

KOTIHEMODIALYYSIÄ EDISTÄVÄT JA ESTÄVÄT TEKIJÄT POTILAAN, HENKILÖKUNNAN JA ORGANISAATION NÄKÖKULMASTA

Pia Salmi
PRO GRADU-TUTKIELMA
Hoitotiede
Turun yliopisto
Hoitotieteen laitos
Maaliskuu 2019

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

TURUN YLIOPISTO
Hoitotieteen laitos

SALMI, PIA: Kotihemodialyysiä edistävät ja estävät tekijät potilaan, henkilökunnan ja organisaation näkökulmasta

Pro gradu –tutkielma, 33 s., 12 liites.
Hoitotiede
Maaliskuu 2019

Tutkimuksen tarkoituksena oli tunnistaa kotihemodialyysin edistäviä ja estäviä tekijöitä, potilaan, henkilökunnan ja organisaation näkökulmasta. Tutkimuskysymykset olivat ”Mitkä ovat kotihemodialyysiä edistävät tekijät potilaan, henkilökunnan ja organisaation näkökulmasta?” ja ”Mitkä ovat kotihemodialyysiä estävät tekijät potilaan, henkilökunnan ja organisaation näkökulmasta?”.

Tutkimus toteutettiin integratiivisella kirjallisuuskatsauksella. Kirjallisuuskatsaukseen haettiin tietoa CINAHL (EBSCO) & PUBMED tietokannoista. Mukaan valittiin 26 tutkimusta. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Edistäviä tekijöitä potilaalle olivat mm. riittävän ajoissa annettu informaatio hoitovaihtoehdoista. Tieto lisäsi potilaan halukkuutta valita hoitomuodoksi kotihemodialyysi. Annettuun informaatioon vaikuttivat henkilökunnan tietoisuus ja kokemus kotihemodialyysistä. Henkilökunnan näkökulmasta edistäviä tekijöitä olivat mm. toimiva ja hyvin suunniteltu pre-dialyysiohjelma. Se lisäsi potilaiden määrää ja teki henkilökunnan työstä organisoidumpaa ja tavoitteellisempaa. Organisaatiolle kotihemodialyysi on kustannustehokasta hoitoa, joka on sairaalassa toteutettavaa dialyysihoitoa edullisempaa.

Estäviä tekijöitä olivat potilaan kannalta riittämätön tai liian myöhään annettu informaatio kotihemodialyysistä hoitovaihtoehtona. Potilaan hemodialyysi aloitettiin myöhäisen tiedonsaannin vuoksi sairaalassa, jonka jälkeen kotiin siirtyminen oli käytännössä vaikeaa. Henkilökunnan vähäinen tai puutteellinen tietämys, mielenkiinto ja kokemus kotihemodialyysistä estivät potilaalle suunnatun asiallisen informaation hoitovaihtoehdon valinnan suhteen. Strukturoitu koulutusohjelma antoi henkilökunnalle mahdollisuuden kehittää osaamistaan ja edisti sekä potilaiden turvallista kouluttamista että pärjäämistä itsenäisessä tai avustetussa kotihoitomuodossa. Vastaavasti koulutusohjelman heikko taso tai puuttuminen kokonaan heikensi tai esti kotikoulutuksen. Organisaation näkökulmasta estäviksi tekijöiksi muodostuivat resurssien kohdentuminen muualle tai niiden puuttuminen kokonaan.

Jatkossa tulisi kiinnittää huomiota näihin tiedossa oleviin tekijöihin kehitettäessä kotihemodialyysiä, jotka joko edistävät tai estävät toiminnan laajemman käyttöönoton ja kehittämisen.

Asiasanat: krooninen munuaisten vajaatoiminta, hemodialyysi, kotihemodialyysi

UNIVERSITY OF TURKU
Department of Nursing Science

SALMI, PIA: Factors that promote and prevent to home hemodialysis from point of view the patient, the staff and the organization

Master's Thesis, 33 pages, 12 appendices
Nursing Science
March 2019

The aim of the study was to identify from the point of view of the integrated literature review, factors promoting and preventing home hemodialysis, from the point of view of the patient, the staff and the organization. The research questions were "What are the factors that promote to home hemodialysis from the point of view of the patient, the staff and the organization?" And "What are the factors that prevent home hemodialysis from the point of view of the patient, the staff and the organization?"

The study was conducted with an integrated literature review. The literature review was searched for information from CINAHL (EBSCO) & PUBMED databases. 26 studies were selected. The material was analyzed by inductive content analysis.

Factors promoting the patient were, among other things, timely information on treatment options. The knowledge increased the patient's willingness to choose the home hemodialysis as a treatment form. The information provided was influenced by the staff's awareness and experience of home hemodialysis. Personnel point of view were factors such as: functional and well-designed pre-dialysis program. It increased the number of patients and made the work of the staff more organized and goal-oriented. The home hemodialysis of the organization is a cost-effective treatment that is cheaper than dialysis in the hospital.

The preventing factors were inadequate or too late information provided by the patient for home hemodialysis as a treatment option. Patient hemodialysis was initiated due to late information in the hospital, after which it was difficult to move home. Inadequate or incomplete knowledge, interest, and experience of home hemodialysis prevented the patient from being informed about the choice of treatment option. The structured training program provided the staff with the opportunity to develop their skills and promoted both the safe training of patients and the wellbeing in an independent or assisted home care form. Similarly, the poor level or absence of the degree program weakened or blocked home education. From the point of view of the organization, the focus was on resource allocation elsewhere or their absence completely.

In the future should pay attention to these known factors in the development of home hemodialysis that either promote or prevents the functioning of the wider introduction and development.

Keywords: chronic renal disease, hemodialysis, home hemodialysis

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	3
2 KESKEISET KÄSITTEET.....	5
2.1 Krooninen munuaisten vajaatoiminta.....	5
2.2 Hemodialyysi.....	6
2.3 Kotihemodialyysi.....	7
3 KIRJALLISUUSKATSAUS.....	8
3.1 Tiedonhaku.....	8
3.2 Valittujen tutkimusten kuvaus.....	9
3.3 Kotihemodialyysin kehitys nykypäivään.....	10
4 TUTKIELMAN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	10
5 TUTKIELMAN TOTEUTUS.....	11
6 TUTKIMUSTULOKSET.....	13
6.1 Kotihemodialyysiä edistävät tekijät.....	13
6.1.1 potilaan näkökulmasta.....	14
6.1.2 henkilökunnan näkökulmasta.....	16
6.1.3 organisaation näkökulmasta.....	17
6.2 Kotihemodialyysiä estävät tekijät.....	19
6.2.1 potilaan näkökulmasta.....	19
6.2.2 henkilökunnan näkökulmasta.....	21
6.2.3 organisaation näkökulmasta.....	23
7 POHDINTA.....	24
7.1 Tutkielman luotettavuus.....	25
7.2 Tutkimuseettiset kysymykset.....	26
7.3 Tulosten tarkastelu.....	27
7.4 Johtopäätökset.....	30
7.5 Jatkotutkimusehdotukset.....	32
LÄHTEET.....	33
LIITTEET.....	37
LIITE 1 Tiedonhakutaulukko.....	37
LIITE 2 Taulukko tutkimuksista.....	38

1 JOHDANTO

Kotihemodialyysi munuaisten vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoitomuotona on herättänyt laajalti kiinnostusta maailmanlaajuisesti. Monissa Euroopan maissa on lisätty onnistuneesti niiden potilaiden määrää, jotka hoitavat omatoimisesti hemodialyysin kotonaan. Esimerkiksi Suomessa kaikista dialyysihoitoa saavista potilaista kotipotilaiden määrä oli noin 4 % vuoden 2007 lopussa. Tutkimustulokset ja havainnot ovat tuoneet esille kotihemodialyysin edut potilaan hoitotulosten paranemisessa, elämänlaadun lisääntymisessä ja kustannustehokkuudessa verrattuna sairaalassa kolme kertaa viikossa tehtävään dialyysiin (Ding 2013).

