosioekonomisilla tekijöillä on iso merkitys, olisi jokaiselle potilaalle pystyttävä takaamaan tasalaatuinen mahdollisuus jatkuvaan ja asiantuntevaan hoitoon sosiaaliryhmästä, yhteiskunnallisesta asemasta ja asuinpaikasta riippumatta. (Diabetesliitto 2014.)

Diabetesliiton asiantuntijaryhmä teki kyselyn tyypin yksi diabetesta sairastaville henkilöille. Kyselyyn vastanneet näkivät useimmiten hoidon ongelmina hoitovälineiden saatavuuden ja ajankohtaisuuden, hoidon järjestämisen, diabeetikoita hoitavan henkilökunnan osaamisen, diabeetikon oman osaamisen varmistamisen, vertaistuen ja psyykkisen tuen puutteet sekä lasten ja nuorten hoidon. Hoitohenkilöstöltä kyselyyn vastanneet peräsivät yksilöllisyyttä hoitoon. Myös terveydenhuoltohenkilöstön suuri vaihtuvuus ja sen vaikutukset ohjaukseen nähtiin ongelmana. Asiantuntijaryhmän omat näkemykset kehittämistarpeista olivat hyvin yhtenevät ykköstyypin diabetesta sairastavien kanssa. He esittävät raportissaan konkreettiseksi kehittämistarpeiksi muun muassa hoidon laadun arvioinnin mahdollistavan seurantarjestelmän rakentamista, riittävien resurssien järjestämistä, hoidon keskittämistä osaaville tiimeille ja psykososiaalisen tuen järjestämisen potilaille. Asiantuntijaryhmän mukaan tärkein tuki tyypin yksi diabetesta sairastavalle potilaalle on diabeteshoitaja, joka mahdollistaa omahoidon osaamisen kehittymisen. (Diabetesliitto 2014.)

Raportissaan asiantuntijaryhmä ehdottaa toimenpiteinä hoidon parantamiseksi, että tyyppin yksi diabeetikoiden hoito ja erityishoitoa vaativat kakkostyyppin diabeetikoiden hoito keskitetään diabetesosaamiskeskuksiin, diabeteskeskuksiin ja verkostoihin. Diabeteskeskus on sote-alueen sisällä oleva alueellinen diabeteksen hoidon keskus, joka vastaa tyyppin yksi ja erityisosaamista vaativien tyyppin kaksi diabetesta sairastavien hoidosta. Verkostolla taas tarkoitetaan alueellisesti diabeteksen erityisosaamista omaavien henkilöiden verkostoitumista ja osaamiskeskusten moniammatillisten tiimien hyödyntämistä, silloin kun maantieteellisesti etäisyydet ovat suuret. Asiantuntijoiden mukaan on tärkeää, että diabeteshoitajien- ja lääkäreiden on voitava työskennellä säännöllisesti diabeetikoiden hoidon ja ohjauksen parissa. Hoidon keskittämällä voidaan edistää osaamisen jakamista ja konsultaatiokäytäntöjen joustavia mahdollisuuksia. Potilaskin hyötyy resursien tehokkaammasta käytöstä, kun modernin hoidon parempi saatavuus tuo diabeetikoille terveyshyötyjä. (Diabetesliitto 2014.)

Kelpo Polku-hanke on vuonna 2015 kehittänyt hoitopolkumallia Parkinsonin tautia sairastaville. Tavoitteena hankkeessa on ollut ”Oikea hoito, oikeaan aikaan, oikeilla resursseilla”. Hankkeen selvityksen mukaan pääsyy ennenaikaiseen kuolleisuuteen ja sairastavuuteen Euroopassa ovat pitkäaikaissairaudet. Lisäksi terveydenhuollon suorista kustannuksista valtaosa, eli 75%, aiheutuu kroonisten sairauksien hoidosta. Väestön ikääntymisen myötä pitkäaikaissairauksien määrän ennustetaan edelleenkin kasvavan. Pitkäaikaissairauksien aiheuttamien ennenaikaisten kuolemien ja haittojen ehkäisemiseksi on hankkeen mukaan aloitettava viipymättä Sosiaali- ja terveysministeriössä (STM) ja Työ- ja elinkeinoministeriössä (TEM) strategian valmistelu, jotta kustannukset pysyvät aisoissa ja sairastuneiden työ- ja toimintakykyä pystytään tulevaisuudessakin ylläpitämään. Oikea-aikaisella ja oikealla hoidolla voidaan vaikuttaa pitkäaikaissairauksien aiheuttamiin haittoihin ja kustannuksiin. Tällä hetkellä terveydenhuollon järjestelmät on kuitenkin rakennettu akuuttien sairaustapahtumien poistoon ja niillä on rajoitettu kyky vastata kroonisten sairauksien toistuvaan ja jatkuvaan hoidon sekä hoivan tarpeeseen. Hankkeen näkemyksenä on, että Sote-uudistuksessa olisi luotava selkeät ja yhtenäiset palvelukokonaisuudet ja niiden yhteyteen suurimpien ja merkittävimpien sairausryhmien omat hoitopolut. (Kelpo Polku 2015.)

Hoitoprosessien kehittämisen tavoitteena, kuten Kelpo Polku-hankkeessa, on oltava pitkäaikaissairauksia sairastavien työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen oikealla hoidolla oikea-aikaisesti ja oikeilla resursseilla. Tämän kehittämistyön tueksi tarvitaan tutkimustie-

toa pitkäaikaissairauksien aiheuttamista haitoista ja kustannuksista, sujuvista hoitoprosesseista ja kehittämistarpeista. Kelpo Polku-malli on kuvaus Parkinsonin tautiin sairastuneen hyvästä ja toimivasta hoitopolusta ja se pohjautuu Lean-ajatteluun. Malli yhdistää potilaan tarpeet sujuvaan, kustannustehokkaaseen hoitoprosessiin. Kelpo Polku tunnistaa keskeisimmät asiakassegmentit ja määrittelee asiakkaan tarpeet, eli Leanin käsitteistöllä arvon, ja suuntaa resurssit oikein. Samalla Kelpo Polku vähentää minimiin turhia työvaiheita, päällekkäistä toimintaa ja kustannuksia, eli Leanin mukaan hukkaa. Hankkeen mukaan Kelpo Polku mallinnus olisi käyttökelpoinen muidenkin pitkäaikaissairauksien hoitopolkujen kehittämistyössä ja hallinnoimisessa. (Kelpo Polku 2015.) Suomen Parkinson-liiton toiminnanjohtaja Hanna Mattilan mukaan Kelpo Polku ja siihen liittyvä yhteistyöhanke ovat hyviä esimerkkejä siitä, kuinka terveydenhuollon palveluita kehitetään yhdessä potilaan ja omaisten parhaaksi sekä kuinka yhteistyöllä päästään eroon silloista ja hoitoa kehitetään vaikuttavana kokonaisuutena (Sillanpää ym. 2015).

3.6 Diabeetikon hoitopolku Essotessa

Diabeetikon hoitopolun kehittämisen lähtökohtana Essotessa on ollut potilaan saama sujuva hoito. Kehittämistyön lähtökohtana on ollut, että potilas saisi ilman jonotusta ja siitä aiheutuvaa epätietoisuutta hoitoa oikeaan aikaan ja vaikuttavasti. Lähtökohtana on ollut myös, että tiedon tulee kulkea eri toimijoiden välillä sekä keskiössä tulee olla potilaan tarpeet ja arjessa pärjääminen. Palveluohjauksella Essotessa pyritään siihen, että potilas löytäisi helposti tarvitsemansa palvelut. Palveluohjauksen on tarkoitus tukea potilaan omatoimisuutta, itseohjautuvuutta ja tarjota luotettavaa tietoa. Oleellista palveluohjauksessa on kuitenkin ohjata potilas vaikuttavien palvelujen piiriin oikeaan aikaan ja oikeaan paikkaan. (Esper 2016.)

Diabeetikko voi ohjautua palveluiden piiriin hyvin monista eri paikoista. Yksi mahdollisuus on, että potilas täyttää itse riskienarviointilomakkeen omahoitopolut.fi-internetpalvelussa, josta hän ohjautuu sähköisesti Hyvikseen. Hyvis on Essoten omistama sähköinen portaali, johon on rakennettu ohjauksellista sisältöä. Täällä asiakas täyttää vielä taustatietolomakkeen. Näiden perusteella hoitoalan ammattilainen tekee potilaasta hoidontarpeen arvioinnin ja tarvittaessa varaa ajan lääkärille. Potilas voi tulla Diabeteskeskuksen potilaaksi myös muista Essoten yksiköistä hoidontarpeen arvioinnin perusteella tai esimerkiksi sähköisen yhteydenottolomakkeen kautta, mikäli potilas on jo jollain lailla hoidon piirissä. (Esper 2016.)

Diagnoosin diabeteksestä tekee lääkäri tyypillisten oireiden ja tutkimusten perusteella. Ensikäynnillä lääkärin vastaanotolla tehdään Käypä hoito -suosituksia mukaillen laaja tarkastus erilaisine tutkimuksineen ja arvioidaan lääkityksen tarve. Ensikäynnillä suunnitellaan myös hänen jatkohoitonsa ja seuranta käyntien tiheys riippuen esimerkiksi aloitettavasta lääkehoidosta. (Diabeteksen talon tapa Juvan tk, 2015.)

Pian lääkärin ensikäynnin jälkeen potilas ohjautuu hoitajan vastaanoton ensikäynnille. Ensikäynnin ajankohta on 1-3 kuukauden kuluttua lääkärin vastaanotosta, jos hoitona on pistettävä diabeteslääke tai alle 6 kuukautta, jos hoitona on tablettimuotoinen lääke. Ensikäyntien ajankohtien välillä on jonkin verran vaihtelua Essoten eri toimipisteiden välillä. Ensikäynnillä koulutettu diabetekseen perehtynyt sairaanhoitaja ohjaa potilasta. Ohjauksen perustana on Käypähoitosuosituksen mukaiset hoitokäytännöt. Ohjauksen lähtökohtana on saada potilas ymmärtämään omahoidon merkitys ja vastuu, sekä veren-sokerin mittaamisen merkitys seuraamisen yhtenä välineenä. (Tarkennusta terveyskeskuksen diabeteshoitajan työn sisältöön, 2015 - Diabeteksen talon tapa/Hoitajan vastaanotto, 2015.)

Ensikäynnin jälkeen potilaaseen pidetään tarvittaessa yhteyttä puhelimitse ja seurataan tiiviisti hoitotasapainon löytymistä sekä kutsutaan tarvittaessa potilas useammin hoitajan vastaanotolle esimerkiksi kuukauden päästä ensikäynnistä. Kun hoito tasapaino on löytynyt, sovitaan potilaan kanssa jatko käynneistä, joiden tiheydessä on myöskin vaihtelua toimipisteiden välillä. Jatko käynnit voivat olla tarpeen mukaan noin kolmen - kuuden kuukauden välein riippuen potilaan tarpeesta ja hoitomuodosta. Tarvittaessa potilas ohjataan myös vertaistukiryhmiin, ravitsemusterapeutille, fysioterapeutille tai mielenterveyshoitajalle. Potilailla on joka tapauksessa aina mahdollisuus ottaa yhteyttä diabeteshoitajaan puhelimitse, mikäli hänellä on ohjauksen tarvetta. (Tarkennusta terveyskeskuksen diabeteshoitajan työn sisältöön, 2015 - Diabeteksen talon tapa/Hoitajan vastaanotto, 2015.)

Perusterveydenhuollon asiakkaille Essotella on jo olemassa mahdollisuus sähköiseen ajanvaraukseen ennalta tehdyn hoitosuunnitelman mukaisesti useissa eri sairausluokissa, mutta erikoissairaanhoidon puolen asiakkailla ei tätä mahdollisuutta vielä ole otettu käyttöön. Myös siinä, mitkä asiakasryhmät ohjautuvat erikoissairaanhoidon piiriin ja mitkä pysyvät perusterveydenhuollon vastaanottojen vastuulla on toimipaikkakohtaisia eroja Essoten sisällä. Osa toimipaikoista ohjaa kaikki pistoshoitoiset potilaan Mikkelin hyvinvointikampuksen erikoissairaanhoidon Diabeteshoitajalle, ja osassa toimipisteitä

näitä potilaita hoidetaan laajemmin itse ja Mikkeliin ohjataan vain hankalassa hoito tasapainossa olevat potilaat. Toisaalta osa hyvässä hoito tasapainossa olevista potilaista, jotka pärjäävät vain tavanomaisella tablettimuotoisella diabeteslääkkeellä, ohjautuvat vastaanotoilla muidenkin kuin diabetekseen erityisesti perehtyneiden sairaanhoitajien seurantaan. Osa potilaista hyödyntää jo nyt myös Terveyskylä-verkkopalvelua omahoidon tukena.

4 Lean-prosessijohtaminen

4.1 Lean filosofia

Lean-prosessijohtaminen on johtamisfilosofia. Lean keskittyy hukan, eli asiakkaan näkökulmasta lisäarvoa tuottamattoman toiminnan poistamiseen. Lean-prosessijohtamisen avulla pyritään terveydenhuollossa parantamaan hoidon laatua, parantamaan asiakas-tyytyväisyyttä ja pienentämään kustannuksia sekä ennen kaikkea lyhentämään hoitoprosessia. (YSA, Finto 1986). Leanin juuret ovat teollisuudessa ja se on yksi monista tuotantotaloudellisista koulukunnista. Kun Leania käytetään terveydenhuollossa, niin sen tavoitteena on linjatuotanto ja siihen pääsemiseksi hoitopolkujen tuotteistaminen määrättyjen sairaus- ja potilastyypin kohdalla. (Lillrank 2010.)

Oleellinen asia Leanissa on virtaustehokkuus. Ja aika on virtaustehokkuuden tärkein asia, eli kuinka pitkä aika kuluu tarpeen tunnistamisesta sen tyydyttämiseen. Toisin kuin perinteisessä tehokkuuden muodossa, resurssitehokkuudessa, virtaustehokkuudessa päähuomio kiinnittyy jalostettavaan yksikköön. Resurssitehokkuudessa olemme tottuneet mittaamaan, kuinka paljon jotakin tiettyä resurssia hyödynnetään tietyssä ajanjaksossa. Olemme tottuneet myös ajattelemaan, että mikäli emme käytä jotakin resurssia maksimaalisesti, niin voimme käyttää ainakin osan siihen uhratuista rahoista muuhun. Ja mikäli resursseja ei käytetä maksimaalisesti, syntyy tappio, joka on vaihtoehtokustannus. Virtaustehokkuus taas mittaa sitä, kuinka paljon virtausyksikkö jalostuu tietyssä ajassa. Palvelualoilla virtausyksikkö on yleensä asiakas. Virtaustehokkuustarkastelussa arvo määräytyy sen ajan mukaan, jona virtausyksikkö saa arvoa. Virtaustehokkuus osoittaa organisaatio tasolla, kuinka hyvin se kykenee jalostamaan virtausyksiköitään. Ovatko virtausyksiköt siis ”tyhjän panttina, vai saavatko ne arvoa. Joka tapauksessa hyvä kannattavuuden ja asiakastytyväisyyden saavuttamiseksi tarvitaan molempia tehokkuuden

muotoja, niin resurssi- kuin virtaustehokkuuttakin, eikä näiden suhde ole suoraviivainen. (Modig - Åhllström 2015: 5-16.; Lillrank 2010) Terveysthuollon termein virtaustehokkuus tarkoittaa, että potilas saa heti ensimmäisellä kerralla oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan, oikealle potilaalle (Mäkijärvi 2013: 12).

Terveysthuollossa arvonsiirtoa potilaalle merkitsevät kaikki hoitojärjestelmään kuuluvat toiminnot, jotka tuottavat arvoa potilaalle. Esimerkiksi potilas ottaa vastaan hoitohenkilökunnan siirtämää arvoa. Virtaustehokkuus on hyvä silloin, kun aika jona virtausyksikkö saa arvoa on pitkä tiettyyn ajanjaksoon verrattuna. Ajanjakson rajat eli jaksoajan voi kuitenkin määrittellä itse, mutta sen huolellinen määrittely on tärkeää sen vaikuttaessa läpimenoajan mittaamiseen. Hyvän virtaustehokkuuden takaamiseksi on tärkeää ”pitää virtaus koko ajan käynnissä” eli varmistaa, että koko ajan on joku resurssi jalostaa virtausyksikköä. Arvoa tuottavaa toimintaa on se, kun virtausyksikkö jalostuu jollain tavalla. Arvo määräytyy aina virtausyksikön eli asiakkaan näkökulmasta ja tässä tärkeässä osassa ovat läpimenoajan lisäksi myös laatu ja potilasturvallisuus. Arvoa tuottavan toiminnan ja sen, mitä virtaustehokkuus on, sanelee aina asiakkaan tarpeet. Organisaation työ tehdään prosesseissa, joten prosessit ovat organisaation perusosia. Virtaustehokkuus syntyy näissä prosesseissa. (Modig - Åhllström 2015: 19-29.; Lillrank 2010.)

Jotta päästään potilaan kannalta hyvään virtaustehokkuuteen on prosessit saatava virtaamaan. Prosessien virtaukseen vaikuttavia asioita ovat muun muassa se, kuinka paljon prosessissa on niin sanotusti keskeneräisiä virtausyksiköitä ja mikä näiden virtausyksiköiden keskimääräinen läpimenoaika on. Tähän liittyen resurssitehokkuuden paradoksi onkin, että luomme virtausyksikköpuskurin taataksemme resurssien tehokkaan käytön, mutta tämä aiheuttaa läpimenoajan kasvun. Eli terveysthuollossa potilas joutuu käytännössä odottamaan kauemmin saadakseen tarvitsemansa hoidon. (Modig - Åhllström 2015: 34-46.)

Toinen asia, josta tulisi pyrkiä pääsemään eroon virtaustehokkuuden parantamiseksi on pullonkaulat. Nämä ovat prosessin sellaisia vaiheita, joita ennen syntyy aina jono ja seuraavalla vaiheella on vähemmän tekemistä, kun voisi olla. Suurin ongelma virtaustehokkuuden suhteen on kuitenkin vaihtelu ja sen suuri määrä. Prosesseissa on aina vaihtelua, ja siihen on lukuisia erilaisia syitä. Terveysthuollon prosessit eivät useinkaan täytä samoja määrättyjä kriteereitä kuin teollisuudessa. Vaihtelu voi johtua resursseista, eli koneen rikkoontumisesta tai henkilökunnan erilaisista työskentelytavoista, tai virtausyksiköstä itsestään, eli potilailla voi olla keskenään erilaisia tarpeita, mutta myös ulkoisista

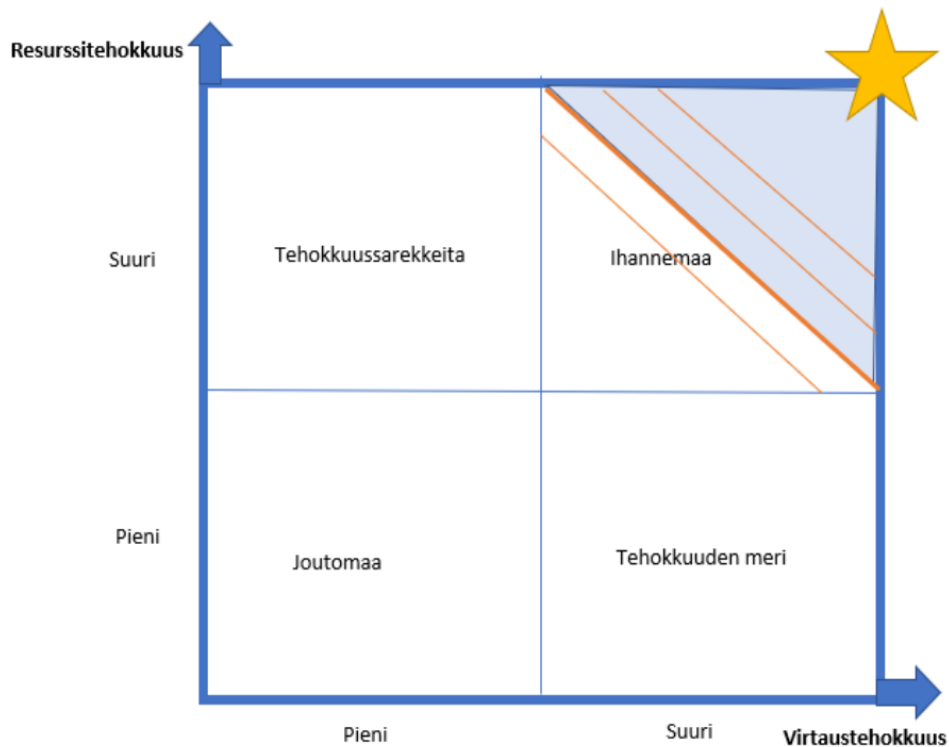
tekijöistä eli vaikka siitä ettei potilaita hakeudu hoitoon tasaisesti. Joskus voimme ajatella kompensoivamme läpimenoajan kasvua tuottamalla potilaille välillistä arvoa, jolloin kasvava läpimenoaika ei vaikuta virtaustehokkuuteen. (Modig - Åhllström 2015: 34-46.; Lillrank 2010.) Suomalaisessa terveydenhuollossa olemme hyvin tottuneita siihen, että potilaat odottavat niin hoitajia, kuin lääkäreitäkin. Resurssien tehokas käyttö on varmistettu sillä, että etenkin kalliisiin erikoislääkärin vastaanotoille tai tutkimuksiin on jonoa eli virtausyksikköpuskuria, jotta resurssia ei jää käyttämättä. Mutta tämä johtaa usein kohtuuttoman pitkiin hoito jonoihin etenkin sitten, kun jokin toiminto hoitoprosessissa esimerkiksi tutkimukset ja niiden tulosten valmistumisen odottaminen aiheuttavat pullonkaulan.