Hoitovaihtoehtoja valittaessa yksi merkittävä tekijä on hoidon kokonaiskustannusten ja terveydenhuollon olemassa olevien taloudellisten resurssien arviointi. Eri hoitomuotojen välillä kotihemodialyysin etuna on sen kustannustehokkuus verrattuna sairaalassa toteutettavaan hemodialyysiin. Tällä hetkellä etsitään uusia keinoja vastata kasvavaan dialyysihoitojen tarpeeseen ja samalla kartoittaa hyvän hoidon paras mahdollinen hinta-laatu suhde. Vertailtaessa eri tahoilla toteutettavien dialyysihoitojen kokonaiskustannuksia mm. dialyysihoito, lääke- ja laboratorioskustannukset, hoitomatkat, tarvikkeet, hoitopäiväkustannukset, eri paikkakunnilta tai maasta tulevien lomapotilaiden hoitokustannukset ja röntgentutkimukset, olivat kotihemodialyysin kustannukset edullisimmat, kun laskettiin kustannuksia potilasta kohden vuodessa. Kotihemodialyysin kustannukset olivat 37,000 euroa, kun sairaalassa toteutettavan dialyysin hinta vuositasolla on 78,000 euroa (Honkanen & Rauta 2008). Potilaan kotona omatoimisesti toteuttama dialyysi on vähintään yhtä tehokasta kuin sairaaladialyysi, mutta keskimäärin kustannuksiltaan puolet edullisempaa (Sondrup, Copland, Black & Trask 2011).

Kotona toteutetun hemodialyysin ja sairaalassa tai satelliitissa tehtävän hemodialyysin suurin ero on hoidon pituudessa ja vaikuttavuudessa. Sairaalassa potilaan hoitoaika on kolmesta neljään tuntia, kolme kertaa viikossa, jolloin hoidon kokonaiskesto on yhdeksästä kahteentoista tuntia viikkoa kohden. Vastaavasti kotona potilaan itsensä tai hänen avustajansa kanssa yhdessä toteuttama hemodialyysi, vaihtoehtoina ovat yleensä päivittäin tehtävät dialyysit tai yön aikana tehtävä dialyysi. Hoitoa tehdään viidestä seitsemään kertaa viikossa, päivittäin tehtävien hoitojen kesto on 1,5 tunnista

3 tuntiin ja yöhoidot kestävät 6 – 10 tuntia per hoito. Hoidon kokonaiskesto on tunneissa per viikko 10 – 18 päivittäin tehtävissä dialyysissä ja yöhoidossa 24 – 36 (Ding 2013). Tutkimustulokset tukevat oletusta, että potilaan oletettu elinaika on pidempi kotihemodialyysiä tehdessä, kun verrataan näitä potilaita sairaalahemodialyysissä käyviin potilaisiin. Tämän vuoksi olisi tärkeää lisätä potilaiden mahdollisuutta valita hoitovaihtoehdoksi kotihemodialyysi myös laajemmalla sektorilla (Miller 2010).

Sairaanhoitajat ovat avainasemassa lisäämässä tietoisuutta kotihemodialyysistä yhtenä hyvänä hoitovaihtoehtona potilaalle. Sairaanhoitajat ovat terveydenhuollon ammattilaisia, jotka tapaavat potilaita säännöllisesti sekä poliklinikkakäynneillä että dialyysihoidoissa. Sairaanhoitajat ohjaavat ja opettavat potilaita ja useimmiten auttavat potilasta valitsemaan itselle sopivampaa hoitomuotoa. Sairaanhoitajien tulisi hyödyntää hyvää hoitosuhdetta potilaan kanssa ja tehdä kotihemodialyysiä enemmän tunnetuksi. Hyvän ohjauksen ja koulutuksen saanut potilas omaa enemmän voimia kohdata mahdolliset haasteet ja pelot liittyen itsenäiseen kotihemodialyysin toteuttamiseen. Auttaakseen potilaita valitsemaan heille itselle sopivampaa hoitomuotoa, tulisi sairaanhoitajalla ja hoitotiimillä olla mahdollisimman paljon tietoa kotona toteutettavista dialyysimuodoista, jotta he voivat tukea ja kouluttaa potilaita riittävän hyvin pärjäämään itsenäisesti kotona (Ding 2013).

2 KESKEISET KÄSITTEET

Tämän tutkimuksen keskeiset käsitteet ovat krooninen munuaisten vajaatoiminta, hemodialyysi ja kotihemodialyysi.

2.1 Krooninen munuaisten vajaatoiminta

”Kroonisessa munuaisten vajaatoiminnassa molemmat munuaiset ovat vaurioituneet, ja toimivien nefronien lukumäärä on merkittävästi vähentynyt. Syynä tällaiseen pysyvään munuaistoiminnan huononemiseen ovat monet munuaisiin paikallistuneet taudit” (Hänninen, Lehtinen & Muroma-Karttunen 1997).

Vajaatoiminnan kehittyessä hitaasti ehtii elimistö sopeutua häiriöihin, jotka aiheuttaisivat muuten runsaasti oireita. Tällainen häiriö on esimerkiksi anemia. ”Elimistö ehtii hitaan tautiprosessin aikana sopeutua muutoksiin, jonka vuoksi tyypillistä on, että munuaistaudin oireet ilmenevät vasta, kun nefronien suurin osa on tuhoutunut pysyvästi”. (Hänninen ym. 1997.)

”Kliinisen taudinkuvan kehittyminen voidaan jakaa neljään vaiheeseen. Neljäs vaihe eli uremia on kliininen oireyhtymä, jonka osatekijät aiheutuvat monista muutoksista eri elinjärjestelmissä. Uremian oireet voivat ilmaantua potilaalle hyvin nopeasti. Kun ne ilmaantuvat, se merkitsee, että elimistö ei enää pysty kompensoimaan muutoksia ilman aktiivihoitoa eli dialyysihoitoa tai munuaisensiirtoa”. (Hänninen ym. 1997.)

2.2 Hemodialyysi

”Hemodialyysi on hoitomuoto, jossa potilaan verestä puhdistetaan kuona-aineita, tasataan elimistön happo-emästasapainoa ja poistetaan ylimääräistä nestettä. Tämä toteutetaan kierrättämällä potilaan verta dialyysaattoriin hemodialyysilaitteiston avulla. Veri puhdistetaan diffuusion, transmembraanipaineen, konvektion sekä absorption vaikutuksesta” (Alahuhta, Hyväri, Linnavuo, Kylmäaho & Mukka 2008.)

”Dialyysaattori on hemodialyysin keskeisin osa. Muut osat, kuten letkusto, dialyysikanyylit, ulkonesteet ja hemodialyysilaitteet, ovat vain apuvälineitä. Hemodialyysihoidot toteutetaan yleensä sairaaloissa, joskin potilaan itsensä toteuttama kotihemodialyysi on lisääntynyt”. (Alahuhta ym. 2008.)

”Dialyysaattorissa veri kulkee puoliläpäisevien kalvojen välissä. Kalvon toisella puolella virtaa dialyysi- eli ulkoneste eli dialyysaatti. Pitoisuudet kalvon molemmin puolin pyrkivät tasoittumaan. Tähän on syynä diffuusio, jossa liuenneet aineet siirtyvät väkevämmästä konsentraatiosta miedompaan ilman välittäjäainetta. Dialyysinesteessä ei ole kuona-aineita, joten molekyylikooltaan riittävän pienet kuona-aineet siirtyvät verestä dialyysinesteeseen. Kuona-aineiden siirtymiseen kalvon läpi vaikuttaa veren ja dialyysinesteen virtausnopeus. Siirtymistä edistää se, että veri virtaa dialyysaattorissa vastakkaiseen suuntaan kuin dialyysineste. Veritilasta dialyysinesteeseen siirtyy kreatiniinia, ureaa, kaliumia, natriumia, fosforia ja

vesiliukoisia vitamiineja. Ulkonesteestä vereen siirtyy bikarbonaatin lisäksi pitoisuuksien mukaan kalsiumia ja natriumia, jos niiden pitoisuus veressä on alhaisempi kuin dialyysinesteessä. Dialyysinesteen koostumuksella voidaan vaikuttaa veressä olevien aineiden määrään”. (Alahuhta ym. 2008.)

”Dialyysissa poistetaan potilaasta myös ylimääräistä vettä neste- ja veritilan välisen paine-eron eli transmembraanipaineen avulla. Tätä kutsutaan ultrafiltraatioksi. Dialyysinesteeseen kehitetään alipaine, jonka avulla imetään haluttu määrä nestettä dialyysaattorin kalvojen läpi. Ultrafiltraatiota pitävät yllä osmoottinen ja hydrostaattinen paine. Ultrafiltraatiossa veden mukana poistuu kalvon läpi myös kuona-aineita, mitä nimitetään konvektioksi. Absorptiossa taas kuona-aineita sitoutuu dialyysaattorin kalvoon ja poistuu elimistöstä”. (Alahuhta ym. 2008.)