Läpimenoajan pitkittymisellä voi olla kielteisiä vaikutuksia. On mahdollista, että kun ensisijaista tarvetta ei saada täytettyä ajoissa, voi seurauksena olla se, että syntyy uusia toissijaisia tarpeita. Vaikka toissijaisen tarpeen tyydyttäminen ei tuottaisi asiakkaalle oikeaa arvoa, vaatii se kuitenkin resursseja organisaatiolta. Alun perin näitä tarpeita ei olisi ollut olemassakaan. Tehottomuutta saattaa aiheuttaa myös pyrkimys hoitaa useita asioita yhtä aikaa tai tarpeesta aloittaa sama tehtävä moneen kertaan. Sillä mitä vähemmän pyrimme hoitamaan asioita yhtäaikaaisesti, sitä helpompi niihin on keskittyä. Jos joudumme usein vaihtamaan tehtävää, niin henkinen asetusaika kasvaa pidemmäksi suhteessa kokonaisuukaan. Kun virtaustehokkuutta saadaan organisaatiossa parannettua, voidaan sillä välttää monien toissijaisten tarpeiden syntyminen. (Modig - Åhllström 2015: 47-67). Terveysthuollossa esimerkkinä tällaisesta toiminnasta voidaan pitää esimerkiksi sitä, että kroonisesta kivusta kärsivä leikkausjonossa oleva potilas hakeutuu toistuvasti päivystysyksikköön kivunhoitoon

Modigin ja Åhllströmin (2015: 100-107) mukaan Lean filosofissa organisaation voi luokitella kahden ominaisuuden perusteella. Tätä on kuvattu kuvassa 2 olevassa matriisissa, tämä kuvaa onko organisaatiossa a) pieni vai suuri resurssitehokkuus, b) pieni vai suuri virtaustehokkuus. Mikäli organisaatio sijoittuu matriisissa tehokkuusaarekkeiden ruutuun, tarkoittaa tämä sitä, että organisaatiossa on runsaasti toisistaan riippumattomia osaoptimoituja osia, jotka pyrkivät maksimoimaan resurssiensa käytön. Tehokkuuden meren ruutuun sijoittuvassa organisaatiossa pääpaino on asiakkaassa ja hänen tarpeidensa mahdollisimman tehokkaassa tyydyttämisessä. Tällaisessa organisaatiossa virtaustehokkuus on suuri, mutta resursseja saatetaan tuhlaa. Jos organisaatiossa ei onnistusta käyttämään resursseja tehokkaasti, eikä myöskään saada virtausta tehokkaasti, sijoittuu organisaatio joutomaa-ruutuun. Tämä ruutu ei ole toivottava minkään organisaation näkökulmasta. Toivottavin ruutu organisaation kannalta on ihannemaa,

mutta tänne on hyvin vaikea päästä. Tällaisessa organisaatiossa on hyvä niin resurssi- kuin virtaustehokkuuskin. Haastavaksi tähän ruutuun pääsyn tekee prosessissa oleva vaihtelu, joka hankaloittaa suuren resurssi ja virtaustehokkuuden yhdistämistä.

Optimaalisesti toimiva organisaatio, joka käyttää resursseja maksimaalisesti ja samalla täyttää asiakkaiden tarpeet optimaalisesti, sijoittuisi kuvassa 2 tähden kohdalle. Mutta tämä vaatisi organisaatiolta kykyä ennakoida asiakkaiden tarpeita. Tähten saavuttaminen ei kuitenkaan ole käytännössä mahdollista, koska tarpeiden tarkka ennustaminen on mahdotonta. Tähteen päästäkseen myös tarjonnan pitäisi olla täysin joutavaa ja luotettavaa sekä kapasiteettia, toiminnallisuutta ja osaamista pitäisi pystyä sopeuttamaan välittömästi tarpeen mukaan. (Modig - Åhlström 2015: 100-107).



Kuva 2 (Modig - Åhlström 2015: 100-106.)

Kuvassa 2 oleva paksumpi oranssi viiva kuvaa tehokkuusrajaa, jonka siniselle puolelle on käytännössä mahdoton päästä. Tähän syynä on vaihtelun vaikutus. Ohuemmat oranssit viivat kuvaavat sitä, että vaihtelun taso vaikuttaa siihen, kuinka vaikeaa on yhdistää suurta virtaus- ja resurssitehokkuus. Mikäli virtausyksiköt ovat ihmisiä, on näiden yhdistäminen vieläkin vaikeampaa, sillä ihmisistä aiheutuu luonnostaan vaihtelua. Joka tapauksessa organisaatio voi valita sijaintinsa organisaatiossa, kaikki riippuu vaan sen

valitsemasta strategiasta. Matriisi antaa organisaatiolle myös mahdollisuuden tarkasteluun ja pohdintaan millä tavalla ja mihin suuntaan parannuksia haluttaisiin tapahtuvan. Vaihtelun poistamiseksi tehtävä työ voi parantaa organisaation niin resurssi- kuin virtaustehokkuuttakin. (Modig - Åhllström 2015: 100-115). Sote-organisaatiossa vaihtelun poistaminen on toki aivan mahdotonta, mutta hyvällä suunnittelulla ja johtamisella vaihtelun määrään voidaan kuitenkin vaikuttaa. Yksittäisten potilaiden tarpeita on mahdoton ennustaa, mutta hyvällä ”tiedolla johtamisella” on suuri merkitys. Perinteisesti Sote-organisaatiossa on varmasti oltu hyvin osaoptimoiduissa prosesseissa ja sijoitettu näin tehokkuuden saarekkeiden ruutuun. Mutta strategiatyöllä, jossa potilas ja asiakas on yhä useammin keskiössä, ollaan varmasti siirtymässä pikkuhiljaa kohti tehokkuuden meriruutua ja ehkä päädytään myös ihannemaa ruutuun.

Virtaustehokkuuteen keskittymällä organisaatio voi vähentää lisätyötä ja vapautua tarpeettomasta tuhlauksesta. Tätä myötä, kun lisätyö ja hukka ovat vähentyneet, antaa se mahdollisuuden resurssitehokkuuden kasvuille. Leanin periaatteiden mukaisesti toimintastrategian mukainen paras toteutustapa valikoituu ympäristön mukaan. Yhteen ympäristöön ja yhdelle organisaatiolle sopii tietty ratkaisu, mutta tämä sama ratkaisu ei välttämättä sovi toiseen organisaatioon. Leania tuleekin terveydenhuollossa soveltaa sopivissa prosesseissa. (Modig - Åhllström 2015: 124-126.; Lillrank 2010.)

Lean-prosessijohtamisteoria tuntee seitsemän erilaista hukan muotoa:

- Tarpeeton tuotanto – prosessien tulisi tuottaa vain sitä mikä on asiakkaalle tarpeellista.
- Turha odotus – prosessi tulisi järjestää siten, että kaikki turhat odottamisvaiheet on poistettu.
- Tarpeettomat kuljetukset – kaikkea turhaa tavaroiden, materiaalien ja myös asiakkaiden kuljetuksia tulee välttää.
- Tarpeeton työ – tulisi välttää työskentelemästä tuotteen tai asiakkaan kanssa yhtään sen enempää kuin on välttämätöntä.
- Tarpeeton varastointi – prosessi tulisi järjestää siten, ettei tavaroita tarvitse varastoida tarpeettomasti. Myös turhia potilas jonoja eli ”puskureita” tulisi välttää.
- Työntekijöiden tarpeeton liikkuminen – toiminnot tulisi suunnitella siten, ettei työntekijöiden juuri tarvitsisi siirtyä paikasta toiseen.
- Tarpeettomat virheet ja päällekkäinen työ – jokainen prosessin vaihe vastaa työmäärältään sitä vaihetta, joka tuottaa asiakkaalle arvoa.

(Modig - Åhllström 2015: 75).

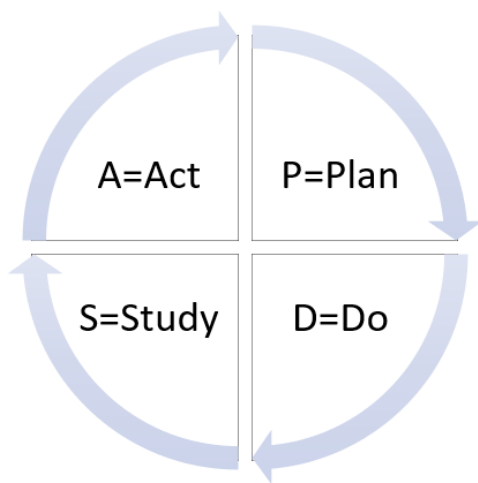
Yleensä hukka on seurausta siitä, että toiminta on suunniteltu huonosti. Kaikkea hukkaa ei ole yleensä mahdollista poistaa, ja joskus se ei ole järkevääkään sillä lisäarvoa tuottamaton vaihe voi olla välttämätön prosessin seuraavalle vaiheelle. (Mäkijärvi 2013: 18) Hukkaa vähentämällä resurssitehokkuus nousee ilman, että se vaikuttaisi heikentävästi virtaustehokkuuteen.

Leania ei tulisi nähdä työkaluina tai menetelmänä, eikä myöskään periaatteina. Leanin sisäistämisessä on päässyt pitkälle, kun sitä ajattelee strategiana tavoitteiden saavuttamiseksi. Tätä toimintastrategiaa voidaan sitten toteuttaa monin eri tavoin. Abstraktissa muutoksessa päätavoitteena on arvojen yhdenmukaistaminen ja periaatteiden soveltaminen. Konkreettisessa muutoksessa taas muokataan menetelmiä ja työkaluja. Kun näemme kaikki nämä eli arvot, periaatteet, menetelmät ja työkalut keinona tavoitteen saavuttamiseksi, voimme alkaa ymmärtää asioiden yhteyksiä toisiinsa. Leanin toimintastrategiaa on hyvä toteuttaa kaikilla niillä keinoilla, jotka auttavat eliminoimaan, vähentämään tai käsittelemään organisaatiossa esiintyvää vaihtelua. Tämän tulee aina tähdätä virtaustehokkuuden kasvattamiseen ja tähän päästään, kun keinot ovat virtausta parantavia muutostoimintoja. Tärkeää ei ole kuitenkaan se, millä keinolla virtaus paranee, kunhan se paranee. (Modig - Åhlström 2015: 140-145.) Leanin peruspilareihin kuuluu jatkuvan parantamisen lisäksi ehdottomasti myös ihmisten eli tässä tapauksessa työntekijöiden arvostaminen (Mäkijärvi 2013: 12).

On välttämätöntä myöskin ymmärtää, että Lean toimintastrategia ei ole koskaan toteutettu loppuun. Lean ei on staattinen tila, mikä saavutettaisiin, kun suunnitellut parannukset on toteutettu. Leanin peruspilareita on jatkuva parantaminen. Viemällä Lean toimintastrategia organisaatioon pyritään luomaan virtauksen jatkuva parantaminen. Jotta voidaan tietää, onko organisaatiossa onnituttu jalkauttamaan lean, tulee toimintaa verrata toisiinsa kahdessa eri ajankohdassa. Organisaation muuttaminen resurssitehokkaasta virtaustehokkaaksi vaatii muutoksia hyvin monilla eri tasoilla. Näistä esimerkkinä voi mainita organisaatorakenteen, ohjausjärjestelmän, kannustusjärjestelmän, urakehitysvaihtoehtot ja rekrytointijärjestelmän. Myös johtamiseen kohdistuu hyvin suuria vaatimuksia kokonaisen organisaation tasolla tapahtuvan muutoksen tapahtuessa. (Modig - Åhlström 2015: 149-157.; Mäkijärvi 2013: 12.) Näinä aikoina, kun sote-kentällä tapahtuu suuria muutoksia organisaatorakenteissa hyvin nopealla aikataululla, voisi olla hyvä ajoittain pysähtyä tarkastelemaan, onko tehdyt muutokset todella vieneet organisaatiota kohti virtaustehokkaampaa kokonaisuutta.

4.2 Leanin toteuttaminen

Menetelmä, jolla muutos tehdään, on PDSA-ajatusmalli. Syklin vaiheet on esitetty karkeasti kuvassa 3. PDSA-sykli on kokeilujen kehä, jonka avulla organisaatiossa voidaan parantaa suorituskykyä. Sykli on oppimisen ja prosessin vuokaavio, minkä avulla luodaan uutta tietoa kokeilemalla ja toistamalla. Jatkuvässä Lean-prosessissa olevassa organisaatiossa PDSA-syklin vaiheet toistuvat kerta toisensa jälkeen samassa järjestyksessä. (Torkkola 2016: 39-40.)



Kuva 3, PDSA-sykli (Graban 2012: 25-26.)

Prosessin ensimmäinen vaihe on "Plan" eli suunnitteluvaihe. Tässä vaiheessa jollakin on idea toiminnan parantamisesta ja tämän idean kelpoisuuden testaaminen pitäisi suunnitella. Suunnittelu tarkoittaa kehittämisprosessin tavoitteen määrittelyä, eli mitä odotamme kehittämistyöllä saavuttavamme. Tässä vaiheessa tulee myös miettiä, mistä tiedämme kehittämistyön onnistuneen, eli onko käytössä esimerkiksi käyttökelpoisia mittareita. Suunnitteluvaiheessa tulee myös pohtia, kuinka työ käytännössä toteutetaan. Tässä vaiheessa kannattaa huomioida, että muutosprosessin toteuttamisen hyödyt ovat vain oletuksia. On täysin mahdollista, ettei parannuksia tapahdu. Tästä huolimatta organisaatiossa on opittu uutta, tieto ja ymmärrys prosessista on lisääntynyt joka tapauksessa ja tämä edesauttaa seuraavia kehittämisprosesseja. Ja jos kehittämistyö onnistuu tällä syklillä, niin se luo uusia ja entistä pidemmälle vietyjä kehittämisideoita. (Torkkola 2016: 41.)

”Do” eli toteuttamisvaiheessa tehdään kehittämisidean toimivuuden kokeilu. Kokeilu on hyvä toteuttaa mahdollisimman kevyesti, jotta prosessi pysyy hallittavana. Usein tässä vaiheessa kokeilu ajatellaan liian laajaksi ja tästä vaiheesta projektia tulee tarpeettoman hidas ja kallis. (Torkkola 2016: 41.)

Kun kehittämisideaa on testattu käytännössä, tulee eteen vaihe ”Study”. Tässä vaiheessa tarkastellaan mitä tapahtui ja oliko kehittämistyöstä hyötyä? Nyt pysähdytään pohtimaan, saavutettiinke kehittämistyölle asetetut tavoitteet. Mikäli tutkimusmenetelmäksi on valittu tilastollinen menetelmä, tulee tässä vaiheessa pohtia myös sitä, onko tulos luotettava vai voisiko se olla sattumaa. Mikäli saavutettuja tavoitteita ei saavutettu, tulle miettiä mistä se voisi johtua? Menikö joku kehittämistyössä pieleen ja toteutettiinke se suunnitelman mukaan? (Torkkola 2016: 42.)

PDSA-syklin viimeisenä vaiheena on ”Act”, jolloin tulee päättää, otetaanko suunniteltu muutos osaksi pysyvää käytäntöä ja laajennetaan mahdollisesti koskemaan muitakin kuin sitä ryhmää, joka testasi sitä ”Do”-vaiheessa. Nyt tehtävä valinta perustuu ennustukseen, joka on tehty testauksen perusteella. Testin perusteella ennustetaan, olisiko kyseinen muutos organisaatiossa järkevä vai olisiko sittenkin järkevämpää jättää muutos toteuttamatta. Tarvittaessa tässä vaiheessa voidaan myös päättää tavoitteiden muuttamisesta, uudesta toteuttamistavasta tai kehittämisidean hyödyn arviointikriteerien uudelleen arvioinnista. Tästä voi seurata myös päätös uudesta PDSA-syklistä. Mikäli alkupe-
räinen kehittämisidea päätetään selkeästi hylätä, auttaa tämäkin organisaatiota jatka-
maan tehokkaasti eteen päin. (Torkkola 2016: 42.)

Lean-ajattelussa on tärkeää jatkuva kehittäminen. PDSA-kehä tulisi saada pyörimään mahdollisimman nopeasti, jotta toiminnan parantaminen olisi tehokkaimmillaan. Tehtävien kehittämisprojektien tulee olla riittävän pieniä, jolloin kehä saadaan pyörimään nopeaan tahtiin. Jokainen pyörähdys käyttää hyväkseen edellisellä syklillä opittuja asioita. Myös edellisen pyörähdysen aikana löydetty uudet faktat ovat organisaation käytössä. Tässä PDSA-syklimallissa tehdään spiraalimallista muutosta, jolloin käynnissä on jatkuvia pieniä parannuksia. Tällöin ei edes odoteta kertaluonteisia tasolta toiselle nousevia suuria harppauksia. (Torkkola 2016: 42-43.)

Kehittämistyössä kannattaa ehdottomasti huomioida, että mikäli kyse on monimutkaisen prosessin muuttamisesta, kannattaa tällöin käyttää kokeiden suunnitteluun ja järjestämiseen olemassa olevia tehokkaita sekä tutkittuja menetelmiä. Ei ole hyödyllistä yrittää

keksiä kaikkea itse. Tilastollisen tiedon ja ymmärryksen avulla saadaan vähennettyä tarvittavaa työmäärää ja myös tulokset ovat luotettavampia. Käytössä olevat resurssit kannattaa käyttää viisaasti. Maalaisjärjelle on paikkansa, mutta turhaa touhuamista kannattaa välttää. (Torkkola 2016: 43.)

4.3 Leanin toteuttamisen menetelmiä juurisyysanalyysiin pääsemiseksi

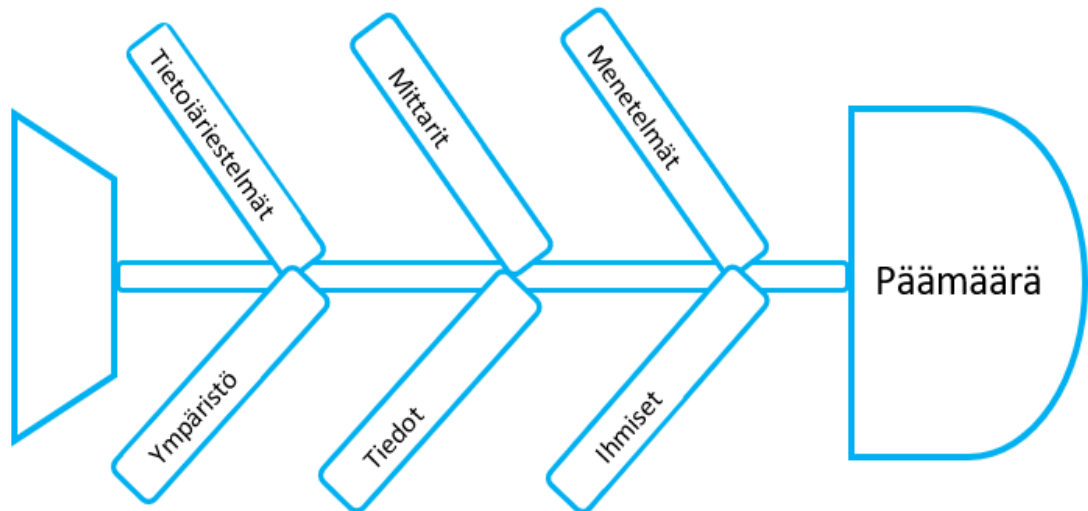
Lean-kirjallisuus tuntee lukuisia menetelmiä ja periaatteita ongelmien systemaattiseen lähestymiseen. Näiden kaikkien tarkoituksena on kuitenkin hukan tunnistaminen ja poistaminen. Hyvin tavallisesti käytettyjä menetelmiä on arvovirtakuvaus ja 5S (Modig - Åhlström 2015: 144). 5S on viisiportainen organisointimenetelmä ja kehitystyökalu, jonka avulla on tarkoitus kehittää oma työpiste toimivaksi. Sen keskeinen sisältö on, että tuotannosta poistetaan ylimääräiset tiedostot, materiaalit, työkalut ja kaikki muutkin asiat, jotka hidastavat virtausta (Six Sigma, Virtanen). Arvovirtakuvaus taas on karkea kuvaus prosessin nykytilan kuvauksesta, jolla se on helppo esittää tarvittaessa eri osapuolille ja tämän jalostamisesta eri työvaiheissa (Torkkola 2016: 131). Yksi hyvin tavallinen menetelmä, johon kirjallisuudessa usein törmää on A3-menetelmä, jossa tehdään prosessin eteneminen näkyväksi visualisoimalla se, jolloin poikkeamia on helpompi havaita ja niihin suhteen voidaan ryhtyä toimenpiteisiin. Ja yksi usein käytetty menetelmä on myös 5 x miksi kysymykset (Torkkola 2016: 216), mutta menetelmiä on myös monia muita. Kuitenkaan Lean prosessijohtamisessa ei pitäisi olla oleellista, millä menetelmällä tai formaatilla jatkuvaa parantamista tehdään, vaan päämäärän tulisi olla pääasia. Menetelmissä on paljon siis hyvin paljon valinnanvaraa, joista tulee valita kuhunkin tilanteeseen sopivat. Tietyt toteuttamistyökalut eivät välttämättä toimi kaikissa ympäristöissä, mutta se ei tarkoita, etteikö Lean sinänsä sopisi (Modig - Åhlström 2015: 145).

Diabeteskeskuksen kehittämisen projektissa käytän menetelmänä 5 x miksi kysymyksiä, työkaluna A3:sta ja näiden tukena ja visualisoimassa tavoitteita sekä päämääriä Ishikawa- eli kalanruotokaaviota PDCA-kehän jalkauttamisessa. Näiden avulla saadaan aikaan PDCA-syklin P eli suunnitelma vaihe sekä D eli toteuttamisvaihe. Nämä menetelmät olen valinnut siitä syystä, että ajattelen kestäväen parannuksen vaativan juurisyiden selvittämistä. Kun ongelmien todellinen syy kaivetaan esiin ja saadaan ratkaistua, on suurempi todennäköisyys, ettei samaan ongelmaan tarvitse palata. Työtä on kuitenkin helpompi tehdä, kun systeemi visualisoidaan, joten tästä syystä olen päättänyt käyttämään menetelmien yhdistämistä.

Ishikawa kaaviota voidaan käyttää kuvaamaan systeemin ominaisuuksia. Yleisesti ottaen systeemi on itsenäisten osien muodostama verkosto, jotka työskentelevät yhdessä saavuttaakseen yhteisen päämäärän. Asiantuntijaorganisaation johtamisessa systeemiä ajattelun peruseriaa ovat, että osien vuorovaikutuksesta löytyy tärkein tehostamisen paikka. Usein systeemeissä on vain yksi tekijä, joka rajoittaa sen optimaalista toimintaa, mutta koko systeemin optimi ei kuitenkaan ole sen osien optimi. Kaikki systeemit toimivat syy-seuraussuhteiden piirissä, ja suurin osa ei-toivottavista asioista johtuvat vain muutamasta juurisyystä. Systeemiä useimmiten rajoittaa merkittävimmin säännöt ja linjaukset. Systeemin optimiratkaisu muuttuu ajan kuluessa systeemin ympäristön muuttuessa. Systeemin eri osien välillä tarvitaan yhteistyötä ja kommunikointia, sekä systeemiä pitää johtaa kokonaisuutena. (Torkkola 2016: 96-97)

Kaikissa systeemeissä on erialaisia ominaisuuksia kuten tiedon laatu, organisaation rakenne ja roolit, henkilöstön määrä ja heidän osaamisensa, systeemin säännöt ja linjaukset, vakiintuneet toimintatavat ja menetelmät, tietojärjestelmät, mittarit sekä palkitsemisjärjestelmät. Näistä on ymmärrettävä kokonaisuuteen eniten vaikuttavat tekijät, niin silloin voi muuttamalla vain muutamia systeemin ominaisuuksia saada aikaan kokonaisuuden suorituskyvyn parantumista. Useimmiten systeemeissä on vain 3-5- sellaista tekijää, jotka ratkaisevat sen, saavuttaako systeemi asettamansa päämäärän. (Torkkola 2016: 97-98.)

Ishikawa-kaaviossa, joka on kuvattu kuvassa 4, systeemi on mallinnettu kuudella eri osa-alueella. Asiantuntijaorganisaatiossa osa-alueet ovat: ihmiset, menetelmät, tiedot, mittarit, laitteistot ja ympäristö. Asiantuntijoiden työssä laitteistot tarkoittavat tässä yhteydessä tietojärjestelmiä. Ympäristö on mukana systeemeissä, sillä se usein aiheuttaa häiriötä toimintaan. Omassa organisaatiossa näiden pääotsikoiden alle kuvataan kehittämistyötä tehdessä, mitä ne tarkoittavat omassa organisaatiossa. Työskentelyorganisaatio tulee nähdä systeeminä, jonka toimintaa arvioidaan. Todennäköisesti kaikilla työntekijöillä on mielipide, mistä organisaation toimimattomuus johtuu, mutta projektin johtaja tekee päätökset kehitettävistä osa-alueista. (Torkkola 2016: 98.)



Kuva 4, Ishikawa- eli kalanruotokaavio (Torkkola 2016: 98.)

Yksinkertainen ja tehokas tapa päästä käsiksi ongelmien juurisyihin on 5x miksi metodi. Tässä metodissa kysytään sarjoittain miksi-kysymyksiä, kunnes oikeat juurisyyt ovat selvillä. Vaikka metodia kutsutaan 5x miksi metodiksi, ei tässäkään pidä lukkiutua viiteen kysymykseen. Joskus juurisyy voi löytyä jo vaikka kolmen miksi-kysymyksen jälkeen, mutta toisinaan vastauksen löytämiseen voidaan tarvita kymmenenkin kysymystä. Tarkoituksena tässä metodissa on päästä pidemmälle kuin yleisen tason ongelmanratkaisussa, jossa kysytään miksi vain kerran. Viiden miksi-kysymyksen metodi on erityisen tehokas ryhmätilanteessa, jossa henkilöt pääsevät jatkojalostamaan toistensa ideoita. Jotta tämä toimisi hyvin, tulisi kehittämistyötä tehdä avoimessa ilmapiirissä, jossa ihmiset eivät pelkää olla rehellisiä. Viiden miksi-kysymyksen metodia voidaan käyttää selvittämään prosessien ongelmia hyvin tarkasti tai sitten yleisemmällä tasolla. Mikäli ongelmat ovat hyvin monitahoisia, voidaan apuna käyttää esimerkiksi kalanruotokaaviota. (Graban 2012: 119.)

Käytettäessä 5xmiksi metodia, täytyy ongelmanratkaisun perustua siihen luottamukseen, että työntekijät ovat hyvin ammattitaitoisia ja tiimissä vallitsee yhteisymmärrys halutusta kehityssuunnasta. Tämä metodi osallistaa työntekijöitä ja hyödyntää heidän osaamistaan. Kaikessa yksinkertaisuudessaan metodi toimii siis siten, että työntekijät itse keksivät ongelmien juurisyyn, kun heiltä kysytään vain tarpeeksi monta kertaa ”miksi?”. Jotta tämä metodi toimisi, on kehittämistyössä arvostettava jokaisen työntekijän

osaamista ja tiimissä tulee olla uskoa työntekijöiden kykyyn ratkaista itse ongelmia. Kysymysten avulla työntekijöiltä vain kaivetaan esiin heidän todellinen osaamisensa ja samalla päästään heidän kanssaan yhteisymmärrykseen asian todellisesta juurisyystä. (Pekuri – Herrala 2012).

A3 on hyvin tavallisesti käytetty menetelmä erityisesti kehittämistyöpajoissa ja se on saanut nimensä paperikoosta A3. Menetelmä on hyvä ongelmanratkaisuun, mutta sitä voi hyvin käyttää myös kehittämistarkoituksessa. Menetelmää käytettäessä luodaan vakioitu paperi, josta löytyy tietyiltä kohdilta tietyt asiat ja näin ollen eri henkilöiden on helppoa löytää lomakkeelta tarvitsemansa tieto. Kaikki asiat on tarkoitus saada mahtumaan riittävän tiivistetysti ja oleelliseen keskittyen yhdelle A3 arkille. Yleisesti käytetty tapa A3 menetelmää käytettäessä on miettiä lomakkeen ylälaitaan ensin ongelmanasettelu mahdollisimman yksiselitteisesti. Ja kun tiedetään ongelma, tehdään sille juurisyysanalyysi. Eli selvitetään mistä johtuu, että ongelman on olemassa. Kun nämä syyt on saatu selville eli ongelman nykytila on selvitetty, mietitään mitä ongelman ratkaisemiseksi tulee tehdä. Ratkaisujen löytymisen jälkeen tehdään samalle lomakkeelle vielä suunnitelma, kuinka asiassa lähdetään etenemään aikatauluineen ja vastuuhenkilöineen. Viimeisenä lomakkeelle mietitään vielä, miten varmistetaan, että suunnitellut muutokset toteutetaan ja miten niiden vaikutuksia voidaan arvioida. (Uusitalo 2012).

5 Tutkimuksellisen kehittämistyön tausta, tarkoitus, tavoite

5.1 Kehittämistyön tausta

Diabeteskeskuksen toimintaa on selvitetty jo aikaisemminkin. Vuonna 2016 on Tuula Tarkiainen tehnyt Esper-hankkeeseen liittyen Kehittämissuunnitelmaa Etelä-Savon sosiaali- ja terveystyöntekijöiden alueellisesta diabetesosaamisverkostosta -selvityksen. Selvityksessä on käsitelty Diabetesosaamiskeskuksen toiminnan käynnistämisen taustaa, toiminnan tarkoitusta ja tavoitteita. (Tarkiainen, 2016.) Selvitys on melko kattava keskuksen nykyisestä tilanteesta, mutta ei huomioi eri toimijoiden integraatiosta johtuvia haasteita.

Tämän hetkinen tilanne on se, että sekä diabeteskeskuksen toimijat, että diabetesosaamisverkosto ovat jo olemassa, mutta myös työskentelytavat tulisi yhtenäistää, jotta hukan määrää potilaan arviovirrassa saataisiin vähennettyä. Työskentelytapojen yhtenäistämisen edellytyksenä on riittävän osaamisen varmistaminen kaikilla toiminta tasoilla, joten osaamista tulee laajentaa erikoissairaanhoidosta perustason palveluihin. Tavoitteena on kasvattaa osaamista siten, että perustason palveluistakin potilas saisi erikoissairaanhoidon tasoista osaamista ja tätä myötä hukan määrä potilaan arvovirrasta vähenisi. Tätä myöten potilas saisi myös tarvitsemansa hoidon aina ”yhdelta luukulta”.

Esper-hankkeeseen liittyen on tehty myös selvitys Potilaan polku uudella vastaanottoalueella, jossa määritellään Essoten Mikkelin hyvinvointikampuksen potilaan hoitopolkua. Diabeteskeskus on osa vastaanottoaluetta, joten keskuksessa tulee olla yhtenäiset toimintatavat muun vastaanottoalueen kanssa. Työssäni tulee siis huomioida paitsi diabeteskeskuksen toiminnan kehittäminen, myös sen yhtenäisyys muuhun vastaanottoalueeseen. Lisäksi tulee arvioida, voidaanko mahdollisesti diabeteskeskuksen prosessijohdamisen tuloksia yleistää käyttöön myös muualle vastaanottoalueelle. (Tarkiainen).

Essoten vuonna 2017 valmistuneen strategian arvot tukevat myös kehittämistyöni tarpeellisuutta. Essoten arvot ovat palveleva, osaava, vaikuttava ja innostava. Arvoista palveleva tähtää muun muassa siihen, että Essoten palvelujen tulee olla laadukkaita, tarpeen mukaisia sekä saatavilla ja sujuvia. Tämä on myös kehittämistyöni tärkeänä tavoitteena. Arvoista osaava tähtää puolestaan siihen, että Essote huolehtii henkilöstön osaamisesta ja kannustaa työntekijöitä ammatilliseen kehittymiseen. Myös opinnäytetyössäni on yhtenä tavoitteena osaamisen laajentaminen diabetes osaamiskeskuksessa. Arvoista vaikuttava tähtää muun muassa siihen, että Essotessa tehdään oikeita asioita oikeaan aikaan ja käytössä olevat voimavarat kohdennetaan oikein. Tämä on hyvin Leanin henkistä, joten myös tältä osin opinnäytetyöni on strategian mukainen. Viimeisenä arvoista innostava tähtää esimerkiksi yhdessä tekemiseen, kehittämiseen ja kokeilemiseen. Opinnäytetyössäni on nimenomaisesti tarkoitus kehittää toimintaa yhdessä henkilöstön kanssa. Näin ollen, kun strategian tulee näkyä Essoten toiminnassa ja sen kehittämisessä, on opinnäytetyöni juuri nyt myös tältä osin ajankohtainen. (Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän strategia, 2017)

Essotessa ollaan selvittämässä Suutima-työkalun käyttöönottoa. Toiminnan kehittäminen ja jalkauttaminen käytäntöön on vielä kesken. Suutima on internet sovellus, jonka tarkoituksena on tunnistaa asiakkaiden erilaiset hoidon tarpeet ja suunnitella yhdessä

asiakaan kanssa hoitoa yksilöllisesti. Suuntima-työkalu on kehitetty osana Pirkanmaalla toteutettua Kurkiaura-hanketta, jonka tarkoituksena on ollut kehittää asiakaslähtöisiä palvelumalleja kroonisiin sairauksiin. Pirkanmaalla hanke kohdistui ensin sydänsairaiden palvelumallin uudistamiseen, ja hankkeen tavoitteiden mukaisesti sitä on sittemmin laajennettu myös muihin kroonisiin sairauksiin sekä tuotu valtakunnalliseen käyttöön. (Lävsäluoto – Kivisaari 2012.) Suuntima-työkalulla saadaan jaettua asiakkaat terveydentilan, sairauksien ja niiden hoidon tilan mukaisesti eri asiakkuusstrategiaryhmiin hoidon suunnittelun helpottamiseksi. Asiakkuusstrategiaryhmät ovat yhteisöasiakkuudet, verkostoasiakkuudet, omatoimiasiakkuudet ja yhteistyöasiakkuudet. (Harala.) Diabeteskeskuksen hoitoprosessin kehittämistyössä huomioin Suuntima-työkalun käyttöönoton ja osaltani tuen työssäni sen jalkauttamista käytäntöön osana hukan poistamista potilaan hoitoprosessia. Työssäni tulen keskittymään omatoimiasiakkaiden prosessin kehittämiseen, sillä tähän ryhmään arvioni mukaan kuuluu huomattavan suuri osa potilaista.

5.2 Kehittämistyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyössäni kartoitan Essoten Diabeteskeskuksen tämän hetkistä toimintaa ja määritän toiminnassa olevia potilaan saaman hoidon kannalta arvoa tuottamattomia toimintoja sekä miten saisimme käytettävissä olevilla resursseilla mahdollisimman paljon arvoa tuottavaa toimintaa. Erityisesti tarkoitukseni työssä on poistaa eri organisaatioista Diabeteskeskukseen siirtyneen henkilökunnan erilaisista työtavoista johtuvaa päällekkäisyyttä ja potilaan hoidon kannalta arvoa tuottamatonta työtä. Työssä tarkastelen myös potilaan hoitoprosessissa tapahtuvia rutiineja, kuten laboratoriotutkimuksia, ja niiden yhtenäisyyttä eri toimijoiden välillä sekä vertaan hoitokäytäntöjä diabeteksen käypähoitosuosituksiin. Tällä tavoittelen näyttöön perustuvien hyvien hoitokäytäntöjen vahvistamista ja näistä poikkeavien toimintojen vähentämistä hukkana.

Työni tarkoitus on kehittää potilaan hoitopolkua siten, että hukan määrä potilaan saamasta arvovirrasta (hoitopolusta) olisi mahdollisimman vähäistä. Työssäni selvitän potilaan saaman hoidon arvon epätasaisuutta, potilaan hoidon kannalta arvoa tuottamatonta aktiviteettia ja ihmisten sekä laitteiden ylikuormitusta. Tämä tapahtuu tarkastelemalla diabetespotilaan hoitopolkua organisaatiossa ja pyrkimällä selvittämään mikä osa tästä on arvoa tuottamatonta työtä eli hukkaa. Hukan tunnistamisen jälkeen käymme yhdessä henkilöstön kanssa kehittämistyöpajassa läpi, miten arvoa tuottamatonta toimintaa vähennetään ja kuinka ne priorisoidaan. Työn tarkoituksena on löytää keinot sujuvamman hoitoprosessien kehittämiseksi ja arvioida niiden vaikutuksia virtaukseen.

Opinnäytetyössäni tarkoituksena on saavuttaa vastaukset seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaisia olisi Diabeteskeskuksessa yhtenäiset, potilaan kannalta mahdollisimman paljon arvoa tuottavat hoitokäytännöt?
2. Kuinka Diabeteskeskuksessa tulisi kehittää konsultaatioavun saamista, yhteistyötä ja toisen työn arvostamista?
3. Voidaanko eri toimijoiden välille diabeteskeskuksessa löytää selvät toimintaohjeet ja selkeä työnjako?

6 Kehittämistyön vaiheet

6.1 Leanin työkalut ja menetelmät diabeteskeskuksen kehittämistyöpajoissa

Työni on luonteeltaan tutkimuksellinen kehittämistyö. Tutkimuksellinen kehittämistyö ei ole suoranaisesti tiedeperusteista tutkimusta, mutta tästä huolimatta tällaisessa kehittämistyössä hyödynnetään tutkimuksellista logiikkaa. Tällaisessa kehittämistyössä pääasiana onkin hyödyntää systemaattista tiedonkeruuta, dokumentointia ja analyysiä. Kehittämistyössä on tärkeää perustaa kehittäminen näyttöön perustuvaan tietoon. (Toikko - Rantanen 2009: 39, 156-157)

Työssäni käytän Lean-prosessijohtamisen mallia ja Lean työkaluja toiminnan kehittämiseen. Käsittelen potilaan hoitoprosessin vaiheita, määrittelen siinä potilaan hoidossa arvoa tuottava osuuden ja hukan. Tämän jälkeen toteutamme kehittämistyöpajoja yhdessä yksikössä työskentelevän henkilöstön kanssa. Kehittämistyöpajojen tuloksia minun on tarkoitus arvioida ja pajatoiminnan tuloksena tuotetaan Leanin tavoitteet. Valitsen yhdessä henkilöstön kanssa yhdessä ne kehittämiskohteet, joita lähdemme tässä vaiheessa kehittämään ja mitkä kehittämiskohteet jäävät mahdollisesti tuleviin projekteihin. Yhdessä määritämme myös ne työkalut, joilla pyrimme löytämään oikeat ratkaisumallit päästäksemme tavoitteeseen eli arvoa tuottamattoman toiminnan vähentämiseen sekä virtauksen parantamiseen.

Kalanruotokaavio on kehittämistyössä apuna visualisoimassa Diabeteskeskuksen tämän hetkistä toimintaa ja sen tehtävänä on erotella eri osa-alueita, joita kehittämällä

hukka vähenisi potilaan hoitoprosessissa ja tätä myötä virtaustehokkuus kasvaisi. Kussakin kehittämisprosessissa on tarkoitus avata mitä kukin kalanruoto tarkoittaa käsillä olevassa prosessissa. Kehittämistyössä ei ole välttämätöntä kehittää kaikkia ”ruotoja”, vaan jo kahden - kolmen ruodon kehittämisellä saatetaan saada aikaan huomattavaa hyötyä hukan poistamiseksi ja virtaustehokkuuden parantamiseksi (Torkkola 2016, s. 98). Näin ollen tulemme kehittämistyöpajoissa yhdessä päättämään, mitkä ruodot otamme tämän kertaisiksi kehittämisalueiksi, jotta saamme mahdollisimman paljon tehokasta kehittämistyötä tehtyä käytettävissä olevilla resursseilla. Valittujen ruotojen osalta etsimme kehittämistyöpajoissa hukan syitä juurisyyanalyysillä, johon käytämme 5xmiksi menetelmää ja työkaluna A3:sta.

Kehittämistyöpajassa käytetään A3 työkalua. Tätä varten on luotu vakioitu paperi (Liite 2), johon työpajassa on tarkoitus kirjata ryhmissä työskennellen oleelliset asiat kustakin kalanruodosta. Lomakkeen avulla päästään tekemään juurisyyanalyysiä 5xmiksi menetelmällä ja tällä keinoilla selvittää mistä olemassa olevat ongelmat mahdollisesti johtuvat. Lomakkeen avulla mietitään myös, mitä ongelmien ratkaisemiseksi tulisi tehdä ja suunnitellaan ratkaisun toteuttaminen.

Päämääränä kehittämistyössä on, että Mikkelin hyvinvointikampuksella saavutettaisiin integraation myötä sellaisia kehitysaskelaita, jotka hyödyntävät potilasta. Potilaan hoitoprosessista on tarkoitus vähentää hukkaa ja lisätä virtausnopeutta.

6.2 Tiedon keruu kehittämistyön pohjaksi

Työhöni kuuluu oleellisesti selvittää diabetespotilaan hoitopolku organisaatiossa. Tätä työtä varten minun oli selvitettävä olemassa oleva ohjeistus potilaan hoitoprosessista niin entisen Etelä-Savon sairaanhoitopiiriin, Mikkelin kaupungin kuin myös muiden Essoteen liittyneiden kuntien osalta. Tutustuin myös jo uudelle vastaanottoalueelle tehtyyn ohjeistukseen potilaan hoitopolusta ja peilaan sitä diabetespotilaan hoitopolkuun. Kirjallisista lähteistä en saa työni kannalta riittävästi tietoa, joten työssäni tein sähköpostitse kyselyn diabeteskeskuksessa työskentelevälle henkilöstölle. Sähköpostikyselyn runko on Liitteenä 3.

Sähköpostilla tehdyn kyselyn tarkoituksena oli kerätä tietoa potilaan hoitoprosessista ja henkilökunnan käytössä olevista ohjeistuksista. Kyselyn suuntaisin Essoten diabeteshoi-

tajille Mikkelin hyvinvointikampuksella ja myös kaikilla hyvinvointikeskuksissa ja aseilla. Kysymykset rakensin siten, että sain tietoa, kuinka potilaan hoitopolku on organisoitu sekä minkälaisia kirjallisia ohjeita henkilökunnalla on käytössään ja mistä ohjeet ovat henkilökunnan käyttöön tulleet. Tarkoitukseni oli kysymysten avulla myös selvittää, kuinka toiminta on tällä hetkellä järjestetty sekä kuinka työntekijät käyttävät työaikaansa suhteessa potilaan hoitopolkuun. Työn keskeisistä haasteista kysyin myös jo tässä vaiheessa.

6.3 Yhteenveto Essoten diabeteshoitajien vastauksista

Lähetin kyselyn kuudelletoista diabeteshoitajalle tai oman alueensa diabetestyöstä vastaavalle hoitajalle. Diabeteskeskus sijaitsee Essoten hallintokaaviossa Terveyspalvelujen vastuualueella, joten tätä myötä rajasin sähköpostikyselyn koskemaan terveyspalveluja. Tässä vaiheessa jätin pois Vanhuspalvelujen vastuualueella toimivat diabeteshoitajat ja diabeteksenhoidosta vastaavat hoitajat, sillä heidän mukaan ottamisensa olisi oletukseni mukaan laajentanut vastauksia koskemaan sellaisiakin osa-alueita, joiden en ajattele olevan hyödyllisiä diabetesosaamisverkoston kehittämisessä. Hoitajista, joille kyselyn lähetin osa toimii Mikkelin hyvinvointikampuksella olevalla vastaanottoalueella joko erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhoidossa, lasten tai aikuisten diabeteshoitajana. Osa työskentelee myös Mikkelin hyvinvointikampuksen vuodeosastoilla. Osa toimii ympäristökuntien hyvinvointikeskuksissa diabeteshoitajina, joko koko-aikaisina tai osa-aikaisina. Vastaukset sain kahdeksalta henkilöltä, ja kattavuus oli hyvä erilaisten tehtävien kesken vain yhden osa-alueen jäädessä ilman vastauksia. Kyselyn vastauksille ei ole tehty systemaattista sisällön analyysiä, vaan sisältöä on eritelty nostaen vastauksista esiin kaikki oleellisesti kysymykseen vastanneet sisällöt.