2.3 Kotihemodialyysi

Kotihemodialyysi on turvallinen ja laadukas hoitomuoto, jonka avulla hoidetaan munuaisten vajaatoimintaa. Kotihemodialyysissä potilas hoitaa omatoimisesti sairauttansa kotona. Hoitomuoto on joustava ja potilaan omista tarpeista lähtevä. Kotihemodialyysihoitoa voidaan tehdä kolmesti viikossa, lyhytkestoisia n. 3 tunnin hoitoja useampana päivänä, keskimäärin 5 kertaa viikkoa kohden sekä pitkäkestoisia n. 8-9 tunnin hoitoja öisin 3-4 kertaa viikossa. (Young, Chan, Blagg, Lockridge, Golper, Finkelstein, Shaffer & Mehrotha 2012.) Kotona tapahtuva dialyysihoito pyritään opettamaan potilaalle kodinomaisessa tilassa samanlaisilla laitteilla ja välineillä, jotka hän saa koulutuksen jälkeen kotiin. Opetustila järjestetään niin, että hoitomuotoa opetteleva hallitsee hoidon paikaltaan. Hoidossa käytettäviin tarvikkeisiin tulee ulottua tuolista tai vuoteesta, jossa potilas on hoidon ajan. Kotona käytettävä hemodialyysilaitte kytetään opetustiloissa sähköpistorasiaan, joka on vikavirtasuojan takana. Vesipiste ja viemärointi rakennetaan samanlaisiksi kuin kotiolioissa. (Alahuhta ym. 2008.)

Kotihoidossa olevien potilaiden polikliiniset kontrollit tehdään opetustiloissa, joissa voidaan palauttaa mieleen aseptisesti toteutetun hoidon periaatteita. Kontrollikäynneillä kerrataan kotihoidon toimintatapoja. Hoidon ja hoitotilan suunnittelu on tärkeä osa kotihemodialyysihoitoa. (Alahuhta ym. 2008.)

Hemodialyysikone tarvitsee kotioloissakin sähköä, vettä ja viemäroinnin. Hemodialyysi- ja dialyysivesilaitteisto (RO) tarvitsevat vikavirtasuojatun sähköpistokkeen, joka saa syöttönsä suoraan varokkeelta. Laitteistoon ohjataan puhdasta juomakelpoista vettä, jonka dialyysivesilaitteisto puhdistaa dialyysiin kelpaavaksi. Veden kulutus on suhteellisen runsasta, sitä menee noin 125 litraa joka hoitokerta, ja oman kaivon varassa olevien on syytä varmistaa, että vettä riittää. Kotona hemodialyysia varten joudutaan tekemään vesi- ja viemärointiiliitännät. Vesiliitokseksi kelpaa pesukoneliitäntä. Viemäroinnissä poistoletkun pää ei saa olla kosketuksissa mihinkään pintaan, vaan poistoletkusta tuleva vesi valutetaan ilmateitse viemäriin, sillä viemäreiden seinämissä on runsaasti epäpuhtauksia. (Alahuhta ym. 2008.)

”Hoitovälineet vaativat riittävästi tilaa”. ”Jokaisella hoitokerralla tarvitaan ihonpuhdistusainetta, teippiä, harsotaitoksia, dialyysineuloja, ruiskuja, konsentraatteja, dialyysaattori ja hemodialyysiletkusto. Hoidon jälkeen laitteisto on desinfioitava desinfektioaineella. Hoitotarvikkeita varataan kerrallaan vähintään kuukaudeksi, ja ne vievät yhden tilavan komeron verran tilaa”. (Alahuhta ym. 2008.)

3 KIRJALLISUUSKATSAUS

3.1 Tiedonhaku

Kirjallisuuskatsaukseen haettiin tietoa CINAHL (EBSCO) & PUBMED tietokannoista. Hakusanoina käytettiin home hemodialysis, home hemodialysis AND advantages AND disadvantages, home hemodialysis AND benefits, hemodialysis AND patient education, home hemodialysis AND nurse, home hemodialysis AND economic, integrative review AND updated methodology, integrative literature review ja integrative review AND methodology, CINAHL (EBSCO), hemodialysis AND patient education, hakutuloksena 282. PUBMED, integrative review AND methodology, hakutuloksena 2474 tutkimusta. CINAHL (EBSCO), integrative literature reviews, hakutuloksena 10 tutkimusta. Valittujen tutkimusten sisäänottokriteerinä oli se, että niiden tuli vastata tutkimuksen tutkimuskysymyksiin.

Kaikki hakutulokset silmäiltiin tai luettiin läpi ensin otsikkotasolla, sen jälkeen abstraktit ja aiheeseen sopivat koko tekstit, jonka jälkeen mukaan valittiin aiheeseen sopivat tutkimukset. Mukaan valittiin yhteensä 26 tutkimusta. Viitetietokantahakujen lisäksi käytettiin manuaalista hakua, jonka perusteella tutkimukseen valittiin mukaan viisi lähdetä. Lopuksi tutkimukseen valittiin mukaan ne tutkimukset, jotka käsittelivät kotihemodialyysin edistäviä tai estäviä tekijöitä potilaan, henkilökunnan tai organisaation näkökulmasta niin, että ne olivat aihepiirin kannalta olennaisia.

3.2 Valittujen tutkimusten kuvaus

Valituissa tutkimuksissa oli käytetty pääosin laadullisia menetelmiä, mutta mukana oli myös määrällisin menetelmin toteutettuja tutkimuksia, jotka täyttivät sisääntokriteerit. Määrällisissä tutkimuksissa mitattiin potilaiden terveydentilaa mm. laboratoriotestien ja verenpaine- arvojen avulla. Laadullisia tutkimusmenetelmiä olivat mm. haastattelut, kyselyt potilaille ja hoitavalle henkilökunnalle, seuranta- tutkimukset, potilaiden tarkkailu ja kirjallisuuskatsaukset. Tutkittavien määrä vaihteli kuudesta 676:een. Laadullisissa tutkimuksissa otoskoot olivat pienempiä verrattuna määrällisiin tutkimuksiin. Kohderyhminä olivat potilaat, henkilökunta ja organisaatio. Valituista tutkimuksista suurin osa oli toteutettu ulkomailla ja Suomessa 2 kpl. Kirjallisuuskatsauksissa tutkimusten eettisyyttä ei pohdittu, mutta neljässä artikkelissa (Wong, Eakin, Migram, Cafazzo, Halifax & Chan 2009; Visaya 2010; Sondrup, Copland, Black & Trask 2011; Fortnum, Ludlow & Morton 2014) oli maininta tutkimuksen eettisyydestä. Eettisyyttä ei ollut pohdittu syvällisesti. Wongin ym. 2009 ja Sondrupin ym. 2011 artikkelissa oli maininta siitä, että lupa tutkimukseen oli haettu eettiseltä toimikunnalta. Fortnumin ym. (2014) tutkimuksessa mainittiin, että eettisen toimikunnan lupaa tutkimukselle ei ole haettu. Vain yhdessä neljästä tutkimuksesta oli eettisyyttä käsitelty hiukan enemmän. Kyseisessä Visayan (2010) tutkimuksessa tutkimuslupa oli haettu eettiseltä toimikunnalta, tutkimuksen kulkua oli selitetty tutkimukseen osallistuville potilaille sekä kerrottu tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja anonymiteettinä pysymisestä. Tutkimusten luotettavuutta oli pohdittu suurimmassa osassa artikkeleista. Tutkimukset ja niiden keskeisimmät tulokset on kuvattu liitteenä olevassa taulukossa (Liite 2).

3.3 Kotihemodialyysin kehitys nykypäivään

Kotihemodialyysi kehitettiin 40 vuotta sitten tavoitteena hoitaa enemmän potilaita niillä rajallisilla resursseilla, joita oli tarjolla. Pian kävi ilmi, että hoitomuoto tehoi hyvin potilaisiin ja tutkimustulokset tukivat sitä tosiseikkaa, että hoito vähensi sekä kuolleisuutta että sairastuvuutta ja lisäsi potilaiden elämänlaatua. (Blagg 2005.)

Kotihemodialyysin edut tulivat pian esille hoitomuodon yleistyttyä. Hemodialyysin toteuttaminen omatoimisesti kotona lisäsi potilaan itsenäisyyttä, vastuunottoa omasta hoidostaan ja itseluottamusta. Kotihoito lisäsi potilaiden vapaa-aikaa ja mahdollisti sosiaalisten suhteiden ylläpitoa oman aikataulun mukaisesti, kun toistuvat käynnit sairaalahemodialyysiyksikköön jäivät pois. Potilas pystyi myös organisoimaan aikataulunsa omaan elämäänsä sopivaksi, kun hoito toteutettiin yksilöllisesti potilaan tarpeista lähtien. Infektioiden riski väheni huomattavasti, kun potilas toteutti hoidon kotona. Organisaation ja yhteiskunnan näkökulmasta yksi merkittävä tekijä oli hoitomuodon kustannustehokkuus, kotona tehtävä dialyysi on edullisempaa kuin sairaalassa toteutettu hoito. (Blagg 2005.) Kuluneiden vuosien varrella hemodialyysihoito on kehittynyt huomattavasti alkupäiviin verrattuna alkaen mm. tarvikkeiden, hemodialyysikoneiden, potilaiden veriteiden, hoidon variaatiomahdollisuuksien ja potilasryhmien osalta, mutta kotihemodialyysin varhaisessa vaiheessa todetut hoitomuodon edut ovat edelleen nykypäivänäkin ajankohtaiset.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kotihemodialyysin edistäviä ja estäviä tekijöitä, potilaan, henkilökunnan ja organisaation näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on hyödyntää kirjallisuuskatsauksesta saatua tietoa kotihemodialyysiyksiköiden käyttöön. Tulosten perusteella voidaan kehittää kotihemodialyysitoimintaa tulevaisuudessa.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitkä ovat kotihemodialyysiä edistävät tekijät potilaan, henkilökunnan ja organisaation näkökulmasta?
2. Mitkä ovat kotihemodialyysiä estävät tekijät potilaan, henkilökunnan ja organisaation näkökulmasta?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus toteutettiin integratiivisena kirjallisuuskatsauksena, jolla pyritään rakentamaan kokonaiskuvaa asiakokonaisuudesta ja sen avulla on mahdollista tunnistaa ilmiöön liittyviä haasteita (Whitmore & Knafl 2005).

Tutkimusaineisto kerättiin tietokannoista kirjallisuuskatsaukseen sopivilla hakusanoilla. Tässä tutkimuksessa tutkimustuloksia analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. ”Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota ja jonka avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä” (Janhonen & Nikkonen 2001).

”Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn tietoaineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeinä esiin”. ”Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka avulla voidaan tehdä havaintoja dokumenteista ja analysoida niitä systemaattisesti. Sisällönanalyysissä on olennaista, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. Sisällönanalyysissä on kysymyksessä aineistossa ilmenevät merkitykset (meanings), tarkoitukset ja aikomukset (intentions), seuraukset (consequences) sekä yhteydet”. (Janhonen & Nikkonen 2001.)

”Tutkimukseen valitut lähteet ovat tieteellisiä julkaisuja, jotka täyttivät tieteellisen julkaisun kriteerit sisällöltään ja tiedon hyödynnettävyyden osalta. Osa tutkimuksista oli toteutettu pienellä otoksella, joten yleistettävyyden osalta on käytettävä harkintaa”.

Analyysia ohjasivat asetetut tutkimuskysymykset. Ensin perehdyttiin huolellisesti aineiston sisältöön, etsittiin informaatiota, tutkimuskysymyksiä vastaavat teemat alleviivattiin ja listattiin analyysia varten Tuomi & Sarajärvi 2004. Sen jälkeen informaatio pelkistettiin ja pelkistetyistä informaatiosta pyrittiin löytämään yhtäläisyyksiä ja ne ryhmiteltiin niiden merkityksen perusteella.

Aineiston analyysi aloitettiin teemoittelemalla alueet: edistävät ja estävät tekijät potilaan näkökulmasta, edistävät ja estävät tekijät henkilökunnan näkökulmasta ja edistävät ja estävät tekijät organisaation näkökulmasta. Aineistosta pyrittiin löytämään toistuvia ilmaisuja ja ajatusmalleja, jotka olisivat yhdistettävissä samaan luokkaan. Samankaltainen informaatio yhdistettiin ja niiden avulla luotiin yläkategoriat. Lähtökohtana olivat tutkimuskysymykset (Taulukko 1).

Taulukko 1. Kotihemodialyysyä edistävät ja estävät tekijät

Koodi	Alakategoria	Yläkategoria
Annetaan tietoa, vertaistuki,	Informaatio, Ohjaus, toisten potilaiden positiiviset kokemukset kotihemodialyysistä	EDISTÄVÄT TEKIJÄT, POTILAS
Soveltuvat potilaat, kokemusta kotihemodialyysistä	Koulutusohjelma, kriteeristö soveltuvista potilaista resurssit, riittävä tieto/taito	EDISTÄVÄT TEKIJÄT, HENKILÖKUNTA
Investointi	Riittävä resurssointi, tilat, henkilökunta, koulutus	EDISTÄVÄT TEKIJÄT, ORGANISAATIO
Ei ole tietoa hoitomuodosta, tiedonpuute, soveltumattomuus	Heikko/olematon/väärin ajoitettu informaatio, ohjauksen puute, ei täytä kotihemodialyysipotilaan kriteereitä	ESTÄVÄT TEKIJÄT, POTILAS
Henkilökunnan asenteet, kotihemodialyysi tuntematon/vähän tunnettu,	Hierarkkinen hoitokulttuuri, ei tunnista soveltuvia potilaita, ei ole kokemusta kotihemodialyysistä	ESTÄVÄT TEKIJÄT, HENKILÖKUNTA
Ei investoida	Panostamisen puute, riittämättömät resurssit, resursoidaan muualle	ESTÄVÄT TEKIJÄT, ORGANISAATIO

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Kotihemodialyysiä edistävät tekijät

Kotihemodialyysi mahdollistaa lisääntyneen vapaa-ajan, parantaa elämänlaatua ja potilaan hoitotuloksia. Panostaminen henkilökunnan määrään ja potilaan koulutukseen vähentävät estäviä tekijöitä kotihemodialyysin toteuttamiselle ja sen kasvulle. (Young, Chan, Blagg, Lockridge, Golper, Finkelstein, Shaffe & Mehrotha 2012.)

Koesterin (2013) tutkimus osoitti, että kun potilaat voivat osallistua vapaasti hoitomuodon valintaan, niin he valitsevat omaan elämäntilanteeseen parhaiten soveltuvan hoitomuodon. Minkälaiset kriteerit potilaan tulisi täyttää, että kotona toteutettava dialyysi olisi potilaalle soveltuvin vaihtoehto? Lähtökohtaisesti potilaan voinnin ja elämäntilanteen pitää olla sekä lääketieteellisesti että sosiaalisesti vakaa. Potilaan pitää olla motivoitunut kotihoitoon ja kyetä tekemään yhteistyötä hoitavan henkilökunnan kanssa, jotta saavutettaisiin paras mahdollinen lopputulos hoidon suhteen. Potilaan veritien pitää olla toimiva ja potilaan tulee pystyä pistämään fisteliin omatoimisesti. Kodin on oltava sopiva dialyysin toteuttamiselle mm. puhtaus ja riittävä vedensaanti on turvattava. Blaggin (2014) mukaan lähes kuka tahansa soveltuu toteuttamaan dialyysiä kotona, jos on riittävän motivoitunut ja halukas oppimaan. Vaikka kaikista potilaista osa ei sovellu kotihoitomuotoon, niin silti tulisi kartoittaa potilaista kaikki ne, jotka soveltuvat ja pystyvät toteuttamaan dialyysia kotona.

Blagg:n (2005) tutkimuksen mukaan suunnitelmallinen ja tehokas kotihemodialyysikoulutusohjelma vaikuttaisi siihen, että nykyistä suurempi määrä potilaita pystyisi hoitamaan itseään itsenäisesti tai avustettuna kotona sairaalan sijaan. Taustalle tarvitaan asiaan perehtyneitä ja sitoutuneita nefrologeja ja hoitohenkilökuntaa, motivoituneita potilaita sekä organisaation taloudellinen tuki toiminnalle, jotta tutkitusti tehokkainta kotihoitomuotoa pystyttäisiin tarjoamaan todellisena vaihtoehtona potilaille.