6.3.1 Näkemykset diabetespotilaan hoitopolusta Essotessa

Ensimmäisessä kysymyksessä kysyttiin hoitajan omaa käsitystä diabetespotilaan hoitopolusta Essotessa. Hoitajien mukaan potilaan hoitopolku on selkeä ja potilaiden ohjautuvuus hoidon piiriin on alueittain ohjeistettu. Potilaat ohjautuvat diabeteshoitajan vastaanotolle usein muun sairauden hoidon yhteydessä todettujen korkeiden verensokerien vuoksi joko läheteellä, puhelimesta tapahtuneen hoidontarpeen arvioinnin myötä, hoitajan tai lääkärin ohjaamana muilta vastaanotoilta, kotihoidosta tai osa potilaista ha-

keutuu vastaanotolle itse. Hoitopolun mukaan potilaat ohjautuvat diabeteksen ilmene-
mismuotojen mukaan eri paikkoihin, pääsääntöisesti ykköstyypin potilaat hoidetaan en-
sivaiheessa erikoissairaanhoidon piirissä ja kakkostyypin potilaat perusterveydenhuol-
lossa. Jotkin toimipisteet hoitavat kuitenkin suuremman osan ykköstyypinkin diabeeti-
koista perusterveydenhoidossa. Ympäristökuntien diabeteshoitajien on mahdollista kon-
sultoida keskussairaalan diabetesvastaanottoa. Essotessa käytössä olevasta potilastie-
tojärjestelmä Efficasta löytyy linkki alueellisten hoitopolkujen ohjeistukseen, ja tähän on
liitetty myös Käypähoitosuosituksat. Tämä on koettu hyväksi erityisesti vastaanotto-
työssä. Efficasta löytyy runsaasti tietoa.

Diabetespotilaan hoitopolkuun kuuluu kiinteästi diabeteshoitajien lisäksi lääkäreiden vas-
taanotot, sekä lisäksi jalkaterapeutin ja ravitsemusterapeutin käynnit. Lääkäreiden vas-
taanottojen suhteen on ajoittain sekä paikoitellen ollut hankaluutta johtuen huonosta lää-
käritilanteesta, mutta käytössä on myös erilaisia konsultointipalveluita. Lisäksi ongel-
maksi on koettu tietojärjestelmästä löytyvä vanhentunut tieto esimerkiksi verensokerimit-
tareista ja henkilökunnasta. Perusterveydenhoidossa työskentelevät diabeteshoitajat ko-
kevat hankalaksi myös yhteistyön erikoissairaanhoidon suuntaan tiukan organisatorisen
rajan vuoksi, vaikka tällaista rajaa ei enää pitäisikään olla. He kokevat myös, etteivät
tunne riittävästi erikoissairaanhoidon diabetespotilaan hoitopolusta.

6.3.2 Käytössä olevat kirjalliset ohjeet

Toisella kysymyksellä pyrittiin selvittämään mitä kirjallisia ohjeita diabeteshoitajilla on
käytössä liittyen diabetespotilaan hoitoon Essotessa sekä kuka ohjeet on laatinut. Pää-
sääntöisesti kaikki vastaajat kertovat käyttävänsä Diabetesliiton materiaalia ja Essoten
Intranetin ohjeet ovat myös käytössä. Kansallisista ohjeista Terveysportti ja Käypähoito-
suositukset ohjaavat myös diabeteshoitajien työtä. Lasten diabeteksen hoidossa ohjauk-
sen apuna käytetään myös terveyskylä.fi sivuston Lastentalon diabetestietoutta, sillä
tältä löytyy yliopistollisten sairaaloiden ylläpitämää tietoutta lasten diabeteksen hoi-
dosta. Tätä sivustoa käytetään myös potilasohjauksen lisäksi ohjatessa tukiverkostoja,
päiväkoteja ja kouluja. Näitä ohjeita käytetään mahdollisuuksien mukaan myös sähköi-
sessä muodossa. Lääkehoitoon materiaalia diabeteshoitajat saavat myös lääkeyhtiöiltä
ja tätä käytetään potilasohjauksessakin. Tämä sama toteutuu myös esimerkiksi mittarei-
den, sensoreiden, insuliinikynien ja muun välineistön kohdalla.

Essoten yhteisiä omia ohjeitakin diabeteshoitajat käyttävät jonkin verran. Essoten ravitsemusterapeutin ohje Ruokavalinnat tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyssä on mainittu yhden hoitajan vastauksessa. Diabeteshoitajien ja lääkärin yhdessä laatima ohje Valtimopotilaan hoito on myös käytössä ainakin yhdellä hoitajalla. Yhden kunnan alueella on aktiivisessa käytössä myös Aikuisiän diabetes, DM-talontapa-ohjeistus henkilökunnalle. Tämä ohje on koettu erityisen hyväksi ja potilaan yksilölliset tarpeet huomioivaksi. Tässä samassa kunnassa on tehty myös vuodesta 2004 Dm-hoidon laadunvalvontamittauksia ja tätä työtä on jatkettu myös Essoten yhdistymisen jälkeen. Yksiköillä on lisäksi muitakin omien tarpeiden ja kokemusten mukaan laadittua hoito-ohjeistusta sekä potilasohjeita, jonka yksikön ylilääkäri on hyväksynyt. Ohjeet perustuvat pitkälti oman erikoissairaanhoidon vastuualueen yliopistosairaalan eli Kuopion yliopistollisen keskussairaalan ohjeisiin. Nämä ohjeet ovat joko diabeteshoitajien itsensä tai yksiköiden lääkäreiden laatimia.

6.3.3 Roolit Essoten diabetespotilaan hoidossa

Seuraavalla kysymyksellä pyrin selvittämään kunkin vastaajan roolia diabetespotilaiden hoidossa Essotessa. Vastaajat hoitavat diabetespotilaita hyvin laajalla osaamisella, mutta eri toimipisteissä potilaiden hoitoa on jaettu eri tavoin. Osa hoitajista työskentelee diabeteshoitajana koko työaikansa, mutta osa hoitajista tekee tätä työtä osan työviikostaan. Myöskin diabetespotilaiden hoidon jakaantuminen on erilaista eri toimipisteissä. Joissakin pisteissä diabeteshoitaja vastaa laajasti kaikkien diabetespotilaiden hoidosta, mutta toisaalla diabeteshoitajan vastuulla on pistoshoitaiset diabeetikot ja muiden potilaiden hoito on jaettu toisille sairaanhoitajille.

Diabeteshoitajat antavat potilaille ohjausta ja muun muassa pistoshoidon opetusta. Lisäksi he tukevat potilaita omahoidossa, antavat ravitsemus- ja liikuntaohjausta, pitävät ryhmäohjauksia, tekevät hoidontarpeen arviointia sekä järjestävät potilaille aikoja esimerkiksi silmänpohjan kuvauksiin, jalkaterapiaan, ravitsemusterapeutille, laboratorioon ja kuvantamistutkimuksiin. He järjestävät potilaille myös sensoroinnin ohjaustilanteita ja purkavat sensurointeja. Sensorointi tarkoittaa kudossokerin jatkuvaa seurantaan ihon alle noin viikoksi asennettavalla laitteella, joka lähettää langattomasti tietoa monitoriin (Diabetesliitto, 2017) Diabeteshoitajat voivat tarvittaessa konsultoida lääkäriä potilaan asioissa. Toimipisteiden diabeteshoitajien työhön kuuluu myös diabeetikoiden hoitovälineiden tilaus, hoitotarvikejakelu ja osallistuminen diabeteksen hoidossa tarvittavien välineiden hankintaprosesseihin.

Diabeteshoitajat järjestävät alueellisia koulutuksia ja pitävät luentoja muille terveydenhoitoalan ammattilaisille sekä myös esimerkiksi erilaisille yhdistyksille. Osa diabeteshoitajista antaa myös konsultaatioapua joko oman yksikkönsä muille ammattilaisille tai Essoten muihin yksiköihin kuten kotihoitoon, hoitolaitoksiin tai vuodeosastoille. Riippuen hoitajan työpisteestä, saattaa työhön kuulua myös sidosryhmien kouluttamista esimerkiksi päiväkodeissa ja kouluissa. Joidenkin työpisteiden diabeteshoitajat osallistuvat myös sopeutumisvalmennuksen järjestämiseen yhdessä Kuntoutuksen vastuualueen kanssa. Näin ollen diabeteshoitajien ammattitaito on hyvin suuren asiakaskunnan käytettävissä.

6.3.4 Haasteet diabetespotilaan hoidossa Essotessa

Viimeinen nykytilannetta selvittävä kysymys koski kokemuksia diabeteshoitajan työn haasteista. Isona haasteena diabeetikoiden hoidossa hoitajat näkevät lääkäreiden vähyiden ja käytössä olevan lääkäriresurssin osaamisen puutteen. Hoitajien mukaan osa diabeetikoista eivät pääse suunniteltuihin kontroleihin ajallaan. Toisaalta potilaat eivät ole tasa-arvoisessa asemassa organisaatiossa, sillä toisessa toimipisteessä on mahdollista, että potilas pääsee ajallaan kyseiseen sairauteen perehtyneen kokeneen lääkärin kontrolliin. Myös diabeteshoitajien keskinäinen yhteistyö koetaan paikoin hankalaksi, ja arvostuksen puutetta on myös samaa potilasryhmää hoitavien sairaanhoitajien välillä. Hoitajilla tulisi olla mahdollisuus konsultoida niin kokeneempia tai enemmän asiaan perehtyneitä kollegoita kuin lääkäreitäkin, mutta aina ei koeta tämän olevan mahdollista tai sitten koetaan, etteivät kollegat halua jakaa omaa osaamistaan. Joka tapauksessa tulevaisuudessakin tulisi potilailla olla mahdollisuus saada usein tarvitsemansa palvelut lähipalveluna mieluiten aina samoilta tutuilta henkilöiltä, joten nähdään tärkeänä huolehtia näitä asioita kuntoon, jotta palveluiden saatavuus säilyisi.

Suurena tulevaisuuden haasteena nähdään myös mahdollinen eläköitymisen myöstä tapahtuva osaamisen menettäminen. Diabeetikoiden hoidon ajatellaan näyttäytyvän muille hoitohenkilökuntaan kuuluville haastavana tai toisaalta epäillään, ettei monisairaiden vanhusten hoitamista arvosteta riittävästi. Näin ollen osaamisen siirtämiseksi tulisi löytää keinoja, kuinka mielenkiintoa saataisiin kasvatettua. Diabeetikoita hoitavalla henkilökunnalla tulee olla riittävä osaaminen ja tarpeeksi pitkä työkokemus, jotta potilaat saavat laadukasta hoitoa. Niin diabeteshoitajien omaa osaamista, kuin muunkin hoitohenkilökunnan osaamista olisi joka tapauksessa kehitettävä jatkuvasti. Henkilökunnan vähyys koetaan ongelmaksi jo nykytilanteessa, joten on ehdottoman tärkeää kiinnittää huomiota

tähän lähitulevaisuudessa. Myös diabeetikoiden hoidon tulisi vastaajien mukaan olla nykyistä paremmin koordinoitua, niin avosairaanhoidossa kuin vuodeosastoillakin, jotta diabeetikko saisi varmasti tarvitsemansa hoidon.

6.3.5 Näkemyksiä diabetespotilaan hoidon tulevaisuudesta Essotessa

Viimeisessä kysymyksessä tiedustelin näkemyksiä diabetespotilaiden hoidon tulevaisuudesta Essotessa. Vastaajat toivat esiin osin samoja asioita, kuin aikaisemmissakin vastauksissaan. Iso huoli diabeteshoitajilla on eläköitymisen myötä lähitulevaisuudessa häviävästä osaamisesta, sekä nykytilanteessakin olevan osaavan henkilökunnan vähyydestä. Diabeteshoitajien mukaan olisi tärkeää saada hoitoa ja kehittämistyötä koordinoiva diabeteskeskus pikimmiten tosiaasiallisesti toimimaan. Täältä alueella toimivat diabeteshoitajat toivoisivat saavansa nykyistä paremmin konsultaatioapua, ja myös hankalammin hoidettavat ykköstyypin diabeetikot hoidettaisiin pääsääntöisesti siellä ja vastausten mukaan toiveissa olisi, että myös kaikkein vaikeimmat kakkostyypin diabeetikot voisivat ohjautua sinne. Toimivalla diabeteskeskuksella varmistettaisiin, että ainakin kakkostyypin diabeetikoiden laadukas hoito voisi säilyä lähipalveluna omilla hyvinvointikeskuksilla ja -asemilla potilaan saadessa sieltä kaiken tarvitsemansa avun, vaikka konsultaatioiden tai liikkuvien asiantuntijalääkäreiden välityksellä. Näin varmistettaisiin kaikille potilaille tasa-arvoinen ja laadukas diabeteksen hoito. Potilaiden tulisi myös saada tulevaisuudessakin valita aidosti hoitopaikkansa, sillä vanhenevalla väestöllä ja työssäkäyvillä nuorilla diabeetikoilla on hyvin erilaiset tarpeet. Ja toisaalta potilaiden tulisi olla yhdenvertaisia erityistyöntekijöiden, kuten jalkaterapeuttien, ravitsemusterapeuttien, psykologien tai sosiaalityöntekijöiden palvelujen suhteen asuinpaikastaan tai valitusta hoitopaikastaan riippumatta.

Myös vuodeosastoille syystä tai toisesta päätyvien diabeetikoiden hoitoon ja hoidon koordinaatioon olisi syytä kiinnittää huomiota tulevaisuudessa. Tähän toimintaan olisi löydettävä resursseja, jotta asiaan perehtyneet diabeteshoitajat voisivat olla näidenkin potilaiden käytettävissä. Hoidon koordinaatioon alueella tulee muutenkin kiinnittää huomiota ja mahdollistaa hyvinvointikeskuksilla ja -asemilla toimivien diabeteshoitajien keskittyminen haastavaan työhön, eikä sitä vastausten mukaan tulisi harjoittaa kaikkien sairaanhoitajien vastuulle. Diabeteshoitajien toiveena olisi selvät toimintaohjeet ja selkeä työnjako eri toimijoiden välillä.

Tulevaisuuden diabetestyön toivotaan painottuvan entistä enemmän ennalta ehkäisevään työhön. Potilaiden elintapaohjausta tulisi alueellisesti ehdottomasti kehittää ja heille tulisi tarjota ennaltaehkäisevää työtä myös ryhmämuotoisena ja ehdottomasti kannustavana. Vastaajat näkevät tärkeänä löytää järjestelmät, joilla löydetään ne potilaat, jotka tulisi ohjata näiden palvelujen piiriin. Tärkeää on myös, että potilaat voisivat jatkaa seurannassa, sillä hoitajien näkemyksen mukaan näin voitaisiin välttää diabeteksen aiheuttamilta komplikaatioilta ja säästää myös kustannuksia. Palvelujen tulee tulevaisuudessakin olla riittävän laadukkaita, koska diabeteshoitajakin ajattelevat kilpailun terveydenhoidon asiakkaista kovenevan.

Vastauksista sai hyvin kattavan kuvan Essoten alueellisesta diabeteshoitajan työstä. Vastaajia oli monista eri toimipisteistä ja myös vuodeosastolla toimivalta diabeteshoitajalta. Vastauksista nousi muutamia selkeitä teemoja, jotka toistuivat monissa vastauksissa ja useiden kysymysten kohdalla. Kehittämistyöhön vastaajat suhtautuvat erittäin positiiviseksi ja se nähdäänkin vastaajien keskuudessa välttämättömäksi. Vastaajilla tuntuisi olevan hyvin yhtenäinen näkemys siitä, että työnjakoa ja konsulttoimista tulisi ehdottomasti kehittää. Myös osaamisen jakaminen niin diabeteshoitajilta toisille kuin myös tulevaisuuden osaajille nähdään tärkeäksi. Kysymyksiin vastanneet diabeteshoitajat ovat vastausten perusteella sitä mieltä, että kohti aitoa diabetesosaamiskeskusta on hyvä mennä, mutta myös alueellisen osaamisen varmistaminen tulee säilyttää.

6.4 Diabeteskeskuksen kehittämistyön visualisointi

Kehittämistyössä käytettiin Lean prosessijohtamisen menetelmistä Ishikawa- eli kalanruotokaaviota tukena visualisoimassa kehittämistyön osa-alueita. Kehittämistyötä varten määriteltiin, mitä mikäkin Ishikawa-kaavion ruodoista tarkoittaa Essoten diabeteskeskuksen näkökulmasta. Määritelmät perustuvat diabeteshoitajille tehtyyn kyselyyn ja kehittämistyön pohjana olevaan teorian tietoon muun muassa integraation lähtökohdista ja diabeteksestä sairautena.

6.4.1 Ihmiset

Diabeteskeskuksessa työskentelee eri organisaatioista Essoteen siirtyneitä henkilöitä, joiden työskentelytavat ovat peräisin entisistä organisaatioista. Pääsääntöisesti diabeteshoitajilla on pitkä työkokemus tässä tehtävässä ja osaaminen tehtävässä on korkeaa.

Eri organisaatiosta tulleilla hoitajilla ei kuitenkaan ole välttämättä tosiasiallisesti mahdollisuutta tuntea toistensa ammatillista osaamista, joka voi aiheuttaa hankaluuksia työtehtävien jakautumiseen. Aikaisemmin diabeetikoiden hoito on jakaantunut erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhoitoon. Näin ollen edelleen hoito on jakaantunut, sillä todellista integraatioita ei vielä työntekijöiden välillä ole juurikaan tapahtunut, vaikka fyysisesti toiminta onkin osittain integroitunut yhteen.

Diabeteshoitajien resurssit selvitä tehtävästään ovat myös alueella erilaiset. Osa diabeteshoitajista tekee työtä koko työaikansa. Mikkelin hyvinvointikampuksen vastaanottoalueella toimivista diabeteshoitajista kaikki työskentelevät kokoaikaisesti. Toisaalta alueella on myös paljon sellaisia hoitajia, joilla on vastuu oman alueensa diabeetikoiden hoidosta, mutta heillä ei ole tähän samanlaiset resurssit. Näin ollen potilaan parhaan mahdollisen hoidon varmistamiseksi on erittäin tärkeää, että konsultaatiomahdollisuudet ovat riittävän hyvät, jotta potilas ei joudu tästä syystä tulemaan vastaanotolle uudelleen tai toisen henkilön vastaanotolle.

Integraation eteen olisi jokaisen diabeteskeskuksessa tai diabeteksen parissa Essotessa työskentelevän henkilön tehtävä aidosti työtä. On erittäin tärkeää, että jokainen arvostaa aidosti toisen tekemää työtä saman tavoitteen eteen. Myös kollegiaalisuus ja ryhmäytyminen samaan työyhteisöön henkisesti kuuluvaksi on erittäin tärkeää, ja tämä vaatii valmentautumista jokaiselta yksilöltä.

6.4.2 Menetelmät

Pääsääntöisesti diabeetikoiden hoito Essotessa perustuu Käypä hoito -suosituksiin. Alueella on kuitenkin käytössä eri toimipisteissä myös yleisten hoitolinjojen perusteella tehtyjä omia ohjeita. Sitä, kuka käyttää työssään mitään oman yksikkönsä tai erityisasiantuntijan, kuten ravitsemusterapeutin, laatimia ohjeita ei ole koordinoitu tai yhtenäistetty. Kaikki hoito-ohjeet perustuvat valtakunnallisiin linjauksiin ja iso osa ohjeista löytyy potilastietojärjestelmä Efficasta, mutta välttämättä kaikki eivät kuitenkaan käytä samoja kirjallisia ohjeita työssään. Kun organisaatio on yhdistynyt, syntyy riski, että eri paikoissa tehdyt ohjeet päivittyvät eri tahtiin. Tästä syytä tulisi ehdottomasti harkita sitä, että kaikilla olisi käytössään yhteisesti hyväksytyt työohjeet ja niiden päivittämisestä vastaisivat sovitut henkilöt.

Essoten diabeteksen hoidossa olisi harkittava myös, tulisiko miettiä käytettävän ohjausmateriaalin käytön yhtenäistämistä. Hyvin yleisesti diabeteshoitajat käyttävät Diabetesliiton ohjausmateriaalia, mutta esimerkiksi Terveyskylä-verkkopalvelu ei ilmeisestikään ole laajasti käytössä potilaiden ohjauksessa. Myöskin, jos edelleen käytössä on Diabetesliiton materiaalit, olisi mietittävä keskitettyä materiaalin tilaamista ja yhdessä mietittävä mitä materiaalia käytetään. Materiaalin tilaamisen organisaatioon voisi mahdollisesti antaa organisaation keskitetyn hankintapalvelun tehtäväksi?

Essoten diabeteshoitajat ovat itse ennakkotietokyselyn perusteella laajasti sitä mieltä, että entistä suurempi osa resursseista tulisi käyttää diabeteksen ennaltaehkäisyyn. Olisiko tähän jo nyt olemassa sopivia verkkopalveluita tai matalan kynnyksen elintapaohjausta? Voisiko esimerkiksi Terveyskylän Painonhallintataloa käyttää ohjauksen välineenä?

Tällä hetkellä Essoten diabeetikoiden hoidossa ei ole myöskään täysin yhtenäistä linjaa siinä missä mikään potilasryhmä hoidetaan. Diabetesliiton (2014) asiantuntijaryhmän raportin mukaan laajan osaamisen Diabeteskeskuksiin tulisi keskittää tyypin yksi diabetesta ja erityisosaamista vaativat tyypin kaksi diabetesta sairastavat potilaat. Essotessa joissakin toimipisteissä, muualla kun Mikkelin hyvinvointikampuksen Diabetes keskuksessa, hoidetaan myös tyypin yksi diabeetikoita. Varmasti tässä vaiheessa näissäkin toimipisteissä on tarvittava osaaminen laadukkaaseen hoidon takaamiseksi, mutta olisiko siitä huolimatta etsittävä yhtenäiset toimintatavat alueelle?