6.1.1 Kotihemodialyysi potilaan näkökulmasta

Koesterin (2013) tutkimuksen mukaan kotihemodialyysiä edistäviä tekijöitä potilaan näkökulmasta katsottuna ovat mm. oman hoidon itsenäinen suunnittelu, toteutus ja vastuunotto. Riittävä ohjaus ja tieto oman sairautensa hoidosta, saa potilaan sitoutumaan hoitoonsa, se edesauttaa elämänlaadun kohentumista ja parantaa hoitotuloksia. Potilaat haluavat ymmärtää hoitosuosituksia ja niiden vaikutuksia hoitoon. Potilaat haluavat myös osallistua omaan hoitoonsa liittyviin päätöksiin.

Finkelsteinin, Schillerin, Daouin, Krausin, Lean, Leen, Millerin, Sinsakulin ja Jaberin (2012) tutkimus osoitti, että kotona säännöllisesti tehty päivittäinen lyhytkestoinen hemodialyysi paransi mm. potilaan unenlaatua, helpotti levottomien jalkojen oireita, nopeutti dialyysistä toipumista ja lievensi potilaan masennusoireita.

Koester (2013) osoitti, että kotihemodialyysi mahdollistaa lisääntyneen vapaa-ajan, jonka potilas voi hyödyntää itselle parhaaksi katsomallaan tavalla esimerkiksi matkustelemalla enemmän. Kotona toteutettava dialyysihoito on myös yksilöllistä, koska se räätälöidään aina potilaskohtaisesti. Tennankoren, Nadeau-Fredetten ja Chanin (2013) tutkimuksen mukaan yksi kotihemodialyysin suurimmista eduista on hoitomuodon joustavuus. Kotiympäristössä toteutettava hoitomuoto sallii erilaisten hoito-ohjelmien monipuolisen toteuttamisen.

Visayan (2010) tutkimus osoitti, että potilaan sitoutumista kotihemodialyysiin edesauttoivat hyvät kommunikaatiotaidot sekä vahva sosiaalinen tuki perheeltä ja läheisiltä. Muroma-Karttusen (2013) tutkimuksen mukaan potilaan kotitilanne on hyvä selvittää suunniteltaessa kotihemodialyysiä. Suositeltavaa on, että puoliso tai läheinen tulee mukaan tapaamiseen henkilökunnan kanssa, koska silloin on mahdollista kartoittaa myös läheisen ajatuksia ja mielipiteitä kotona toteutettavasta hoidosta. Jos omainen suhtautuu kotona toteutettavaan hoitoon myönteisesti, niin se auttaa potilaan jaksamista kotona.

Wongin, Zimmermanin, Reintjesin, Courtneyin, Klarenbachin, Dowlingin ja Paulyn (2014) tutkimuksessa todettiin, että kotihemodialyysi on potilaalle turvallinen hoitomuoto, koska kotiin valikoituvat ne potilaat, jotka pärjäävät siellä ja kykenevät

suoriutumaan itsenäisestä hoitomuodosta. Potilaat saavat perusteellisen koulutuksen itsenäisen hoitomuodon toteuttamisesta ennen kotiuttamista.

Blaggin (2005) tutkimuksessa todettiin, että potilaan pärjääminen kotihoidossa rohkaisee potilasta itsenäisyyteen, vastuullisuuteen ja lisää hänen itseluottamustaan. Potilas ei ole myöskään riippuvainen henkilökunnasta samassa määrin kuin sairaalassa toteutettavassa dialyysiyksikössä. Kotihemodialyysissä potilas voi suunnitella ajankäyttönsä omista tarpeistaan lähtöisin ja kotona tehtävä hoito vähentää mm. infektioriskejä.

Mastersonin (2008) tutkimuksen mukaan kotihemodialyysi antoi potilaalle tunteen kontrollista suhteessa omaan hoitoonsa, potilas voi itse päättää, milloin dialysoi, kuinka kauan ja millaista dialyysireseptiä hän kulloinkin tarvitsee. Potilas kuvaili, että kotihemodialyysissä he voivat sovittaa dialyysin omaan elämäänsä, päinvastoin kuin sairaalahemodialyysissä, jossa hemodialyysi ohjelmoi potilaan elämän tiukemmin.

Koesterin (2013) tutkimuksessa kävi ilmi, että on olemassa tiettyjä kriteerejä, joiden perusteella voidaan ennakoida kotiin soveltuvia potilaita. Näitä ovat mm. potilaan vointi on sekä lääketieteellisesti että sosioekonomisesti arvioiden vakaa, potilas on yhteistyökykyinen ja motivoitunut valittuun hoitomuotoon, potilaalla on toimiva veritie, pistäminen onnistuu omatoimisesti ja potilaan kotiympäristö on sopiva dialyysin toteuttamiselle. Edistävänä tekijänä todettiin myös vertaistuen merkitys potilaalle. Muiden potilaiden positiiviset kokemukset kotihemodialyysistä vaikuttavat päätöksentekoon.



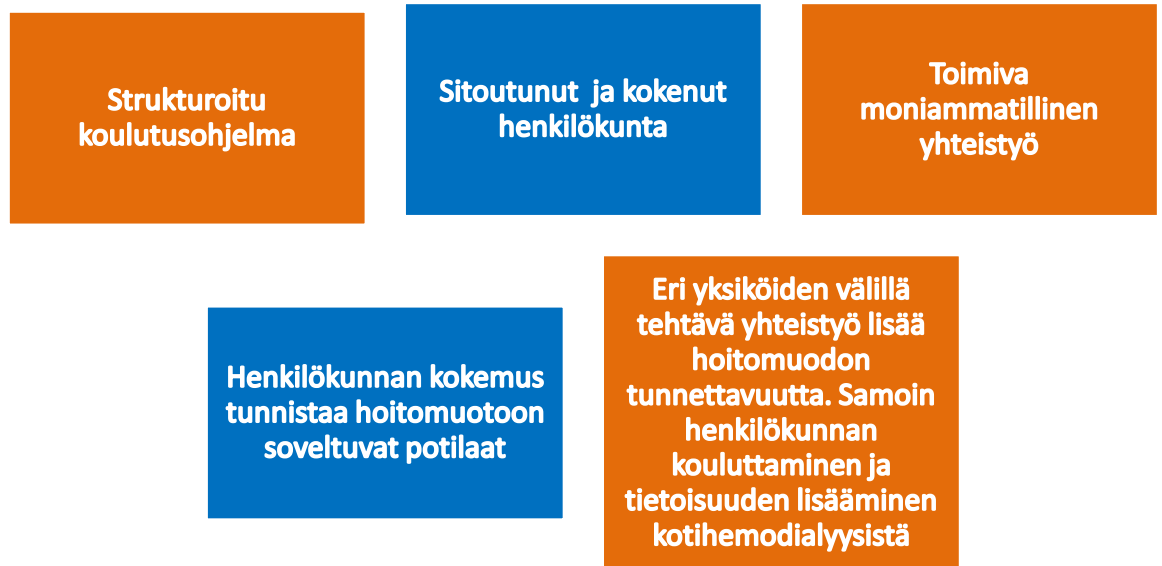
Kuvio 1. Kotihemodialyysiä edistäviä tekijöitä potilaan näkökulmasta

6.1.2 Kotihemodialyysi henkilökunnan näkökulmasta

Blaggin (2005) tutkimuksessa todettiin seuraavaa, kun kotihemodialyysiyksikössä on käytössä laadukas strukturoitu koulutusohjelma, sitoutuneet lääkärit sekä hoitohenkilökunta ja toimiva moniammatillinen yhteistyö, niin nämä seikat tukivat onnistuneen ja kokonaisvaltaisen kotihemodialyysin toteutumista sekä lisäävät kotipotilaiden määrää. Kokenut henkilökunta tunnistaa kotiin soveltuvat potilaat, jolloin hoidon tavoite on selkeä alusta alkaen. Eri yksiköiden välillä tehtävä yhteistyö on tärkeää, jotta kotihemodialyysi saa lisää tunnettavuutta ja mahdolliset kotiin soveltuvat potilaat saadaan mukaan hoitoketjun eri vaiheissa. Henkilökunnan kouluttaminen ja tietoisuuden lisääminen kotihemodialyysistä mahdollistaa hoitomuodon laajemman käyttöönoton henkilökunnan taholta.

Fortnumin, Ludlowin ja Mortonin (2014) tutkimuksessa todettiin, että niissä kotihemodialyysiyksiköissä, joissa on perinteitä ja kokeneet tai asiasta innostuneet nefrologit suositaan hoitomuotona kotihemodialyysiä. Muroma-Karttusen (2013) tutkimuksen mukaan yksi merkittävä avaintekijä kotihemodialyysin kasvulle on motivoitunut moniammatillinen ja asiansa osaava henkilökunta. Hyvin suunniteltu

pre-dialyysikoulutusohjelma ohjaa henkilökuntaa laadukkaaseen potilaan kouluttamiseen ja ohjaamiseen yhteistyössä potilaan kanssa.

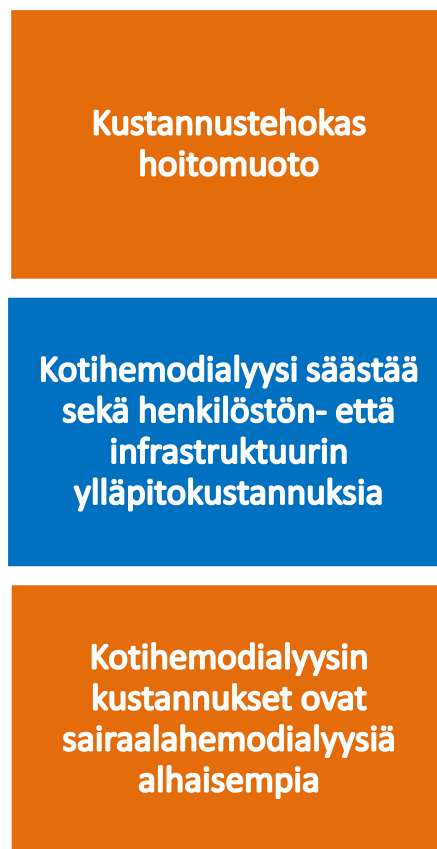


Kuvio 2. Kotihemodialyysiä edistävät tekijät henkilökunnan näkökulmasta

6.1.3 Kotihemodialyysi organisaation näkökulmasta

Komeda, Gavaghan, Garfield, Poret & Sood (2012) totesivat tutkimuksessaan, että dialyysihoidoista kustannustehokkainta on kotihemodialyysi, kun verrataan keskenään sairaalassa, satelliittiyksikössä tai kotona toteutettavaa dialyysiä. Kustannukset painottuvat eri tavalla eri dialyysimuodoissa. Kotihemodialyysin koulutuskustannukset ovat alkuun korkeammat, mutta tasoittuvat ajan myötä, kun potilaan hoidossa läsnä olevan henkilökunnan tarve on pieni. Sairaalahemodialyysissä henkilökunnan säännölliset palkkakustannukset ovat jatkuva taloudellinen menoerä. Organisaation näkökulmasta kotihemodialyysin tukeminen ja suotuisien olosuhteiden luominen koulutukselle maksaa nopeasti itsensä takaisin ja koska päättävät tahot haluavat päätöstensä tueksi tutkittua tietoa, niin tästä näkökulmasta katsottuna taloudellisten resurssien suuntaaminen kotihemodialyysiin on perusteltua. Myös Blaggin (2005) ja Walkerin, Marshallin, Mortonin, McFarlanen ja Howardin (2014)

tutkimukset tukivat näkemystä, että kotihemodialyysin kustannukset ovat sairaalassa toteutettavaa dialyysiä matalammat, pääosin alhaisempien henkilöstökulujen vuoksi. Fortnumin ym. (2014) tutkimus tuki edellä mainittuja tutkimustuloksia. Hombergerin ja Hirthin (2012) tutkimuksessa todettiin, että kotihemodialyysin kustannukset ovat suoraan verrannollisia toteutettujen hoitojen määrään. Mitä useammin dialyysi tehdään, sitä enemmän kustannukset nousevat, mutta ne ovat kuitenkin edullisemmat, kuin sairaalassa toteutettava hemodialyysi.



Kuvio 3. Kotihemodialyysiä edistävät tekijät organisaation näkökulmasta

6. Kotihemodialyysiä estävät tekijät

6.2.1 Kotihemodialyysi potilaan näkökulmasta

Koesterin (2013) tutkimuksen mukaan on olemassa riski, että potilas laitostuu sairaalahemodialyysissä nopeasti ja omaksuu ”avuttoman” potilaan roolin. Potilaan sitoutumista omaan hoitoonsa tulisi henkilökunnan taholta tukea voimakkaasti, jotta välttyttäisiin laitostumiselta. Blaggin (2005) tutkimus puolestaan osoitti sen, että potilaat voivat epäröidä kotiin menemistä, koska dialyysikone ja hoitotarvikkeet vievät tilaa kotona ja pienemässä asunnossa asuvat haluavat välttää tunnetta, että koti toimii hoitopaikkana. Dialyysihoito nostaa myös sähkö- ja vesikustannuksia, sen lisäksi tarvitaan muutostöitä ennen kotihemodialyysin aloittamista, joten kaikilla potentiaalisillakaan kotona pärjäävillä potilailla ei ole taloudellisia mahdollisuuksia hoitaa itseään kotona. Kaikki kotona itseään hoitavat potilaat, eivät pärjäisi ilman perheenjäsenten tai läheisten apua hoidon aikana ja se ajatus, että potilas sitoisi muita tiivistä oman hoidon toteuttamiseen, saattaa joidenkin potilaiden kohdalla olla estävä tekijä kotihemodialyysille.

Koesterin (2013) tutkimuksessa todettiin, että munuaistaudin varhaisessa vaiheessa ennen hoitojen aloittamista potilaat eivät aina saaneet riittävästi tietoa eri hoitovaihtoehdoista. Tämä rajoitti valintojen tekemisen. Jopa 1/3 potilaista koki, etteivät olleet saaneet riittävästi, asianmukaista ja tasapuolista tietoa etukäteen. Tiedonpuute on selvästi yksi kotihemodialyysin aloittamista rajoittava tekijä.

Mastersonin (2008) tutkimuksen mukaan osa potilaista ei halua hoitaa itseänsä kotona, koska koti tuntuisi enemmän sairaalalta kuin omalta kodilta. Monelle potilaalle tilanpuute on todellinen, jolloin koneen ja hoitotarvikkeiden mahduttaminen pieneen tilaan on mahdotonta. Mastersonin (2008) tutkimuksessa todettiin, että haasteena on myös intensiivinen, useita viikkoja (3-6 viikkoa) kestävä koulutusjakso, joka on varsinkin työelämässä olevalle potilaalle haasteellista järjestää. Pitkä koulutusjakso on myös haasteellinen niille potilaille, jotka asuvat kaukana sairaalasta. Se tuo mukanaan erilaisia käytännönjärjestelyitä, jotta koulutusjakson läpivieminen onnistuu. Fisteliin pistäminen voi potilaan näkökulmasta olla iso kynnys ylitettäväksi ja pahimmillaan aiheuttaa ahdistusta potilaalle. Jos potilas ei onnistu itsenäisessä pistämisessä, hän voi

tarvita puolison tai avustajan apua ja se osaltaan tekee potilaan riippuvaiseksi avusta. Se myös vaikeuttaa hoitojen toteuttamista, jos avustavaa henkilöä ei ole aina saatavilla aloittamaan hoitoa. (Masterson 2008.)

Mastersonin (2008) tutkimuksen mukaan kotihemodialyysi ei tuo muutoksia ja vaikuta pelkästään potilaan elämään vaan myös kaikkiin niihin, jotka asuvat samassa taloudessa. Vaikka potilas hoitaisi hemodialyysin itsenäisesti, niin usein kotiväki osallistuu jollakin tavalla hoidon toteutukseen, jolloin he ovat osallisena hoitoon ja näin ollen se on myös osa heidän elämäänsä, joko suoranaisesti tai välillisesti.

Mastersonin (2008) tutkimuksessa todettiin, että osa potilaista koki olonsa eristyneeksi, kun he tekivät dialyysiä kotona ja he kaipasivat sekä potilastovereidensa että hoitohenkilökunnan seuraa. Vertaistuki koettiin tärkeäksi voimavaraksi, jota ilman kotihemodialyysissä koettiin jäävän. Henkilökunnan tuen puute ja kannustavan asenteen vähäisyys kotihoidossa on osalle potilaista raskasta.