6.4.3 Tiedot

Diabeteshoitajien koulutustausta ei ole samanlainen, sillä kelpoisuusvaatimukset tehtävään eivät ole olleet samanlaiset kaikissa aikaisemmissa organisaatioissa. Lisäksi eri organisaatioissa on ollut erilaiset mahdollisuudet ammatilliseen täydennyskoulutukseen, ja toisaalta tuki omaehtoiseen opiskeluunkin on vaihdellut. Essoten yhdistymisen myötä olisi tähtäimessä integraatio, jolloin tätä rajaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä tulisi häivyttää ja potilas saisi joustavasti aina tarvitsevansa hoidon riippumatta siitä mille ”luukulle” hän ohjautuu. Tähän päästäksemme olisi erityisen tärkeää, että osaamista Essoten sisällä voitaisiin laajentaa siten, että entistä useammalla olisi erikoissairaanhoidon tasoista osaamista. Tällöin välttyttäisiin siltä, että potilas joutuu hakemaan tarvitsemaansa palvelua usealta eri henkilöltä. Myöskin kaikilla diabeteksen hoitoon Essotessa osallistuvilla henkilöillä tulisi olla selkeästi tiedossa, tai ainakin helppo

keino selvittää, kunkin yksikön potilaan hoitopolku. Oli se sitten vaativaa hoitoa tarvitseva erikoissairaanhoitotasoista hoitoa tarvitseva tai Essoten pienellä hyvinvointiasemalla hoidettava hyvässä hoito tasapainossa olevan potilaan hoitopolku, tulee kaikkien näiden tietojen olla avoimesti kaikkien saatavilla.

Tulevaisuudessa myös sähköiset palvelut ja terveysteknologian käyttö lisääntyy entisestään, joten on erittäin tärkeää varmistaa henkilökunnan riittävä osaamisen taso tietoteknisten laitteiden käytössä. Oda-hanke viimeistään tuo sähköiset palvelut käyttöön valtakunnallisesti, joten näiden palveluiden käyttöön tarvittavan osaamisen varmistaminen tulee olla hyvin suunniteltu. Essotessa on lähiaikoina tarkoitus kehittää käytäntöjä, joilla pystytään segmentoimaan potilaita palvelun tarpeen mukaan. Myös tässä vaiheessa riittävät taidot ja toisaalta myös positiivinen asennoituminen tulevaisuuden verkkopohjaisia palveluita kohtaan olisi pyrittävä varmistamaan.

Tulevaisuuden diabetesosaamisen varmistaminen on myöskin Essotella, kuten myös muilla sote-piireillä, edessä. Nykyinen sairaanhoitajan peruskoulutus ammattikorkeakoulussa ei Diabetesliiton (2014) asiantuntijaraportin mukaan anna riittäviä valmiuksia hoitaa vaativia diabetespotilaita, vaan hoitajat tarvitsevat runsaasti työnantajan tarjoamaa täydennyskoulutusta. Diabeteshoitajille tekemäni ennakkokyselyn perusteella useat Essoten diabeteshoitajat ovat huolissaan eläköityvien osajien tilalle saatavan henkilökunnan osaamisen tasosta ja siitä, saadaanko tilalle uutta henkilökuntaa. Näin ollen Diabeteskeskuksen toiminta olisi saatava toimivaksi, ja konsultaatiomahdollisuudet riittävän helpoiksi, jotta tulevaisuuden osajillekin annetaan mahdollisuus kasvaa tehtävänsä kokeneemman kollegan tukemana.

6.4.4 Mittarit

Terveystieteidenhuollossa käytetään mittareina hoitoon pääsyn jonotusaikoja ja toisaalta tehokkuuden mittarina vastaanottokäyntien määrää suhteessa siihen käytettyyn henkilöstöresurssiin. Hyviä mittareita laadukkaasta toiminnasta on myös potilastyytyväisyyskyselyistä saadut tulokset sekä henkilökunnan työtyytyväisyyskyselyn tulokset. Toki uudessa organisaatiossa tulee aina seurata, kasvavatko toiminnasta johtuvat kustannukset vai pystytäänkö jopa organisaatiota yhdistämällä saavuttamaan säästöjä.

Diabetespotilaiden hyvän avohoidon mittarina toki voidaan toki ajatella myös komplikaatioiden tai huonon sairauden hoitotasapainon vuoksi sairaalaan joutuneiden potilaiden

määrän suhdetta muihin vastaaviin organisaatioihin tai sitten voisi verrata saman alueen aikaisempiin hoitotuloksiin. Näitä tietoja voinee olla kuitenkin hankalahko saada, joten tämän mittarin käyttö ei siihen kuluvaan työmäärään nähden liene järkevä?

Yhtenä mittarina voidaan myös pitää sitä, miten pian potilas saa tarvittaessa yhteyden ammattilaiseen, mikäli hänellä on kysyttävää hoidostaan. Ja kuinka usein potilaan asia voidaan selvittää yhden yhteydenoton perusteella tai hyvin lyhyen ajan kuluessa yhteydenotosta.

6.4.5 Tietojärjestelmät

Essotessa on käytössä potilastietojärjestelmä Effica. Ongelma Effican suhteen kuitenkin on, että se antaa useita erialisia mahdollisuuksia kirjata potilaan hoitoon liittyviä asioita. Tästä toki seuraa, että tietoa etsivän seuraavan ammattilaisen on mahdollisesti avattava useita eri Effican lehtiä löytääkseen varmasti kaiken sen tiedon, joka potilaasta on tietojärjestelmään kirjattu. Kirjaamiskäytäntöjä on Essoten organisaatiossa pyritty yhtenäistämään, mutta on edelleen mahdollista, etteivät kaikkien toimipisteiden ammattilaiset kirjaa samalla lailla.

Essotessa on käytössä myös Hyvis-verkkopalvelu, joka mahdollistaa sähköisen asioinnin. Hyviksessä on esimerkiksi mahdollisuus sähköiseen yhteydenottolomakkeeseen, jolla potilas voi ottaa yhteyttä ammattilaiseen. Lisäksi lähitulevaisuudessa Essotessa ollaan ottamassa käyttöön Suuntiman-verkkopalvelu, ja sen kehittäminen on tällä hetkellä työn alla. Nämä lisäävät entisestään verkkopalveluiden käyttöä diabeteshoitajan työssä, mutta toisaalta voivat kokonaisuudessaan vähentää turhia vastaanottokäyntejä, kun osa niistä voidaan mahdollisesti korvata sähköisellä yhteydenotolla.

6.4.6 Ympäristö

Essoten diabeetikoiden hoito on jakaantunut seitsemän kunnan alueelle ja lisäksi erikoissairaanhoidotasoista hoitoa tarjotaan vielä kahdelle muullekin kunnalle, joten maantieteellisesti alue on laaja. Lisäksi yhdeksässä kunnassa on ollut hyvinkin erilaisia työtapoja ja myöskin potilaat ovat tottuneet hyvin erilaisiin toimintamalleihin. Toimintakulttuurin muutos vie aikaa ja toisaalta myöskin potilaiden käyttäytymisen ohjaaminen uusiin

toimintamalleihin vie myös oman aikansa. Eri kuntien potilailla on myös erilaisia odotuksia palvelun tason suhteen, osittain riippuen siitä, kuinka kunnassa on palvelua aikaisemmin tarjottu. Palvelutason huonontuminen ei lähtökohtaisesti ole tietenkään tavoiteltavaa, mutta virtaustehokkuuden parantamiseksi toimintatapojen yhtenäistäminen voi olla perusteltua. Tällöin diabeetikoita hoitavat ammattilaiset voivat joutua sietämään ympäristöstä tulevaa painetta ja joutuvat mahdollisesti perustelemaan uusia toimintatapoja.

Diabeteshoitajien työn näkökulmasta potilaiden hoidon koordinaatiossa on myös paikoin haasteita. Etenkin osastohoitoon päätyvän potilaan diabeteksen hoito ei välttämättä ole aina ohjautunut asiaan syvällisesti perehtyneiden diabeteshoitajien vastuulle. Kaikki diabeteksen hoitoon osallistuvat Essoten ammattilaiset eivät välttämättä tiedä mahdollisuuksista konsultoida diabeteshoitajia, joten ympäristön vaikutus voi olla myös se, ettei potilas saa laadukkainta mahdollista hoitoa.

7 Kehittämistyöpaja diabeteskeskuksessa

Kehittämistyöpajassa täytettiin diabeteskeskuksen näkökulmasta tehtyjen Ishikawa-ruotojen perusteella A3-lomakkeita. Ishikawa-ruotojen määritykset perustuivat diabeteshoitajien ennakkokyselyn vastauksiin ja teorian tietoon. Ruotojen pohjalta työpajassa etsittiin ongelmien juurisyitä 5xmiksi kysymyksillä. Työpajan tarkoituksena oli määrittää niitä kehittämisalueita, joita on tarpeen työstää hukan poistamiseksi potilaan hoitoprosessista ja sujuvoittaa diabeteskeskuksen työtä. Kehittämistyöpaja oli osa yhtä PDCA-kehää, jolla diabeteskeskuksen työtä kehitettiin.

7.1 Kehittämistyöpajan sisällön kuvaus

Kehittämistyöpajan kesto oli kaksi tuntia, jonka jo etukäteen tiesi olevan hyvin haastava aikataulullisesti. Työpajan alussa pidin lyhyen, noin viidentoista minuutin, alustuksen PowerPoint-esityksenä. Alustuksessa kertosin lyhyesti opinnäytetyön tarkoituksen ja kerroin työpajan sisällön sekä suunnitellun aikataulun. Alustukseen kuului myös kevyt pinta raapaisu Lean-filosofiasta ja käytettävistä menetelmistä. Lisäksi kerroin lyhyesti ennakkokyselyn vastausten pääpiirteet.

Työpajaan kutsuttiin 16 Essoten diabeteshoitajaa, joista seitsemän pääsi osallistumaan. Hoitajia oli ilahduttavasti sekä Mikkelin hyvinvointikampuksen diabeteskeskuksesta, että myös ympäristökuntien hyvinvointikeskuksista ja asemilta. Kaikki osallistuneet hoitajat työskentelevät perusterveydenhuollon diabetestyössä. Lisäksi työpajaan osallistui kehittämisylivoitaja opinnäytetyön työelämäohjaajana. Työpajan tunnelma oli innostunut ja avoimen keskusteleva. Kaikki hoitajat eivät olleet toisilleen etukäteen tuttuja, joten työpajalla oli merkitystä verkostoitumisenkin näkökulmasta. Työpajaan osallistuneet hoitajat olivat hyvin sitoutuneita kehittämistyöhön ja sille nähtiin olevan todellinen tarve integraation näkökulmasta.

Alustuksen jälkeen hoitajilla oli mahdollisuus kerrata ennakkomateriaalien mukana toimitettuja Essoten diabetes keskuksen kalanruotokaavion kuvauksia ja lisätä niihin tarvittaessa myös omia ajatuksiaan. Diabeteshoitajat kiersivät lukemassa seinille kiinnitettyjä ruotojen kuvauksia noin kymmenen minuutin ajan, jonka jälkeen jaoin hoitajat kolmeen ryhmään perinteisellä ”yksi-kaksi-kolme”-menetelmällä. Tavoitteena ryhmäjaossa oli samoissa työpisteissä työskentelevät hoitajat jakautumaan eri ryhmiin ja tässä onnistuimme hyvin. Tämän jälkeen ryhmät saivat itse valita, mistä minkä ruodon kehittämiseen tarttuvat. Vielä ennen ryhmätöiden aloittamista jaoin ryhmille A3-lomakkeet ja avasin suullisesti, kuinka sitä on tarkoitus lähteä täyttämään. Kaikki ryhmät pääsivät hyvin keskustelussa omasta ruodostaan alkuun ja seurasin ryhmien työskentelyä kiertelemässä sekä osallistuin keskusteluihin. Tietoisesti pyrin välttämään keskustelun ohjaamista, mutta ryhmän työskennellessä autoin miettimään, mitä asioita lomakkeelle voisi kirjata. Myös kehittämisylivoitaja kierteli ryhmissä ja osallistui keskusteluun. Diabeteshoitajat ovat ryhmien työskentelyn perusteella hyvin innokkaita kehittämään omaa työtään sekä myös alueellista diabeteksen hoitoa. Kokonaisuudessaan aikaa ryhmätöiden tekemiseen kului hiukan yli puoli tuntia ja tämä aika tuntui hyvinkin riittävältä.

Kun ryhmät olivat saaneet työnsä päätökseen, kokoonnuimme jälleen samaan tilaan purkamaan ryhmien A3-lomakkeita. Kukin ryhmä kertoi omalta osaltaan, mitä olivat keskustelleet sekä mitä olivat lomakkeelle kirjanneet. Yhdessä sitten mietimme mitä ryhmien kehittämisalueista kustakin kalanruodosta on löytynyt ja kuinka niitä voisi lähteä edelleen kehittämään. Ryhmät kirjoittivat vielä tässä vaiheessa asioita myös A3-lomakkeille, lisäksi kehittämisylivoitaja keräsi keskustelusta pääasioita fläppitaululle. Keskustelu purkamistilanteessa oli aktiivista ja siihen olisi voinut käyttää enemmänkin aikaa. Paikoin jouduin keskeyttämään rönsyilevää keskustelua, jotta ehdimme käydä kaikkien ryhmien lomakkeet läpi ja etsimään kehittämisalueita jokaiseen ruotoon. Ongelmien juurisyyt oli

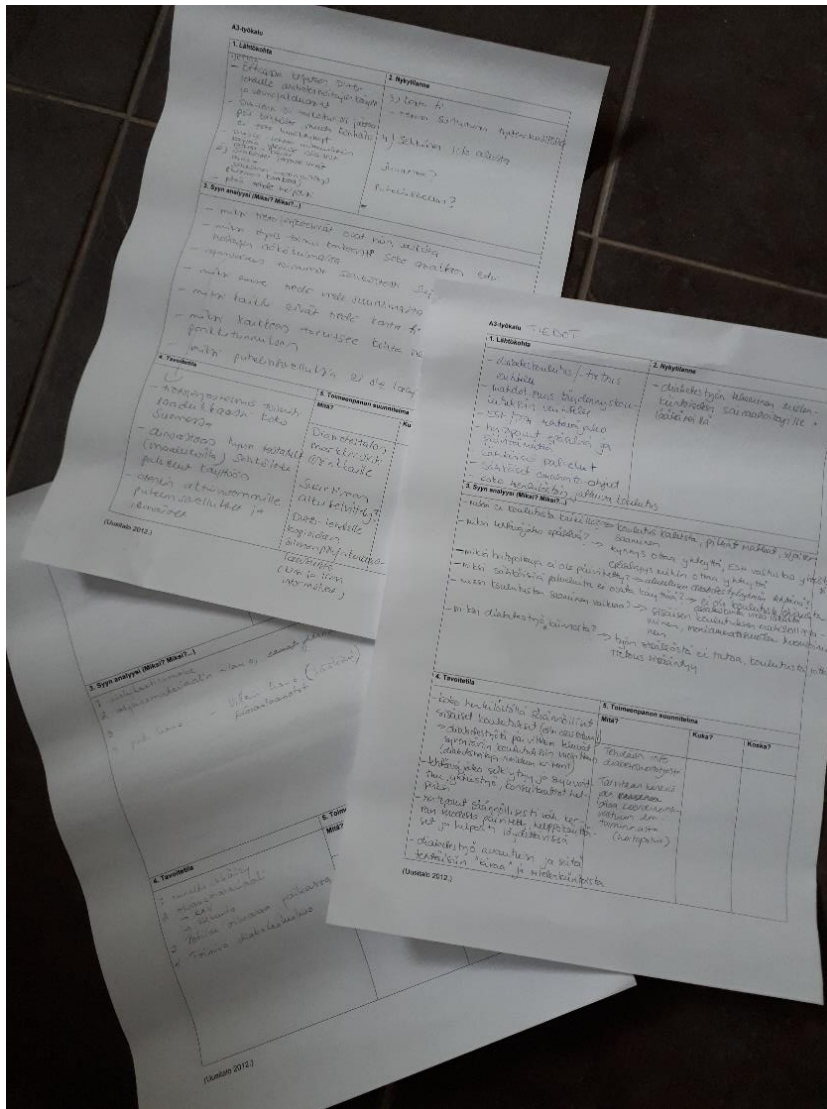
eri ryhmillä löytyneet hiukan eri lailla, mutta kaikkien ryhmien kohdalla kehitettäviä asioita löytyi. Lopussa olisi ollut hyvä, jos olisi ollut hieman enemmän aikaa vielä keskustella yhdessä tavoista viedä sovittuja kehittämisalueita käytäntöön. Kokonaisuudessaan työpajatyöskentely onnistui hyvin ja saimme hyviä ajatuksia diabeteksen hoitotyön sujuvoittamiseen Essotessa.



Kuva 5, Kehittämistyöpajatyöskentelyä

7.2 Pajatyöskentelyn ryhmien työn kuvaus

Kehittämistyöpajoissa päädyttiin keskittymään kolmen Ishikawa-kaavion ruodon kehittämiseen. Torkkolan (2016) mukaan tämä on riittävä määrä siihen, että kehittämistyöllä saadaan toimintaa kehitettyä vaikuttavasti. Kehittämistyön kohteiksi valitut ruodot ovat ”menetelmät”, ”tietojärjestelmät” ja ”tiedot”. Näistä kolmesta alueesta kehittämistyöpajassa täytettiin A3 kaavakkeet, etsittiin ongelmien juurisyitä 5xmiksi menetelmällä ja pohdittiin kehittämistavoitteita sekä tehtiin suunnitelmia niiden toteuttamiseksi.



Kuva 6, Kehittämistyöpajassa täytetyt A3-kaavakkeet

7.2.1 Menetelmät

Menetelmät ryhmässä oli hyvää keskustelua, mutta A3-lomakkeen täyttäminen koettiin haastavaksi ohjauksesta huolimatta. Lähtökohtana keskustelun perusteella on työskentelymenetelmien kehittäminen ja nykytilanteessa alueella on jonkin verran vaihtelevat tavat tehdä työtä diabetespotilaiden parissa.

Työtapojen erilaisuudesta johtuvien ongelmien ratkaisemiseksi ryhmä etsi vastauksia miksi-kysymyksillä; miksi diabeteksen ennaltaehkäisyssä ei riskitestilomake ole laajasti

käytössä ja miksi ammattilaiset eivät ohjaa riskitestilomakkeen täyttämiseen. Tavoitteena diabeteksen hoidossa on, että painopiste siirtyisi ennaltaehkäisyyn ja tätä myötä ehkäistäisiin diabeteksen hoidosta aiheutuvia kustannuksia.

Ryhmässä haettiin juurisyytä myös sille, miksi diabeteshoitajilla ei ole käytössään yhtenäiset ohjausmateriaalit. Ryhmässä pohdittiin muun muassa, miksi joka paikassa ei ole potilaiden ohjauksessa käytössä samoja ravitsemus ja liikuntaohjeita. Ja miksi ohjeiden hankkimista, tilaamista ja laatimista ei tehdä yhteisesti? Tavoitteena olisi yhtenäiset käytössä olevat ohjeet, jotka organisaatioon tilataan yhteisesti koordinoimalla ja kaikki käytössä olevat ohjeet jaettaisiin kaikkien diabeteshoitajien käyttöön.

Myös toimivan diabeteskeskuksen tavoite ja konsultaatioiden vaikeus alueellisesti oli ryhmän käsittelyssä. Miksi alueella konsultaatiokäytännöt ovat erilaiset, miksi Mikkelin hyvinvointikampuksella perusterveydenhuollon puolella toimivat diabeteshoitajat voivat konsultoida diabetekseen enemmän perehtynyttä lääkäriä, mutta ympäristökunnista tämä mahdollisuus paikoin puuttuu. Riittääkö ympäristökuntien hyvinvointiasemilla ja -keskuksissa mahdollisuus konsultoida siellä paikalla olevaa lääkäriä? Pitäisikö ainakin silloin, kun ympäristökunnissa ei lääkäriä ole paikalla, olla diabeteshoitajilla mahdollisuus konsultoida lääkäriä Mikkelistä. Miten taataan potilaiden tasapuolinen mahdollisuus saada hyvää hoitoa? Tavoitteena on yksinkertaisesti, että Essoteen saadaan rakennettua sellainen diabeteskeskus, johon ympäristökunnissa työskentelevät diabeteshoitajat voivat tukeutua.

Ryhmätöiden jälkeisessä yhteisessä keskustelussa todettiin, että on hyvin tärkeää saada diabeteshoitajien osaaminen käyttöön, eikä osaamisen hukkaamiseen ole varaa. Diabeteshoitajat pitivät erittäin hyvänä, jos jatkossa olisi mahdollisuus selkeämpiin konsultaatiokäytäntöihin, jotka palvelevat tasaistesti koko aluetta. Konsultaatio mahdollisuuksista tulee olla selkeät ohjeet ja kaikkien osapuolten tulee tuntea käytännöt. Hyvinvointikeskuksissa ja -asemilla olisi tässä käydyn keskustelun perusteella hyvät valmiudet myös lääkäreiden etävastaanottoon diabetespotilaiden hoidossa, ja tähän hoitajien näkemyksen mukaan riittäisi audiovisuaalinen yhteys. Keskustelussa diabeteshoitajat tuovat esiin myös hoitojonot ja potilaiden kontrolliaikojen puutteen. Olisi hyvä löytää yhtenäiset linjat Essoten alueella siihen, kuinka diabeetikot pääsevät hoitajan tai lääkärin vastaanotolle.

7.2.2 Tietojärjestelmät

Tietojärjestelmiä käsittelevä ryhmä pääsi hyvin alkuun sekä keskustelussa, että A3-lomakkeen täyttämässä. Lähtökohdaksi tietojärjestelmien kehittämisessä diabeteshoitajat ovat kirjanneet kirjavat tavat kirjata Efficaan. DIAB-lehdelle kirjataan diabeteshoitajien käynnit ja välinejakeluasiat, DIASSE-lehdelle vuodeosastot kirjaavat mittauksia ja DIA-lehti on ollut aikaisemmin tarkoitus jättää pois, mutta kotihoito edelleen käyttää sitä. Lähtökohtana on myös, että sähköiset järjestelmät kuten Hyvis-verkkopalvelu ja sähköinen viestinvälitys koetaan kankeana ja näiden käyttö tulisi tehdä helpoksi. Kanta-palvelua käytetään etenkin työterveyshuollon tietojen siirtymisen välineenä. Sähköisiä palveluita ollaan Essotessa kehittämässä, kuten Suuntima-verkkopalvelua ja puhelinsovellukset ovat myös tuloillaan. Sähköiset info-alustat potilaille ovat vielä vähäisessä käytössä.