Schatellin (2005) tutkimuksen mukaan kotihoidossa käytännön järjestelyt jäävät pääsääntöisesti potilaan ja läheisten hoidettaviksi. Heidän täytyy huolehtia, että hoitotarvikkeita on koko ajan riittävästi saatavilla, tilata niitä säännöllisesti lisää ja sekä järjestää tilat tavaroille että varastoida tarvikkeet asianmukaisesti. Potilaan täytyy myös huolehtia dialyysikoneen toimivuudesta, osata ratkoa koneen aiheuttamia pieniä haasteita sekä dokumentoida oman hoitonsa aikaisia oireita, jotta osaa informoida henkilökuntaa kerran kuussa tapahtuvilla poliklinikka käynneillä. Hemodialyysikoneen ja hoitotarvikkeiden jatkuva läsnäolo kotona muistuttaa potilasta hoidosta ja sairaudesta. Kotihemodialyysissä ei pysty erottelemaan kotia ja hoitopaikkaa toisistaan, se on toisinaan raskasta potilaalle.

Wongin ym. (2014) tutkimuksen mukaan potilaan sitoutumattomuus ja soveltumattomuus kotihemodialyysiin ovat uhkatekijä potilaan turvallisuudelle. Kotihemodialyysi on kaiken kaikkiaan turvallinen hoitomuoto, mutta vaatii potilaalta kykyä sitoutumiseen ja sen, että potilas ymmärtää annettujen ohjeiden merkityksen sekä noudattaa niitä.



Kuvio 4. Kotihemodialyysiä estävät tekijät potilaan näkökulmasta

6.2.2 Kotihemodialyysi henkilökunnan näkökulmasta

Koesterin (2013) tutkimuksessa todettiin, että henkilökunnan asenteissa on toisinaan parantamisen varaa. Kuinka paljon potilasta hoitava henkilökunta antaa potilaan osallistua täysipainoisesti omaan hoitoonsa tai ehdottaa sitä potilaalle? Hoitavalla henkilökunnalla on tapana puhua potilaan yli, ikään kuin ylhäältä alaspäin, ei aidosti ja tasavertaisesti vuoropuhelua potilaan kanssa. (Koester 2013.)

Henkilökunta on osittain kiinni autoritäärisessä tavassa hoitaa potilaita. Siinä hoitava henkilökunta tekee päätökset potilaan puolesta. Toimivampi tapa olisi, että ammattilainen kohtaa potilaan asiantuntijan roolissa ja potilas on hoitotilanteessa oman elämänsä asiantuntijana, joka mahdollistaa toimivan yhteistyön. Yhteistyön kautta potilas on mukana hoidossa ja tavoitteiden asettelussa, joka edesauttaa niihin sitoutumista. (Koester 2013.) Koesterin tutkimus toi esille sen seikan, että sairaalahemodialyysin potilaat ovat usein tilanteessa, jossa heiltä viedään mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa. Heille kerrotaan henkilökunnan taholta dialyysipaikka, hoidon aikataulut, istumapaikka osastolla sekä potilasta hoitava henkilö ilman että potilas on voinut kyseisiin asioihin vaikuttaa. Valitettavasti

dialyysiyksikössä on kiireellinen aikataulu, jonka vuoksi joustonvaraa hoitoajoissa ja hoitopäivissä on vähän. Tilanteen ei tarvitse olla näin, jos potilaalle annetaan mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun ja toteutukseen yhdessä henkilökunnan kanssa. Potilas tarvitsee riittävästi tietoa ja ohjausta, jotta hän pystyy osallistumaan omalta osaltaan hoitoonsa mahdollisimman itsenäisesti. Kaikkien edun mukaista olisi sitouttaa ja osallistaa potilas osaksi hoitotiimiä.

Koesterin (2013) tutkimuksessa todettiin, että hoitoon osallistuvan henkilökunnan tietoisuus eri hoitomuodoista vaikuttaa suoraan potilaille tarjottuihin vaihtoehtoihin. Nefrologit eivät suosittele niitä hoitomuotoja, jotka ovat heille vieraita. Nefrologien oma kokemus eri hoitomuodoista vaikuttaa lääkärin päätöksentekoon. Nefrologien koulutuksessa tulisi sisällyttää enemmän harjoittelua kotihoitomuotoa tarjoavissa yksiköissä, jotta kotihoito tulee tutuksi. Myös hoitohenkilökunta tarvitsee lisää tietoa ja koulutusta kotihemodialyysistä. Ei voida olettaa, että hoitohenkilökunta voisi suositella potilaalle hoitomuotoa, josta heillä itselläkään ole riittävästi tietoa. On helpompi tarjota ja esitellä sitä hoitomuotoa, joka on jo entuudestaan hoitohenkilökunnalle tuttu. Henkilökunnan kokemuksen ja koulutuksen puute vaikuttavat suoraan myös siihen, että hoitoon soveltuvia potilaita, jolloin moni hoitomuotoon soveltuva potilas ohjautuu sairaalahemodialyysin pariin.

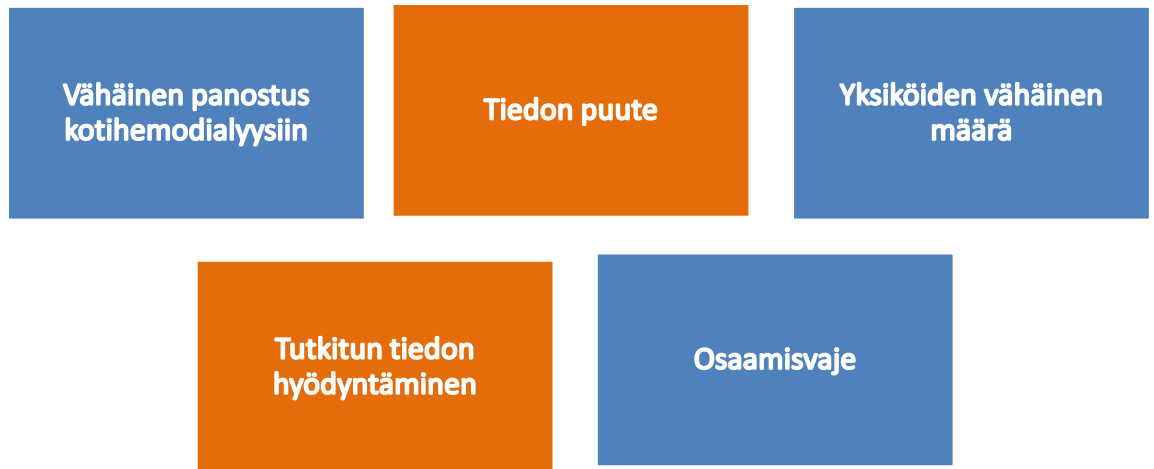
Finkelsteinin, Storyn, Firanekin, Barren, Takanon, Sorokan, Mujaisin ja Mendelssohnin (2008) tutkimus osoitti, että potilasohjausta antavan henkilökunnan, erityisesti nefrologien tulisi ymmärtää niitä esteitä, jotka rajoittavat potilaan ymmärrystä annettavalle ohjaukselle. Annettaessa informaatiota potilaalle sairaudesta ja sen hoidosta on tärkeää varmistaa, että potilas ymmärtää ja osaa noudattaa annettuja ohjeita, jotta pärjää sairautensa kanssa mahdollisimman hyvin. Henkilökunnan ammatillinen vastuu korostuu erityisesti yhteistyössä niiden potilaiden kanssa, joiden on vaikeampaa ymmärtää ohjausta tai uuden tiedon omaksuminen on hitaampaa syystä tai toisesta.



Kuvio 5. Kotihemodialyysyä estävät tekijät henkilökunnan näkökulmasta

6.2.3 Kotihemodialyysi organisaation näkökulmasta

Blagg:n (2005) tutkimus toi esille ajatuksen siitä, että vaikka organisaation päättävillä tahoilla on käytettävissä tutkittua tietoa kotihemodialyysin myönteisistä vaikutuksista potilaaseen fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti, henkilökunnan sitoutumisesta, kehittämisestä sekä motivoitumisesta omaan työhönsä ja kotihoitomuodon kustannustehokkuudesta niin ajoittain heidät on kuitenkin vaikea saada vakuuttuneeksi vaihtoehdon kannattavuudesta. Kotihemodialyysin kehittämistä varten ei ole resursoitu riittävästi tai resurssit on ohjelmoitu muualle. Joskus myös suoranainen tiedon puute estää toiminnan kehittämisen. Tämä vaatii vielä työtä, jotta kotona tehtävä dialyysi löytäisi oman paikkansa vaihtoehtojen valikossa. Dingin (2013) tutkimuksen mukaan organisaatiosta lähtöisin oleva haaste on mm. kotihemodialyysiyksiköiden vähäinen määrä suhteessa todelliseen tarpeeseen.