Ryhmässä käytiin laajasti keskustelua, jonka perusteella juurisyitä tietojärjestelmiin liittyvien ongelmien osalta lähtevät ratkeamaan. Diabeteshoitajat pohtivat syitä, miksi tietojärjestelmät ovat niin vaikeita käyttää ja miksi niitä ei ole testattu tarpeeksi laajasti ”maallikkokäyttäjillä” asti ennän käyttöön ottoa. Miksi käytössä olevien tietojärjestelmien käyttö on niin kankeaa, niin hoitajan kuin asiakkaan näkökulmasta. Miksi nämä järjestelmät vaativat aina erilliset kirjautumiset? Onko välttämätöntä, että asiakkaat tarvitsevat kaikkien sähköisen palvelun käyttöön pankkitunnukset? Ja onko internetin käyttö kaikille asiakkaille nykyään jo välttämätöntä palveluiden saamiseksi, vai tarvitsisiko edelleen kehittää myös muunlaisia palveluita.

Myös tiedon puute oli yhtenä teemana tämän ryhmän keskusteluissa. Miksi kaikki diabeteshoitajat eivät vielä tiedä Suuntima-verkkopalvelusta? Palvelua on kuitenkin käyty yksikössä esittelemässä, mutta miksi tieto ei ole kulkenut. Voisiko uusista asioista tiedottamisen hoitaa toisin, siten että myös ne henkilöt, jotka eivät ole olleet paikalla saisivat tiedon? Olisiko mahdollista jatkossa kehittää muistiokäytäntöjä, tai peräti tallentaa esitelyt sähköisesti myöhempää katsomista varten? Toisaalta ryhmässä pohdittiin myös, miksi Kanta-palvelu ei ole vielä kaikkien asiakkaiden tiedossa ja aktiivisessa käytössä. Onko tiedottamisessa valtakunnan tasolla ongelmaa vai pitäisikö sitä markkinoida enemmän. Tässä ryhmässä pohdittiin myös sitä, että olisiko mahdollista saada puhelinsovellukset asiakkaille laajemmin käyttöön? Ja miksi puhelinsovellusten kehittäminen on jäänyt niin vähäiseksi? Sähköiset ajanvaraukset ovat myös yksi erittäin ajankohtainen asia, ja tästä keskustelussa oltiin hyvin yksimieleisiä, että se olisi saatava toimimaan.

Ryhmän mielestä tavoitteena valtakunnallisesti tulisi olla, että tietojärjestelmät toimisivat laadukkaasti koko maassa. Tämän ryhmän diabeteshoitajat pitävät tärkeänä, että jatkossa käyttöön otettaisiin vain sellaisia sähköisiä palveluita, jotka ovat hyvin etukäteen testattuja. Testaus tulee suorittaa myös ”maallikko”-käyttäjillä. Jatkossa olisi tärkeää saada käyttöön myös puhelinsovelluksia etenkin omatoimisimmille ja aktiivisimmille asiakkaille.

Yhteisessä keskustelussa kävimme läpi kirjaamisen nykytilannetta ja sille aikaisemmin asetettua tavoitetta, että DIA-lehti jäisi pois käytöstä. Hoitajien mukaan tämän hetkinen tilanne on sellainen, että kaikki aktiivisesti diabetespotilaiden hoitoon osallistuvat pystyvät hyvin seuraamaan potilaiden diabeteksen hoitoon liittyviä kirjauksia, vaikka niitä tehdäänkin useammalle eri lehdelle. Näin ollen ei ole tämän suhteen tarpeellista muuttaa nykyistä käytäntöä. Keskustelussa tuli kuitenkin ilmi, että silmänpohjakuvausten osalta kaikilla diabeteshoitajilla ei ole samanlainen tieto, kuinka lausuntojen kanssa toimitaan. Mikkelin hyvinvointikampuksella työskentelevien hoitajien mukaan käytännöksi on sovittu, että diabeteshoitajat kopioivat silmänpohjakuvausten lausunnot DIAB-lehdelle silloin, kun potilas tulee hoitajan vastaanotolle tai asia tulee muuten ajankohtaiseksi.

Sähköisistä info-alustoista keskustelussa todettiin, että olemassa on Terveyskylän Diabetestalo, jossa tieto on aina ajan tasalla ja laadukasta. Tämän palvelun käyttöä tulisi tehostaa ja markkinoida etenkin omatoimisille sekä aktiivisille potilaille. Suuntiman mahdollisuudet diabeteshoitajilla tällä hetkellä olevan tiedon valossa ovat hyvin positiiviset, ja diabeteshoitajat toivovat keskustelun perusteella tästä lisää tietoa ja ovat halukkaita jatkokehittämään palvelua. Kaikilla ei kuitenkaan ollut Suuntimasta saatua tietoa, joten sen tämänhetkisestä kehittämisen tilanteesta ja tulevaisuudesta toivottiin ajankohtaista tiedottamista.

Tietojärjestelmien käyttö on keskustelun perusteella osittain haastavaa. Turvalliselle viestin välitykselle olisi varmasti tällä hetkellä kysyntää, mutta sen käyttö koetaan hyvin kankeaksi. Diabeteshoitajat kokevat sen tulleen keskeneräisenä käyttöön. Tähän asiaan tarvittaisiin ehdottomasti tulevaisuudessa toimivat puhelinsovellukset. Yhteisessä keskustelussa kävimme läpi myös sähköisen ajanvarauksen tilannetta. Mikkelin hyvinvointikampuksen diabeteshoitajille sähköinen ajanvaraus on jo mahdollinen ja sen laajentaminen myös muiden toimipisteiden diabeteshoitajille nähdään todella tarpeelliseksi. Toi-

saalta tulee kuitenkin muistaa, että vaikka kehitämme miten sähköisiä palveluita toimiviksi, tulemme aina tarvitsemaan kasvotusten tehtävää palvelua ja myös perinteisiä puhelinpalveluita tulee kehittää sähköisten palveluiden rinnalla.

7.2.3 Tiedot

Tiedot-kalanruodon kanssa työskennellyt ryhmä määrittä lähtökohdaksi kehittämislle vaihtelevan koulutuksen ja tietämyksen tason diabeteksen hoitoon päivittäin osallistuvilla henkilöillä. Mahdollisuudet täydennyskoulutuksiin ovat olleet aikaisemmissa organisaatioissa vaihtelevia ja nytkään kaikki eivät ole täydennyskoulutuksiin päässeet. Myöskään koko Essoten henkilöstölle suunnattuja koulutuksia ei koeta olleen tarpeeksi, vaan tarvittaisiin jatkuvaa koulutusta. Lähtökohdaksi määriteltiin myös, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhoidon työnjako on tällä hetkellä epäselvä, ja Essotessa on myös diabeetikoiden hoitopolut päivittämättä. Nykytilanteessa diabetestyön tekemistä ei koeta yleisesti mielenkiintoiseksi niin sairaanhoitajien, kuin lääkäreidenkään keskuudessa. Tällä hetkellä myös sähköiset palvelut ovat kyllä tulossa ja sähköisiä omahoito-ohjeita on olemassa, mutta niiden käyttö on vielä melko vähäistä.

Ryhmässä oli juurisyiden etsiminen miksi-kysymyksillä sisäistetty erittäin hyvin. Ryhmässä pohdittiin, miksi kaikki eivät pääse täydennyskoulutuksiin. Miksi koulutuksiin ei päästä, oli herättänyt kysymykset; Miksi koulutus on kallista, Miksi niihin täytyy aina matkustaa pitkä matka ja Miksi sijaisia ei saada koulutusten ajaksi. Toisaalta ryhmässä pohdittiin, että koulutusten saaminen on niin hankalaa, voisiko organisaation sisäisen koulutuksen mahdollisuuksia lisätä ja mahdollistaa niihin osallistuminen. Ja voisiko moniammatillisen yhteistyön huomioida näissä koulutuksissa.

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tehtävänjaon epäselvyyteen ryhmässä pureuduttiin siten, että miksi se on epäselvä. Miksi perusterveydessä työskentelevät diabeteshoitajat kokevat, ettei yhteydenottaminen erikoissairaanhoitoon ole helppoa. Miksi sitä, mihin tarvittavat yhteydenotot ohjautuisivat, ei ole ohjeistettu. Ja miksi perusterveydenhuollon hoitajilla on kokemus, että erikoissairaanhoidon puolella vastustetaan yhteistyötä. Tähän yhteyteen ryhmässä pohdittiin, onko päivittämättä oleva diabeetikon hoitopolku osana vaikeuttamassa yhteistyötä ja saataisiinko hoitopolun päivityksellä myös selkeyttä yhteistyöhön.

Sähköisiä palveluita ryhmä käsitteli siitä näkökulmasta, että miksi niitä ei vielä osata käyttää. Sähköisiä palveluita on tullut tarjolle niin hoitohenkilökunnalle, kuin asiakkaillekin, mutta miksi niiden käyttöön ei ole annettu riittävästi koulutusta ja ohjausta. Onko toisaalta edes mahdollista tässä vaiheessa, kun suuri osa potilaista on iäkkäitä ja totuttomia sähköisten palveluiden käyttöön, ottaa niitä kovinkaan laajaan käyttöön.

Tavoiteltavaksi asetelmaksi ryhmä määritteli, että koko diabeteksen hoitoon osallistuvalla henkilöstöllä olisi säännöllisesti mahdollisuus täydennyskoulutukseen esimerkiksi osastotuntien muodossa. Mutta päivittäin diabetestystä tekevien hoitajien olisi päästävä vuosittain osallistumaan syventäviin opintoihin. Organisaatiossa tulisi ryhmän mielestä myös selkeyttää diabeteshoitaja-nimikkeen kriteerit, jotta jo nimikkeen perusteella olisi selvää henkilön osaamisen taso.

Tavoiteltava olisi myös, että diabetespotilaan hoidon tehtävänjako olisi jatkossa selkeää ja sujuvaa. Yhteistyö eri tahojen välille tulisi saada toimivaksi ja konsultaatiot helposti toteutettaviksi. Tavoitteena olisi, että diabetespotilaan hoitopolku päivitettäisiin vähintään kerran vuodessa ja se tulisi olla helposti kaikkien löydettävissä sekä helppokäyttöinen. Diabetestö olisi saatava näyttäytymään organisaatiossa ja myös sen ulkopuolella mukavana ja mielenkiintoisena. Tällä hetkellä diabetestöön sisältöä ei tunneta, mikä on ongelmallista uusien tekijöiden saamisessa työhön mukaan. Tavoitteena olisi tehdä työtä tunnetuksi ja avata sen sisältöä.

Yhteisessä keskustelussa ryhmätöiden jälkeen käytiin keskustelua siitä, että on hyvin tärkeää saada yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille sujuvaksi. Tärkeänä pidetään, että konsultointimahdollisuudet ovat selkeät ja yhdenmukaiset, ja konsultaatioiden tekemisen kynnys organisaation sisällä tulisi olla nykyistä matalampi. Tehtävänjako diabetestössä tulisi olla selkeä ja kaikkien tiedossa. Tähän keinona nähtiin keskustelussa se, että hoitopolut tulisi päivittää. Tämä päivitystyö nähdään ennen kaikkea olemassa olevan alueellisen diabetesryhmän tehtävänä.

Keskustelun perusteella myös koulutukseen tulee tulevaisuudessa panostaa. Hyvänä asiana nähtiin moniammatilliset sisäiset koulutukset ja mahdollisuus päästä myös syventäviin koulutuksiin. Työpajaan osallistuneiden diabeteshoitajien mielestä organisaatiossa tulisi tarkastella diabeteshoitaja-nimikkeen käyttöä ja noudattaa yleisiä valtakunnallisia kriteereitä sen käytössä.

Diabetestytöitä nähtiin hyvin tarpeelliseksi tehdä enemmän tunnetuksi. Myös työn houkuttelevuus lisääntyisi, kun työn sisältö olisi laajemmin tunnettua. Työn sisältö tulisi tuoda paremmin esille niin organisaation sisällä kuin myös oppilaitoksissakin. Keinona tunnettavuuden lisäämiseksi nähtiin keskustelussa infon tekeminen diabetestytöstä. Mahdollisesti infon tekeminen olisi mahdollista esimerkiksi opinnäytetyönä, ja tämän tarve tulee viedä eteenpäin. Videomuotoinen esittely nähtäisiin hyvänä, mutta omin voimin siihen ei nähdä olevan resursseja.

Yhteisessä keskustelussa kävi myös ilmi, että kaikki tieto ei kulje diabetestytöhön osallistuvan henkilöstön kesken. Pelkkää alueellista ryhmää ei nähdä riittävänä, vaan diabeteshoitajat näkisivät tarpeen sellaiselle henkilölle, joka ottaisi vastuun diabetestytön koordinoinnista alueella. Olisi hyvä olla joku henkilö, jolta alueella toimivat diabeteshoitajat tietäisivät voivansa matalalla kynnyksellä kysyä asioita ja joka myös tiedottaisi toiminnassa tapahtuvista muutoksista.

7.3 Yhteenveto kehittämistyön tuloksista

Kehittämistyöpajassa saatiin tulokseksi useita hyviä ja konkreettisia asioita, joiden kehittämisellä jatkossa saadaan sujuvoitettua diabeteskeskuksen toimintaa. Kehittämistyöpa-
jan tuloksia esitellään tiivistetysti taulukossa 1.

Työpajassa menetelmät-ruodon osalta määriteltiin kehittämistyön lähtökohdaksi työskentelytapojen kehittämisen ja yhtenäistämisen ja tästä valikoitui kehittämisalueiksi muun muassa selkeiden konsultaatiokäytäntöjen ja etävastaanottojen kehittäminen. Tietojärjestelmät-ruodon osalta lähtökohdaksi määrittyi tarve yhtenäistää kirjaamiskäytäntöjä ja tietojärjestelmien tehokkaampi käyttö. Kehittämisalueiksi työpajassa tästä ruodosta määritettiin muun muassa silmänpohjakuvauslausuntojen käsittelyn yhtenäistäminen, Terveyskylän diabetestalon käytön tehostaminen ja sähköisen ajanvarauksen käytön laajentaminen. Tiedot-ruodon osalta lähtökohdaksi määrittyi diabeteshoitajien erilaiset koulutustaustat, työnjaon selkeyttämisen tarve ja diabetestytön tunnettavuus. Kehittämisalueiksi tämän ruodon osalta määriteltiin muun muassa diabeteshoitajien täydennyskoulutusmäärien yhtenäistämisen tarpeen ja yhteistyön kehittämisen.

Ishikawa-kaavion osio	Lähtökohta kehittämistyölle	Kehittämistyöpajassa valikoituneet kehittämisalueet	Kehittämisalueiden vieminen käytäntöön
Menetelmät	Työskentelytapojen kehittäminen ja yhtenäistämisen.	Osaamisen hyödyntäminen	Osaamisen kartoitus ja kaikkien osaamisen käyttöönotto.
		Selkeät konsultaatiomahdollisuudet	Sovitetaan kampuksella toimivan diabetekseen perehtyneen lääkärin kanssa alueella toimiville diabeteshoitajille mahdollisuus konsultoida
		Lääkäreiden etävastaanotot	Audiovisuaalinen yhteys olisi riittävä, tämä olisi mahdollista jo, jos tarpeen.
		Yhtenäiset kriteerit vastaanotolle pääsemiseksi.	Hoitopolun päivittäminen, nähdään alueellisen diabetesryhmän tehtävänä
Tietojärjestelmät	Kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistämisen tarve. Sähköisten järjestelmien, kuten Hyvis ja turvallinen viestinvälitys tehokkaammin käyttöön. Sähköiset Info-alustat potilaiden käyttöön.	Silmänpohja kuvausten lausuntojen käsittely.	Yhtenäistetään käytäntö, lausunto kopioidaan DIAB-lehdelle.
		Terveyskylän diabetestalon käytön hostaminen ja ohjaaminen potilaille.	Dm-hoitajat ohjaavat aktiivisemmin oma-toimisia asiakkaita Terveyskylän käyttöön.
		Turvallinen viestinvälitys laajempaan käyttöön.	Ohjelma koetaan kankeaksi. Tietoisuuden lisääminen.
		Sähköisen ajanvarauksen käytön laajentaminen kaikille dm-vastaanotoille.	Sähköinen ajanvaraus ja tekstiviestimistutus käyttöön kaikille dm-vastaanotoille.
Tiedot	Päivittäin diabeteksen hoitoon osallistuvan henkilöstön erilaiset koulutustaustat. Työnjaon selkeyttäminen esh ja pth välillä. Diabeetikon hoitopolku Essotessa tulisi päivittää. Diabetestö tulisi tehdä tunnetummaksi tulevaisuuden osaajien saamiseksi.	Diabeteshoitajien täydennyskoulutus mahdollisuudet ovat olleet erilaiset, joten täydennyskoulutusmäärät tulisi tarkastella.	Diabeteshoitaja-nimikkeen kriteerit tulisi määritellä organisaatiossa ja kaikille tämän mukainen täydennyskoulutus. Myös sisäistä koulutusta tulisi lisätä.
		Yhteistyö sujuvaksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille.	Hoitopolun päivittäminen, yhteistyön kehittäminen. Tarve dm-toiminnan koordinoijalle, joka vetää yhteen käytäntöjä ja toimii tiedottajana.
		Yhdenmukaiset ja selkeät konsultaatiomahdollisuudet, konsultaatiokynnyksen madaltaminen.	Lääkärikonsultaatiot. Lisäksi nähtäisiin tarve diabeteksen hoitoa koordinoivalle diabetesvastuuhoitajalle.
		Tehtävänjako dm-potilaiden hoidosta.	Hoitopolun päivittäminen
		Diabetestö olisi tarpeen tehdä tunnetummaksi, jotta saadaan tulevaisuudessaakin osaajia.	Info video tms. diabetestöistä sekä Info-näytölle tiedote dm-vastaanotto toiminnasta. Viedään tarve tietoon kehittämissyksikköön ja tätä voisi tarjota opinnäytetyöksi amk-opiskelijoille.

Taulukko 1: Yhteenveto kehittämistyöpajan tuloksista ja valikoituneista kehittämisalueista

Kehittämistyöpajan tuloksia kävimme läpi työpajojen tulosten esittely tilaisuudessa diabeteshoitajien kanssa. Tapaamisen tarkoituksena oli tarkastella, mitä kehittämistyötä tosiasiallisesti on saatu tehtyä ja mitkä näistä on koettu hyödyllisiksi. Tapaamisessa kävimme keskustelua myös siitä, mitkä kehittämistyön tuloksista diabeteshoitajat näkevät tärkeimmiksi ensi sijassa eteenpäin vietäviksi asioiksi. Nyt jalkautettaviksi kehittämiskohteiksi tapaamisessa valikoituituivat:

1. Diabetestytöä koordinoivan hoitajan valinta. Hänen tehtävänään olisi huolehtia käytäntöjen yhtenäistämisestä ja toimia tiedottajana. Hänen tehtäviksi kuuluisi osaltaan myös diabeetikon hoitopolun päivittäminen ja yhteistyön kehittäminen.
2. Selkeiden konsultaatiomallien luominen sekä diabeteshoitaja-, että lääkäriconsultaatioihin.
3. Silmänpohjakuvauslausuntojen systemaattinen kopioiminen DIAB-lehdelle sihteereiden tekemänä.

7.4 Suunnitelma kehitystyön tulosten viemisestä käytäntöön

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä ja siihen liittyvässä kehittämistyöpajassa saatiin kehitettyä monia konkreettisesti toimintaa sujuvoittavia asioita. Hyvin monet työpajassa syntyneet kehittämisajatukset ovat hyvinkin toteutettavissa. Yksi tällainen kehittämisalue on alueella toimivien diabeteshoitajien konsultaatiomahdollisuuksien kehittäminen. Hoitajilla tulisi olla mahdollisuus konsultoida Mikkeli hyvinvointikampuksella toimivaa diabeteksen hoitoon perehtynyttä lääkäriä etenkin silloin, kun omalla alueella ei lääkäriä ole käytössä. Tämän osalta on tarve luoda selkeä konsultaatiomalli yhteistyössä hoitotyön esimiesten ja lääkäreiden kanssa. Myös diabeteksen hoitoa koordinoivan hoitajan tehtävänkuvan määrittäminen ja hoitajan valitseminen olisi mahdollista esimiehen kanssa käytävän työnjakokeskustelun puitteissa. Nämä asiat suunniteltiin työpajassa vietäväksi keskusteluun jo työpajan jälkeisellä viikolla olevaan tapaamiseen, jonka tarkoituksena on miettiä suuntia diabetestyön kehittämiselle Essotessa.

Työpajassa tuli esiin myös, että diabeteshoitaja-nimikettä käytetään hyvin erilaisilla taustoilla. Diabeteshoitaja-nimikkeelle on vuonna 2012 Diabeteshoitajien yhdistys laatinut kriteerit. Näissä kriteereissä määritellään, minkä laista koulutusta, työkokemusta ja työn sisältöä tulisi olla, jotta nimikettä voi käyttää. Oleellista on, että diabeteshoitaja-nimikettä käyttävän pidettävä yllä ammattitaitoaan ja jatkuvaa kouluttautumista. (Simonen 2012).

Taulukossa 2 on esitelty ne kriteerit, joilla diabeteshoitaja-nimikettä tulisi käyttää. Jatkossa olisi varmastikin pohdittava, olisiko myös Essotessa käytettävä näitä yleisesti käytössä olevia kriteereitä.

	Kriteerit diabeteshoitajanimikettä käyttävälle
Peruskoulutus	Sairaanhoitaja, terveydenhoitaja tai kättilö. Lisäksi suoritettuna jatko-opintoja diabeteshoitotyön alalta: esimerkiksi amk:ssa suoritettava diabeteshoitotyön 10-30 op koulutus tai Diabetesliiton järjestämä monimuotokoulutus (10 op.) sekä diabeteksen hoidon peruskurssi ja jatkokursseja.
Täydennyskoulutus	Diabetesliiton valtakunnallisia koulutuksia, muiden järjestäjien valtakunnallisia tai alueellisia koulutuksia, lääkealan yritysten, yhteistyökumppanien ja yhteisöjen koulutuksia. Vuosittain tulisi suorittaa vähintään kaksi täydennyskoulutusta siten, että mukana on valtakunnallinen koulutus vähintään kolmen vuoden välein.
Työkokemus	Vähintään vuosi, jos 76-100% työajasta diabeteshoitotyötä. Kaksi vuotta, jos työajasta 51-75% työajasta diabeteshoitotyötä. Vähintään kolme vuotta, jos 30-50% työajasta diabeteshoitotyötä. Diabeteshoitotyötä tulisi olla vähintään 11,5 h viikossa, jotta voidaan katsoa osaamisen säilyvän.
Työn sisältö	Diabeetikon hoitoa, hoidon seuranta, diabeetikon tukemista, hoidon ohjausta ja neuvontaa sekä lisäsairauksien ennaltaehkäisyä. Lisäksi diabeteksen ehkäisytyö, riskiryhmien seulonta ja näiden ryhmien seuranta. Diabeteshoitaja toimii konsulttoivana hoitajana sekä kouluttaa eri sidosryhmiä ja verkostoja. Diabeteshoitaja järjestää myös sopeutumisvalmennusta ja kuntoutusta. Myös tutkimustoiminta, oppilaitosyhteistyö tai yhteiskunnallinen vaikuttaminen voivat kuulua tehtäviin.

Taulukko 2, Diabeteshoitaja-nimikkeen käytön kriteerit (Simonen 2012).

Työpajassa todettiin myös, että Diabeteksen Hoitopolun päivittäminen Essotessa olisi todella tarpeellista mahdollisimman pian. Hoitopolun päivittämisellä työpajassa uskotaan oleva hyviä vaikutuksia myös tällä hetkellä hoitajien näkökulmasta hiukan epäselvään työnjakoon. Sen lisäksi päivitetty hoitopolku ohjaa potilaan saamaan oikeaa hoitoa, oikea aikaisesti, oikeasta paikasta. Hoitopolun päivittämistarve nähdään työpajassa alueellisen diabetesryhmän tehtäväksi ja työpajassa sovitaan, että päivittämisen tarve viedään ryhmän tietoon.

Niin ryhmätöissä, kuin yhteisessä keskustelussakin työpajassa tuli esiin, ettei omahoidon ohjauksessa toistaiseksi ole Terveyskylän Diabetestalo ole ollut kovinkaan aktiivisessa käytössä. Diabeteshoitajat ovat toistaiseksi melko vähän ohjanneet asiakkaita käyttämään Terveyskylää, vaikka sen olemassaolo ja myös laadukas sähköinen informaatio

hoitajille olikin tuttua. Työpajassa yhteisesti sovittiin, että Terveyskylän verkkopalveluiden pariin pyritään jatkossa aktiivisemmin ohjaamaan erityisesti omatoimisia asiakkaita.

Keskustelussa kävimme läpi myös silmänpohjankuvaus lausuntojen käsittelykäytäntöä. Keskustelussa ilmeni, että kaikilla diabeteshoitajilla alueella ei ole samanlaista tietoa, kuinka näitä lausuntoja tulisi käsitellä. Mikkelin hyvinvointikampuksella työskentelevien hoitajien mukaan käytännöksi on sovittu, että diabeteshoitajat kopioivat silmänpohjakuvausten lausunnot DIAB-lehdelle, potilaiden tullessa kohdalle. Työpajassa sovimme, että hyvinvointikampuksen diabeteshoitajat tiedottavat kaikkia alueella työskenteleviä diabeteshoitajia siitä, mikä sovittu käytäntö on ja jatkossa kaikki toimivat näiden suhteen samalla lailla. Systemaattinen silmänpohjalausuntojen siirtäminen DIAB-lehdelle olisi kuitenkin tarpeen myös ratkaista. Tähän ratkaisu voisi löytyä yhteistyössä sihteeripalvelujen kanssa.

Sähköisen ajanvarauksen ja tekstiviestimuistutusten tilanne on diabeteshoitajien vastaanottojen suhteen jo nyt hyvä ja Mikkelin hyvinvointikampuksella sähköinen ajanvaraus niin kuin tekstiviestimuistutukset ovatkin jo käytössä. Työpajassa kaikki alueella toimivat diabeteshoitajat suhtautuivat näihin sähköisiin palveluihin hyvin positiivisesti ja sen käytön laajentamisen tarpeellisuudesta kaikkiin alueen diabetestystä tekeviin yksiköihin oltiin yksimielisiä. Sähköisen ajanvarauksen ja myös tekstiviestimuistutusten osalta palvelujen käyttöönotto tapahtui hyvin joutuisasti työpajan jälkeen.

Työpajaan osallistuneet diabeteshoitajat olivat hyvin huolissaan diabeteksen hoidon osaamisen säilymisestä alueella nykyisten hoitajien eläköityessä. Myös muuten diabeteksen hoidon profiiliin nostolle nähtiin tarvetta. Sekä oman organisaation sisällä, että myöskin oppilaitoksissa olisi tärkeää tietää, mitä diabetestyy tosiasiallisesti on. Työpajaan osallistuneiden hoitajien näkemyksen mukaan työn sisältö ei ole tarpeeksi tunnettua, mikä ei houkuttele uusia tekijöitä. Työpajassa yhteisenä ajatuksena oli, että olisi tarpeellista lisätä tietoa diabetestyytä esimerkiksi Info-videon tai muun informatiivisen materiaalin kautta. Tällaista materiaalia olisi helppo jakaa erialisille sidosryhmille. Diabeteshoitajat näkivät, että omat resurssit tällaisen tekemiseen eivät tällä hetkellä riitä. Jatkossa voisi selvittää olisiko sellainen mahdollista saada esimerkiksi opinnäytetyönä. Tämä asia ajateltiin vietäväksi kehittämissyksikköön tiedoksi ja tarvittaessa diabeteshoitajat olivat kyllä halukkaita antamaan omaa asiantuntemustaan info-videon tai muun vastaavan materiaalin tekijän käyttöön.

Kaikkia hyviäkään kehittämistyöpajoissa syntyneitä ajatuksia ei käytännössä ole mahdollista jalkauttaa tässä vaiheessa käytäntöön. Osa syntyneistä ajatuksista, kuten laajemmin yhteiskäytössä olevat tietojärjestelmät, vaativat runsaasti kehittämistyötä. Osa työpajassa syntyneistä ajatuksista on myös varmasti sellaisia, joita on mahdollista organisaatiossa kehittää myöhemmässä vaiheessa.

Työpajojen tulosten esittelytilaisuudessa diabeteshoitajien kanssa esiin nousseesta kolmesta ensi sijassa jalkautettavasta kehittämiskohteesta ensimmäinen, koordinoivan hoitajan valinta, toteutunee kun hoitajan valinta saadaan tehtyä. Konsultaatiomallien luominen diabeteshoitajille ja -lääkäreille vaatii näistä eniten työtä, mutta tämän kehittelyä organisaatiossa jatketaan. Viimeinen kohta, silmänpohjalauseuntojen systemaattinen kointi sihteerin tekemänä työnä, on sellainen, jota kehittämisylivoittaja lähtee viemään eteenpäin yhteistyössä sihteerien esimiehen kanssa.

8 Pohdinta

8.1 Tulosten pohdinta

Kehittämistyöpajan tuloksista on tässä vaiheessa viety konkreettisina muutoksina käytäntöön sähköisen ajanvarauksen käytön laajentaminen kaikille Essoten diabetesvastaanotoille. Samoin tekstiviestimistutukset potilaalle tehdystä ajanvarauksesta saatiin jo käyttöön. Myös silmänpohjakuvauksen samanlainen käsittely kaikissa toimipisteissä sovittiin myös työpajassa vietäväksi käytäntöön saman tien niissä tapauksissa, kun hoitaja on kontaktissa potilaaseen. Näiden lisäksi kehittämistyöpajoissa keskusteltiin Terveyskylän Diabetestalon käytön tehostaminen, ja etenkin omatoimisten potilaiden ohjaaminen tämän käyttöön on lisääntynyt. Käypä hoito -suositusten mukaan potilaan omahoito, omahoidon ohjaus ja annettava tuki on keskeisessä osassa ja nämä suunnitella aina yksilöllisesti. Diabetestalon käytön tulisi jatkossa olla yksi osa omahoidon suunnittelua.

Näillä jo nyt saavutetuilla kehittämistyön tuloksilla on positiivisia vaikutuksia potilaan hoitoprosessin sujuvuuteen Essoten diabeteskeskuksessa. Virtaustehokkuus on parantunut, kun sähköisen ajanvarauksen myötä potilas saa pääsääntöisesti suoraan itselleen sopivan ajan vastaanotolle, ja potilaalle sopimattomien aikojen vaihtaminen vähentynyt.

Lisäksi tekstiviestimuistutusten myötä käyttämättä jääneet vastaanottoajat todennäköisesti vähenevät, joka edelleen edesauttaa virtaustehokkuutta. Virtaustehokkuuteen vaikuttaa myös silmänpohjakuvauslausuntojen samanlainen käsittely, kun lausunnon etsimiseen ja ehkä jopa päällekkäisten tutkimusten tekemiseen käytetty aika voidaan käyttää potilaalle arvoa tuottavaan työhön. Diabetestalon käytön lisääntyminen lisää arvoa tuottavan työn osuutta, kun potilas voi saada arvoa myös silloin kun hän ei ole suorassa kontaktissa hoitavaan tahoon. Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä löysimme siis käytäntöjä, joiden myötä potilaan saama arvo hoidostaan kasvoi. Nämä hoitokäytäntöjen muutokset hyödyntävät etenkin omatoimisia asiakkaita, jotka hoitavat mielellään itse asioitaan verkossa. Tätä myötä hoitohenkilökunnan aikaa ja resurssia vapautuu hoitamaan muita tehtäviä, sekä saadaan hillittyä tarvetta jatkuvalla resurssin lisäämiselle. Oda hankkeeseen liittyen Suomalainen (2016) on todennut, että nykyisiä toimintamalleja on välttämätöntä muuttaa, sillä sote-palvelujen kysyntä kasvaa jatkuvasti ja meillä on ongelmia julkisten palveluiden tuottavuudessa, saatavuudessa ja myös laadussa. Tähän osaltaan voidaan tällä kehittämistyöllä vastata.

Kehittämistyön tavoitteena oli myös hukan poistamien potilaan hoitoprosessista. Tämä tavoite saavutettane sitä myötä, kun diabetespotilaan hoitopolku Essotessa päivitetään. Hoitopolun päivittäminen Essotessa nähtiin työpajassa hyvin tarpeelliseksi, mutta sen päivittäminen opinnäytetyön valistumisen aikataulussa ei ole ollut mahdollista. Potilaan kannalta hukkaa usein syntyy myös perättäisistä ja päällekkäisistä hoitokontakteista. Tältä osin hukan poistamisen keinona voitaisiin nähdä konsultaatiokäytäntöjen kehittäminen. Tätä myötä potilas saisi yhdellä käynnillä useammin kokonaisvaltaisemmin tarvitsemansa avun. Hujala ja Lammintakanen (2018) ovat tutkimuksessaan Paljon sote-palveluja tarvitsevat ihmiset keskiöön todenneet, ettei ammattilaisten yhteistyö ole aina helppoa, vaikka siihen olisi haluakin. Yhteistyön edellytyksenä on toisen kunnioittaminen, eli sote-ammattilaisten osalta toisen ammattilaisen toisenlaisen osaamisen arvostamisesta. Myös turvallisen viestin välityksen avulla voisi säästyä käyntejä, kun potilaalla ja terveydenhuoltoalan ammattilaisella olisi viestinvälitysjärjestelmä, jota olisi molemmin puolin tietoturvallista käyttää. Potilaiden käyntiaikoja voitaisiin peräti harventaa hyvässä hoito tasapainossa olevien potilaiden osalta, kun potilas saisi kuitenkin yhteyden ammattilaiseen helposti.

Yhtenä merkittävänä tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksena voitane nähdä myös prosessijohtamismallin tuntemuksen lisääntyminen ja jatkuvan kehittämisen kult-

tuurin jalkauttaminen. Grabanin (2012) esittelemä PDSA-kehä on hyvä lähtökohta jatkuvalle kehittämiselle organisaatiossa. Nykypäivänä sote-maailma kehittyy hyvin ripeään tahtiin, ja ymmärryksen mukaan alalla ollaan menossa yleisesti kohti prosessijohtamista. Näin ollen kehittämistyöhön osallistunut henkilöstö on saanut oppia siitä, kuinka kokeilujen kautta tulevaisuudessa sote-alaa mahdollisesti kehitetään.

Diabetesvastuuhoitaja-asia on nähty organisaatiossa tarpeelliseksi, mutta hoitajan nimeäminen tehtävään on vielä kesken. Tämä työpajatyöskentelyn myötä esiin tullut kehittämiskohde edennee omalla aikataulullaan, mutta isossa organisaatiossa tämän kaltaiset muutokset vaativat aikansa. Samoin kuin toinenkin tulosten esittelytilaisuudessa ensi sijassa jalkautettavien kehittämisalueiden joukkoon valikoitunut konsultaatiokäytäntöjen kehittäminen. Ja vaikka silmänpohjakuvausten käsittely hoitajien toimesta saataisiinkin samankaltaiseksi, on kaikki nämä lausunnot ehdottoman tärkeää saada systemaattisesti ja tehokkaasti jatkossa oikeaan paikkaan.

Essoten Diabeteskeskuksen toiminnan sujuvoittaminen oli aiheena erittäin ajankohtainen. Essote on uudehko sote-kuntayhtymä ja vastaavia sote-uudistuksia on tehty ja tekeillä myös muualla maassamme. Osa alueista kuitenkin odottaa lainsäädännöllisiä linjauksia. Todennäköisesti kaikissa vastaavissakin alueellisissa uudistuksissa painitaan samojen asioiden parissa, kun toimintojen uudistuessa integraatioiden hakeminen ja yhtenäisten toimintatapojen luominen on välttämätöntä. Opinnäytetyöni vie osaltaan Essotessa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatioita eteenpäin.

Kehittämistyön myötä on tullut näkyväksi sellaisia vielä ratkaisemattomia eri organisaatioista tulleiden työtapojen ja ohjeiden yhtenäistämisten ongelmia, jotka eivät ole ilmeneet muissa yhteyksissä. Tästä esimerkkinä voidaan mainita, että Essotessa diabeteshoitotyötä on diabeteshoitajille tehdyn kyselyn mukaan edelleen tehty toisistaan poikkeavien ohjeiden perusteella, eikä kaikilla diabeteshoitajilla ole ollut samanlaisia mahdollisuuksia konsultoida lääkäriä. Myöskään hoitajien väliset konsultaatiokäytännöt ovat olleet ratkaisematta uudessa organisaatiossa. Vaikka näitä kaikkia asioita ei voida ratkaista tämän tutkimuksellisen kehittämistyön puitteissa, on näitä integraatiossa kesken olevia asioita tehty näkyväksi ja pohdittu, mikä taho voisi mitäkin ongelmaan jatkossa lähteä selvittämään.

Yhtenä melko merkittävänä asiana tämän kehittämistyön myötä näen sen, että Essoten diabeteshoitajat ovat tutustuneet toisiinsa. Osa kehittämistyöpajaan osallistuneista diabeteshoitajista oli toisilleen vieraita. Hujanen ja Lammintakanen (2018) ovat todenneet, että onnistunut ammattilaisten välinen yhteistyö vaatii molemminpuolista luottamusta. Luottamus on uskoakseni helpompi rakentaa tuttujen ihmisten kesken. Lisäksi tutustuminen ja toisten työnkuvien tunteminen jo osaltaan helpottaa konsultaatioita. Toisaalta opinnäytetyö jo itsessään lisää tietoisuutta Essotessa diabeteshoitajan työstä, minkä lisäksi kehittämistyöpajassa nähtiin tarve diabeteshoitotyön tekemisestä tunnetummaksi. Tähän keinoiksi työpajassa ajateltiin, että jatkossa tehtäisiin video diabeteshoitotyöstä ja hyödynnettäisiin jo olemassa olevia Essoten info-näyttöjä tekemällä niihin materiaalia diabeteshoitotyöstä.

Terveyskylän käytön tehokkaampi hyödyntäminen olisi nähdäkseni yleistettäväksi tehokkaampaan käyttöön myös muualla Essoten vastaanottoalueella. Terveyskylää ei tällä hetkellä tietääkseni hyödynnetä ohjaamisen apuvälineenä muuallakaan Essotessa erityisen laajasti. Todennäköisesti sen tuntemus, yliopistosairaaloiden tuottaman päivitetyn tiedon lähteenä ei ole kovinkaan laajaa, mikä saattaa olla käytön vähyyden syynä. Toinen muuallekin vastaanottoalueella laajemmin käyttöön otettava asia on sähköinen ajanvaraus ja tekstiviestimäistutukset. Tekniikan jo ollessa olemassa on tämän käytön laajentaminen suhteellisen yksinkertaista. Samoin asianlaita on myös turvallisen viestinvälityksen osalta, jonka käyttöä tulisi yleisesti organisaatiossa laajentaa.

8.2 Tutkimuksellisen kehittämistyön luotettavuuden ja eettisyyden arviointi

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksien tarkastelussa tulee pohtia tulosten validiteettia. Vaikka vastauksia kysymyksiin kehittämistyön pohjaksi saatiin useita ja myös kehittämistyöpajassa oli hyvin osallistujia, niin otos jäi melko ohueksi erikoissairaanhoidon näkökulmasta. Tuloksissa on siis mahdollista, että kehittämistyön tuloksiin olisi noussut myös muita asioita, mikäli erikoissairaanhoidon näkemys olisi saatu laajemmin mukaan. Jonkinlainen vinouma tuloksissa on siis tältä osin mahdollinen. Näkemykseni mukaan tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä saatiin joka tapauksessa aikaan sellaisia kehittämisalueita, jotka ovat yleistettävissä niin perusterveydenhuoltoon kuin erikoissairaanhoidonkin.

Tutkimuksen reliabiliteetti on laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuteen liittyvä termi, jolla tarkoitetaan sitä, onko tutkimuksen aineisto käsitelty ja analysoitu luotettavasti.

Nämä kysymykset nousevat esiin erityisesti siinä vaiheessa, kun siirrytään empiirisestä aineistosta analyysin kautta tulkintaan. Ideaalitulanteessa voidaan ajatella, että toinen tutkija olisi päätenyt samalla aineistolla samaan tulokseen. (Anttila 2014.) Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön osalta pohdittavaksi nousee ennen kaikkea se, vaikuttaako tutkijan kehittämistyön kohteesta poikkeava koulutus tutkimuksen toistettavuuteen. Mikäli tutkimusta olisi tehnyt samasta ammattialataustasta oleva henkilö, kuin ne henkilöt, joiden työtä kehitettiin, niin olisiko tutkija tulkinnut aineistoa samalla tavalla. Näkemykseni mukaan tutkijan pääasiallinen tehtävä on tuoda tutkimukseen menetelmäosaamista, eikä tutkijan ole tarpeen olla tutkittavan alan substanssiosaaja. Toki tutkijan tulee tuntea ja ymmärtää tutkimaansa ilmiötä, mutta kun tutkittava asia ei ole tutkijalle liian läheinen, niin liiallinen esiymmärrys aiheesta ei pääse sotkemaan aineiston analyysiä.

Tutkimusta tehdessä on tiedon hankinnassa ja julkaisemisessa noudatettu yleisesti hyväksyttyjä periaatteita. Tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu riittävän yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. (Hirsjärvi 2009; 23-24.) Tässä tutkimuksessa tutkimusaineistoa on säilytetty ainoastaan sähköisessä muodossa ja siihen ei ole päässyt käsiksi kuin tutkimusta tekevä henkilö.

Tutkimuksen kaikissa vaiheissa siihen osallistuneet henkilöt ovat saaneet päättää itse haluavatko he osallistua tutkimukseen. (Hirsjärvi 2009; 25.) Kehittämistyö on tehty yhteistyössä Essoten diabeetikoiden hoitoon osallistuvan henkilökunnan kanssa ja he ovat antaneet tietoisuuden tutkimukseen osallistumiseen joko vastaamalla itse sähköpostilla kysymyksiin tai osallistumalla kehittämistyöpajaan. Työssäni olen raportointivaiheessa pyrkinyt tietoisesti kiinnittämään huomiota siihen, ettei vastauksista pysty yksilöimään vastauksen antajaa. Tämä on ollut erityisen tärkeää, sillä tutkimukseen osallistuva henkilöstö on verrattain pieni.

Tutkimustyön raportoinnissa on vältettävä epärehellisyyttä, kuten toisen tekstin plagiointia (Hirsjärvi 2009; 26). Työssäni olen merkinnyt kaikki lainukset asianmukaisin lähdeviitein, myös aikaisemmin Essotessa tehdyt selitykset. Raportissa ei myöskään saa tutkimuksen tuloksia yleistää ilman kritiikkiä, niitä ei saa sepittää tai myöskään kaunistella (Hirsjärvi 2009; 26). Tutkimusta tehdessäni olen kiinnittänyt erityistä huomiota siihen, ettei oma suhteeni eli saman työnantajan palveluksessa työskentely, ole päässyt vaikuttamaan tutkimuksen tuloksen.

8.3 Jatkotutkimushaasteet

Yhtenä jatko kehittelyn kohteena näen Essotessa asiakkaiden segmentoinnin. Olisi hyvin tärkeää, että jatkossa jokaisen asiakkaan kanssa suunniteltaisiin hoidon tarve yksilöllisesti yhdessä asiakkaan kanssa. Sote-menojen jatkuvasti kasvaessa tulevaisuudessa ei olemaan varaa tarjota kaikille asiakkaille samantasoista palvelua ilman tarveharkintaa. Se, mikä keino potilaiden segmentointiin valitaan, ei ole merkitystä. Suuntima-verkkopalvelu on koettu hyväksi Pirkanmaalla, muuta tulevaisuudessa nähdään, onko se sopivin Essoten toimintaympäristössä.

Tässä kehittämistyössä paneuduttiin etsimään kehittämiskohteita ja niiden ratkaisuja kolmesta Ishikawa-kaavion ruodosta, eli menetelmistä, tietojärjestelmistä ja tiedoista. Ishikawa kaaviossa on vielä kolme muuta ruotoa; ihmiset, mittarit ja ympäristö. Näistä nyt käsittelemättä jääneistä ruodoista olisi nähdäkseni Ihmiset-ruoto seuraavaksi hyvä ottaa tarkasteluun organisaatiossa. Opinnäyteytötä tehdessäni minulle on selvinnyt, että Essotessa diabeteshoitaja-nimikettä käytetään hyvin erilaisilla koulutus-, työssäoppimis- ja täydennyskoulutustaustoilla olevilla hoitajilla. Kaikilla Essoten muodostaneilla aikaisemmillä organisaatiolla ei ole ollut samanlaiset käytännöt nimikkeiden käytöstä, eikä kaikilla ole ollut samanlaisia mahdollisuuksia täydennyskoulutukseen. Osaamisen tarkastelu ja tarvittava osaamisen yhtenäistäminen olisi tavoiteltavaa ja edesauttaisi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatiota.

Diabeteshoitaja-nimikkeen käytön kriteerien tarkastelu olisi jatkossa tehtävä pohjautuen Simosen (2012) artikkeliin. Lisäksi tämän kaltainen osaamisen yhtenäisyyden tarkastelu ja tarvittaessa osaamisen yhtenäistäminen olisi tehtävä läpi leikaten koko Essoten organisaatiossa ja kaikkien niiden nimikkeiden kohdalla, joiden kelpoisuutta ei määritellä laissa. Osaan nimikkeistä löytynee olemassa olevat kriteerit ja toisille nimikkeille tulisi Essoten sisällä tehdä yhtenäinen määrittely. Tätä voisi ajatella seuraavaan PDSA-syklin aiheeksi.

Erittäin tärkeänä kehittämisalueena näen jatkossa yhteistyön kehittämisen. Hukan poistamisen kannalta on erittäin tärkeää saada perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö niin sujuvaksi, ettei samassa organisaatiossa tehdä näiden välillä päällekkäistä työtä. Yhteistyö tulee saada sujuvaksi myös kaikkien eri organisaatioista Essoteen siirtyneiden perusterveydenhuollossa toimivien diabeteshoitajien kesken. Näiden lisäksi

kehitettävää on vielä myös lääkäri - hoitaja -yhteistyössä, etenkin konsultaatiokäytäntöjen osalta. Kehittämistyön tekemisen aikana, niin kyselyn, työpajan kuin diabeteshoitajien kanssa käytyjen keskusteluiden perusteella, minulle on syntynyt ajatus siitä, että erityistä huomiota tulee jatkossa kiinnittää toisten työn arvostamisen kehittämiseen ja ”siilorajojen” poistamiseen.

Jatkossa Essoten Diabeteskeskuksessa, ja myös toki kaikkialla muuallakin organisaation sisällä, tulee nähdäkseni kiinnittää huomiota jatkuvan kehittämisen kulttuurin luomiseen ja ylläpitämiseen. Tämä kyseinen opinnäytetyö on osaltaan jalkauttanut PDSA-kehän ajatusta Diabeteskeskukseen, mutta Lean-filosofian syvällisempää istuttamista osaksi organisaatiokulttuuria olisi nähdäkseni jatkossa pidettävä yllä ja kehittävä edelleen.

Lähteet

Anttila, Pirkko, Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. 2014. Verkkojulkaisu. <https://metodix.fi/2014/05/17/anttila-pirkko-tutkimisen-taito-ja-tiedon-hankinta/#10.1> Luettu 14.9.2018.

Diabeteksen talon tapa Juvan tk, lääkärin osuus. Juva, 2015. Julkaisematon lähde.

Diabeteksen talon tapa/Hoitajan vastaanotto. Juva, 2015. Julkaisematon lähde.

Diabetes. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkärin yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50056>. Luettu 3.11.2017.

Diabetes on monta diabetesta, Diabetesliitto. https://www.diabetes.fi/diabetes/yleista_diabeteksesta. Luettu 11.9.2017.

Esper, Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymä. <http://esper.fi/>. Luettu 11.9.2017.

Essote uudistuu, rakentaa ja sopeuttaa taloutta 2018. <https://www.essote.fi/essote-uu-distuu-rakentaa-ja-sopeuttaa-taloutta-2018/>. Julkaistu 5.10.2017.

Etelä-Savon maakunta. Verkkojulkaisu. <http://www.etela-savo.fi/> Luettu 5.7.2018.

Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymä. Hallitus. 26.4.2018 ja 11.6.2018. <http://esshp-internet.oncloudos.com/cgi/DREQUEST.PHP?page=meetings&id=1> Luettu 6.7.2018.

Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymän strategia 2017, Valtuusto. <https://www.essote.fi/wp-content/uploads/sites/2/2016/01/essoten-strategia.pdf>. Luettu 3.11.2017

Etelä-Savon uusi sote palvelukonsepti -perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalvelujen integroitu toimintamalli. ESSO-hanke 2014-2016. ESSOTE 2016.

Verkkajulkaisu. https://www.essote.fi/wp-content/uploads/sites/2/2016/12/esso_loppu-raportti-2014-2016_28.11.2016.pdf. Luettu 12.5.2018.

Graban Mark, Lean Hospitals. 2012. USA.

Harala Ulla, Suuntima - oman hoidon suunnittelua yhdessä ammattilaisen kanssa. Kurkiaura-hanke. http://www.jyvaskyla.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvaskylawwwstructure/82307_78763_Harala_Peurunka3.pdf Luettu 6.12.2017.

Hirsjärvi Sirkka, Remes Pirkko, Sajavaara Paula, Tutki ja Kirjoita. Hämeenlinna, 2009.

Hujala Anneli, Lammintakanen Johanna, Paljon sote-palveluja tarvitsevat ihmiset keski-öön. Kunnallissalan kehittämissäätiö. 2018. Verkkajulkaisu. <https://kaks.fi/julkaisut/paljon-sote-palveluja-tarvitsevat-ihmiset-keskioon/>. Luettu 12.1.18

Huoltosuhde. Kuntaliitto, 2017. Verkkajulkaisu. <https://www.kuntaliitto.fi/tilastot-ja-julkaisut/kuntakuvaajat/huoltosuhde>. Luettu 12.5.2018.

Jarvala Tiina, Raitanen Jani, Rissanen Pekka. Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998–2007. Diabetesliitto. Verkkajulkaisu. <https://www.diabetes.fi/files/1264/Kustannus-raportti.pdf>. Luettu 31.3.2018.

Kela, Kelasto-raportit. Verkkajulkaisu. http://raportit.kela.fi/ibi_apps/WFServlet. Luettu 19.1.2018.

Kelpo Polku. Oikea hoito, oikeaan aikaan. 2015. Verkkajulkaisu. https://www.parkinson.fi/sites/default/files/kelpopolku_lean_mallihoitopolusta.pdf. Luettu 31.3.2018.

Leväsluoto Johanna, Kivisaari Sirkku, Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali -ja terveydenhuollon palvelumalleja. VTT. Espoo, 2012. <http://www.vtt.fi/inf/pdf/technology/2012/T62.pdf> Luettu 6.12.2017.

Lillrank Paul. Lean-ajattelu terveydenhuollossa. Nordic Healthcare Group. 2010. Verkkajulkaisu. http://nhg.fi/doc/NHG_Lean_Whitepaper.pdf. Luettu 24.3.2018.

Manka Marja-Liisa, Hakala Liisa, Nuutinen Sanna, Harju Riitta. Työn iloa ja imua -työhyvinvoinnin ratkaisuja pientyöpaikoille. Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos Tampereen yliopisto 2010. Verkkojulkaisu. <http://www.uta.fi/jkk/tyovirta/materiaalipankki/Työ%20iloa%20ja%20imua.pdf>. Luettu 12.3.2018.

Mikä Kainuun sote. Kainuun sote. Verkkojulkaisu. <https://sote.kainuu.fi/mika-kainuun-sote>. Luettu 28.5.2018.

Modig Niklas, Åhlström Pär, Tätä on Lean. Tukholma, 2015.

NHG (Nordig Healthcare Group). Sitra, Kela ja Oulun kaupunki Rahoituskanavat ylittävä palvelunkäyttö. 2013. Verkkojulkaisu. http://www.jyvaskyla.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvaskylawwwstructure/74944_Komssi_Monikavarahoitus_Peurunka2.pdf. Luettu 24.5.2018.

Kontti, Mikko. Etelä-Savossa väestön huoltosuhte on karu — Jokaista kymmentä työikäistä kohti on seitsemän huollettavaa. Länsi-Savo, 30.3.2018. Verkkojulkaisu. <https://lansi-savo.fi/uutiset/lahella/f10622df-6297-49ae-aada-f86b1799cace>. Luettu 12.5.2018.

Mäkijärvi Markku, LEAN-MENETELMÄ SUOMALAISESSA TERVEYDENHUOLLOSSA -kokemuksia ja haasteita HUS:ssa. Sosiaali- ja terveystieteiden MBA -tutkielma, Tampereen teknillinen yliopisto. 2013. Verkkojulkaisu. http://www.hus.fi/hus-tietoa/materiaalipankki/esitysmateriaalit/Yleinen%20piilokirjasto%20yksittisille%20tiedostoille/Lean-menetelma_suomalaisessa_terveydenhuollossa.pdf. Luettu 24.3.2018.

Pekuri Aki, Herrala Maila, Lean-organisaatiota rakentamassa -henkilöstön osallistaminen ja kulttuurinmuutoksen kulmakivet. Rakentajan kalenteri 2013. Verkkojulkaisu. <https://www.rakennustieto.fi/Downloads/RK/RK130702.pdf> Luettu 25.2.2018.

Potilaan polku uudella vastaanottoalueella, Esper-hanke, Kaste. Etelä-Savon sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. 2016.

Sillanpää Kirsi, Mattila Hanna. Parkinsonin taudille sujuva hoitopolku lean-ajattelun avulla. Mediatiedote. Tehy. 2015. Verkkojulkaisu. <https://www.tehy.fi/fi/mediatiedote/parkinsonin-taudille-sujuva-hoitopolku-lean-ajattelun-avulla>. Luettu 31.3.2018.

Simonen Ritva. Kuka on diabeteshoitaja? Diabeteshoitajien yhdistys julkaisi nimikkeen kriteerit. Diabetes ja lääkäri -lehti 4/2012. 41. vuosikerta. Suomen Diabetesliitto.

Siun sote- Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän tiedotuslehti. Verkkojulkaisu. http://www.siunsote.fi/documents/4823935/4972286/Siunsote_tiedotuslehti_tammikuu2017/170764e7-eb81-40f3-b3f3-6d87fedf3a15. Luettu 28.5.2018.

Sosiaali- ja terveyspalvelut Eksotessa. Eksote. Verkkojulkaisu. <http://www.eksote.fi/eksote/Sivut/default.aspx>. Luettu 28.5.2018.

Suomalainen Tiina. Oda-hanke muuttaa toimintamallia. Sosiaali- ja terveystieteiden aikakauslehti, TESSO. 2016. Verkkojulkaisu. <https://tesso.fi/artikkeli/oda-hanke-muuttaa-toimintamallia>. Luettu 29.3.2018.

Talousarvioesitys 2017. Essote. <https://www.essote.fi/wp-content/uploads/sites/2/2016/11/essoten-talousarvioesitys-2017-3.pdf>. Luettu 2.11.2017.

Tarkennusta terveystieteiden diabeteshoitajan työn sisältöön. Mikkeli, 2015. Julkaisu-maton lähde.

Tarkiainen Tuula: Kehittämissuunnitelmaa Etelä-Savon sosiaali- ja terveystieteiden alueellisesta diabetesosaamisverkostosta, Esper-hanke. 2016.

Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Diabeteksen kustannukset. Verkkojulkaisu. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/diabetes/diabeteksen-kustannukset>. Luettu 20.1.2018.

Tietoa meistä, Essote, <https://www.essote.fi/tietoa-meista/>. Luettu 11.9.2017.

Tilastotietoa diabeteksestä, Diabetesliitto. Verkkojulkaisu. https://www.diabetes.fi/diabetes/yleista_diabeteksesta/tilastotietoa#Diabeetikoidenmr. Luettu 19.1.2018.

Torkkola Sari, Lean asiantuntijatyön johtamisessa. Talentum Pro. Helsinki 2016.

Toikko Timo, Rantanen Teemu. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere. Tampereen yliopistopaino Oy 2009.

Tyypin 1 diabeteksen hoito on aina insuliini. Diabetesliitto. 2017. Verkkojulkaisu. https://www.diabetes.fi/diabetes/tyypin_1_diabetes. Luettu 24.3.2018.

Tyypin 1 diabetesta sairastavien hoidon kehittäminen. Asiantuntijaryhmän raportti, Diabetesliitto 2014. Verkkojulkaisu. https://www.diabetes.fi/files/3903/Tyypin_1_diabeteksen_hoidon_kehittaminen_-raportti.pdf. Luettu 31.3.2018

Uusitalo, Mikko 2012. LEAN SIX SIGMA KONSEPTI Diplomityö. Verkkodokumentti. <https://dspace.cc.tut.fi/dpub/bitstream/handle/123456789/21304/uusitalo.pdf>. Luettu 11.3.2018.

Valtioneuvosto. Maakunta- ja sote-uudistus. Sote-uudistuksen tavoitteet. Verkkojulkaisu. <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet>. Luettu 29.5.2018.

Valtioneuvosto. Maakunta- ja sote-uudistus. Maakunta- ja sote-uudistuksen aikataulusuunnitelma on päivitetty. Verkkojulkaisu. https://alueuudistus.fi/artikkeli/-/asset_publisher/maakunta-ja-sote-uudistuksen-aikataulusuunnitelma-on-paivitetty. Luettu 5.7.2018.

Valtioneuvosto. Maakunta- ja sote-uudistus. Sosiaali- ja terveystieteiden integraatio. Verkkojulkaisu. <https://alueuudistus.fi/integraatio> Luettu 15.10.2018.

Verensokerin säätely. Tyypin 1 diabetes. Diabetesliitto, 2017. Verkkojulkaisu. https://www.diabetes.fi/diabetes/tyypin_1_diabetes/verensokerin_saately. Luettu 12.5.2018.

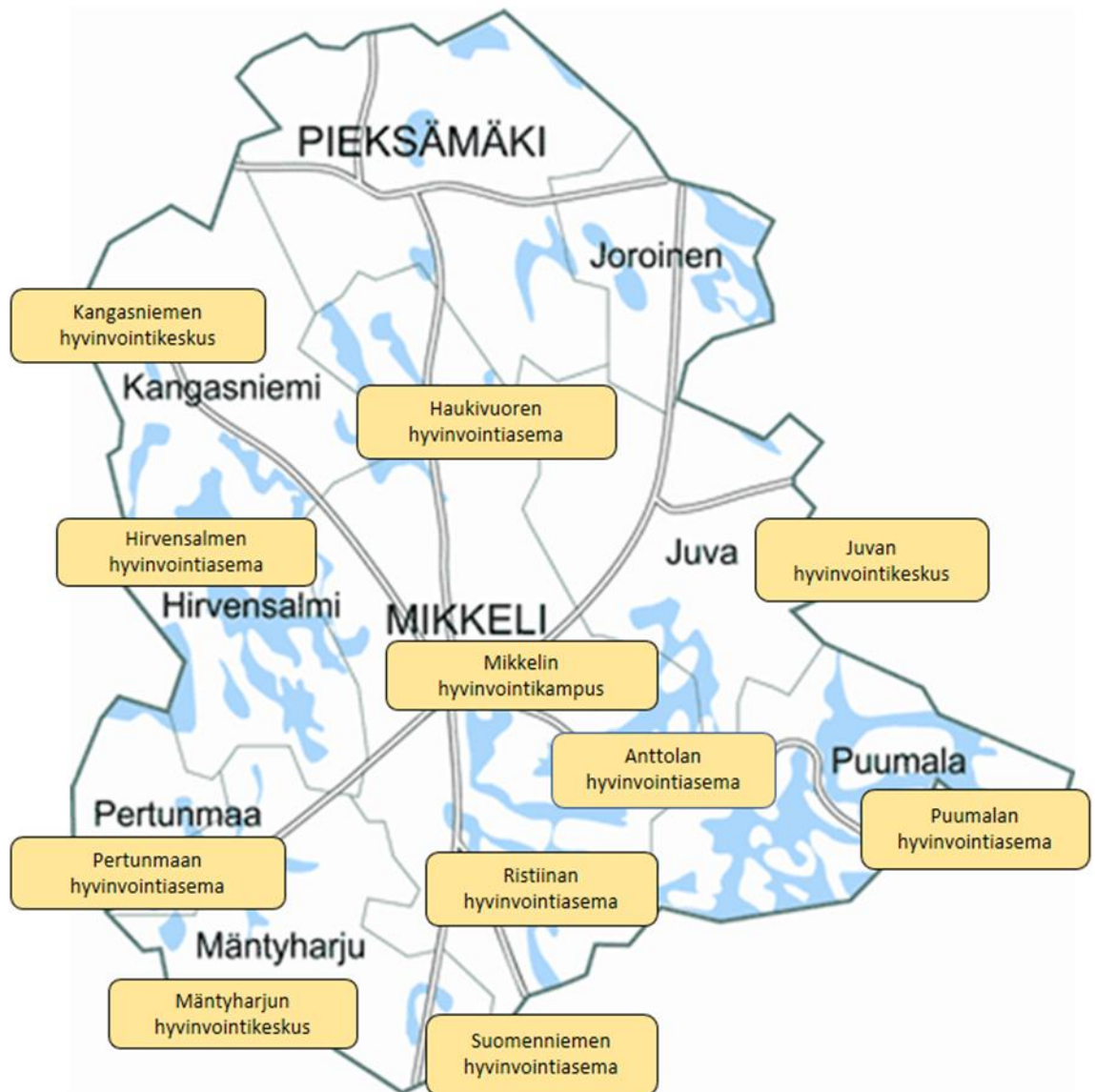
Väisänen Jouni. Viiden ässän kehitysohjelma. Six Sigma-sivusto. Verkkojulkaisu. Julkaistu 15.01.2013. <http://www.sixsigma.fi/fi/artikkelit/viiden-assaen-kehitysohjelma/> Luettu 25.2.2018.

Väyrynen, Heli. Hoitaja johtaa harvoin lääkäreitä. Kaleva 30.3.2014. Verkkojulkaisu. <http://www.kaleva.fi/uutiset/kotimaa/hoitaja-johtaa-harvoin-laakaria/660308/>. Luettu 12.5.2018.

Yksilöllinen hoito ja elintavat kuntoon. Diabetesliitto. 2017. Verkkojulkaisu. https://www.diabetes.fi/diabetes/tyypin_2_diabetes. Luettu 24.3.2018.

YSA - Yleinen suomalainen asiasanasto, Finto. Verkkojulkaisu. <https://finto.fi/fi/>. Luotu 1986, muokattu 2016. Luettu 2.11.2017.

Liite 1, Essoten hyvinvointikampus, -keskukset ja -asemat



(Tietoa meistä, Essote 2017)

Liite 2, A3-työkalu

1. Lähtökohta		2. Nykytilanne	
3. Syyn analyysi (Miksi? Miksi?...)			
4. Tavoitetila		5. Toimeenpanon suunnitelma	
	Mitä?	Kuka?	Koska?

(Uusitalo 2012.)

Liite 3. Sähköpostikysely diabeteshoitajille

Hei,

Teen Sosiaali- ja terveysalan palvelujen johtamisen ylemmän AMK:n opinnäytetyötä Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän Diabeteskeskuksen toiminnan kehittämistä Lean-prosessijohtamisen keinoin. Opiskelen Helsingissä Metropolia AMK:ssa. Opinnäytetyötäni Essotessa ohjaa ylihoitaja Heidi Häkkinen.

Olin keskiviikkona 17.1.2018 Diabetesyhdyshenkilöiden kokoontumisessa kertomassa lyhyesti opinnäytetyöstäni. Liitteenä tässä s-postissa on tässä tilaisuudessa pitämäni lyhyt kooste työni tarkoituksesta ja menetelmistä sekä myös tutkimussuunnitelma.

Tässä vaiheessa tutkimuksellista kehittämistyötäni esitän teille, Essotessa diabetespotilaiden hoitotyön asiantuntijoille, muutamia kysymyksiä liittyen työhönne ja diabetespotilaan hoitopolkuun. Tarkoitus on kerätä ennakkotietoa potilaan hoitoprosessista ja henkilökunnan käytössä olevista ohjeista. Vastaathan kysymyksiin viimeistään perjantaina 16.2.2018.

Vastaathan seuraaviin kysymyksiin:

- Kerro lyhyesti oma näkemyksesi diabetespotilaan hoitopolusta Essotessa.
- Mitä kirjallisia ohjeita sinulla on käytössäsi liittyen diabetespotilaan hoitoon Essotessa? Kuka ohjeet on laatinut ja mistä olet ne saanut käyttöösi.
- Mikä on sinun roolisi diabetespotilaan hoidossa? Miten suuren osan työajastasi käytät diabetespotilaiden hoitamiseen?
- Mitä haasteita koet olevan diabetespotilaan hoidossa Essotessa?
- Mikä on mielestäsi diabetespotilaan hoidon tulevaisuus Essotessa?

Mikäli käytössäsi on kirjallista materiaalia, voit liittää sen vastaukseesi.

Vastauksista kiittäen;
Johanna

Johanna Puhakka
Opiskelijanumero: 1707596
Sosiaali- ja terveysalan palvelujen johtaminen
S1717S6