Kuvio 6. Kotihemodialyysiä estävät tekijät organisaation näkökulmasta

7 POHDINTA

Alla olevissa kuvioissa on koottu yhteen kotihemodialyysiä edistävät ja estävät tekijät.



Kuvio 7. Kotihemodialyysiä edistävät tekijät



Kuvio 8. Kotihemodialyysiä estävät tekijät

Tutkimuksen menetelmäksi valittiin integratiivinen kirjallisuuskatsaus, koska tavoitteena oli tarkastella tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman monipuolisesti ja laajasti, johon valittu metodi antaa hyvät valmiudet. Tutkielma toteutettiin kirjallisuuskatsauksella, koska tutkittava ilmiö on monitahoinen ja aineiston kerääminen haastatteluilla tai kyselyllä olisi ollut hidasta ja osin vaikeasti toteutettavaa, koska tutkittavan alueen kotihemodialyysissä omatoimisesti hoitoa kotona toteuttavia potilaita on keskimäärin 40 ja kotihemodialyysiyksikössä työskenteleviä hoitajia on 4 sekä yksi toiminnasta vastaava lääkäri, organisaatiota koskeva tieto olisi ehkä ollut liian kapeaa, jolloin nämä seikat huomioiden otoskoko olisi mahdollisesti jäänyt pieneksi ja vaikeuttanut näin ollen tutkittavan ilmiön laajempaa analysointia ja hyödynnettävyyttä tulevaisuudessa. Koska integratiivisella kirjallisuuskatsauksella pyritään rakentamaan kokonaiskuvaa asiakokonaisuudesta ja sen avulla on mahdollista tunnistaa myös ilmiöön liittyviä haasteita päädyin kyseiseen metodiin. Integratiivinen kirjallisuuskatsaus ei ole yhtä valikoiva eikä seulo tutkimusaineistoa yhtä tarkasti, kuin esimerkiksi systemaattinen katsaus, jolloin aineiston osalta on mahdollisuus kerätä laajempi otos, lisäksi integratiivinen kirjallisuuskatsaus sallii erilaisin metodisin (esimerkiksi kokeellisen ja ei kokeellisen) lähtökohdin tehdyt tutkimukset (Whitmore & Knafl 2005).

7.1 Tutkielman luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat: tutkimuksen kulun tarkka raportointi vaiheittain, perustelut sekä tutkimuksen tarkoitukselle että aineistonkeruumenetelmälle. Otannan merkitys tutkimukselle, tutkimuksen analyysivaihe ja raportointi. Haasteena on tutkijan objektiivisuus. Miten hyvin tutkija onnistuu tavoittamaan tutkittavan ilmiön? Aineiston kattavuuden riittävyys, aineiston määrä on riittävä analyysin pohjalta esitettyihin tulkintoihin. Tutkijan mahdolliset ennako-olettamukset. Face-validateetti eli kuinka laaja mittaus on tutkimuksen kannalta järkevää. Sisällönanalyysin kannalta olennaista on, että tutkija pystyy osoittamaan yhteyden aineiston ja tulosten välillä (Burns & Grove 2009.)

Järjestelmällisellä ja tarkalla integratiivisella kirjallisuuskatsauksella on potentiaalia luoda kokonaisvaltainen käsitys niistä haasteista, jotka liittyvät terveydenhuoltoon ja niitä ohjaaviin poliittisiin päätöksiin. Integratiiviset katsaukset sisältävät monipuolisesti erilaista dataa, joka mahdollistaa kokonaisvaltaisemman ymmärryksen käsiteltävästä ilmiöstä. Kuitenkin erilaisten metodien yhdistäminen on monimutkaista ja haastavaa ja se asettaa omat vaatimukset integratiivisen kirjallisuuskatsauksen toteuttamiselle. Kriittisesti arvioiden menetelmän heikkoudet liittyvät tiedon analysointiin, erityistä huomiota tulisi kiinnittää järjestelmälliseen ja tarkkaan prosessiin analyysivaiheessa, varsinkin jos tutkimusaineisto sisältää sekä määrällisiä että laadullisia tutkimuksia. Tässä prosessissa on mahdollista vähentää tutkimustulosten tulkinnan puolueellisuutta ja virheellisyyttä. Integratiivinen kirjallisuuskatsaus voi myöhemmin pelata suurempaa roolia näyttöön perustuvan käytännön työn edistäjänä sekä kuvata hoitotyön monimuotoisuutta ja kompleksisuutta olennaisesti terveydenhuollon viitekehyksessä (Whitemore & Knafel 2005.) Näin ollen integratiivinen kirjallisuuskatsaus puolustaa paikkaansa yhtenä osana hoitotieteellisen tutkimuksen tekemisessä.

Tämän tutkielman luotettavuutta lisäävinä tekijöinä ovat mm. ne seikat, että aihetta käsiteltiin kvalitatiivisten analyysimenetelmien kurssilla. Siellä analysoitiin yhdessä tutkimuskysymyksiä, valittuja artikkeleita sekä integratiivisen kirjallisuuskatsauksen soveltuvuutta tutkielman toteuttamiseksi.

Se, että tutkija tuntee hyvin aihepiirin ja on työskennellyt useiden vuosien ajan kotihemodialyysipotilaiden parissa voi olla sekä etu että haitta. Etu siinä mielessä, että aihepiiristä on syvällistä tietoa ja kokemusta pitkältä ajalta, mutta haasteena on säilyttää objektiivisuus, jotta ei tekisi tulkintoja olettamusten mukaan. Toisaalta tieto ja ymmärrys aihepiiriin tuttuudesta on saanut tutkijan havainnoimaan omaa asennoitumistaan siihen.

7.2 Tutkimuseettiset kysymykset

Tässä tutkimuksessa pyrin huomioimaan eettisyyttä koko tutkimusprosessin läpi noudattamalla tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeita. Noudatin tutkimuksen kaikissa vaiheissa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimuksen alussa laadin tutkimussuunnitelman, johon oli kuvattu tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuksen eteneminen. Tutkimuksen tulosten osalta pyrin sekä selkeään että totuudenmukaiseen analysointiin ja tutkimustulosten esittämiseen.

”Tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hyvää tieteellistä käytäntöä koskevien ohjeiden soveltaminen on tutkijayhteisön itsesäätelyä, jolle lainsäädäntö määrittelee rajat” (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013.)

Osana tutkimusorganisaatioiden laatujärjestelmää on hyvä tieteellinen käytäntö. Tutkimuseetiikan näkökulmasta keskeisiä lähtökohtia hyvälle tieteelliselle käytännölle ovat: ”Tutkimuksessa noudatetaan tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja eli rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa”. ”Tutkimukseen sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä”. Tutkimuksessa toteutetaan tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta ja vastuullista tiedeviestintää tutkimuksen tuloksia julkaistaessa. Tutkijat ottavat huomioon muiden tutkijoiden työn ja saavutukset asianmukaisella tavalla. He kunnioittavat muiden

tutkijoiden tekemää työtä, viittaavat heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla sekä antavat heidän saavutuksilleen niille kuuluvan arvon että merkityksen omassa tutkimuksessaan ja sen tuloksia julkaistessaan. Tutkimus suunnitellaan, toteutetaan ja siitä raportoidaan sekä siinä syntyneet aineistot tallennetaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Jokainen tutkija ja tutkimusryhmän jäsen itse vastaa hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta. Vastuu kuuluu myös tutkimusryhmille ja niiden tutkijoille, tutkimusyksiköiden johtajille sekä tutkimusta harjoittavien organisaatioiden johdolle. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta).

7.3 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella kotihemodialyysin edistäviä ja estäviä tekijöitä, potilaan, henkilökunnan ja organisaation näkökulmasta. Tavoitteena on hyödyntää kirjallisuuskatsauksesta saatua tietoa kotihemodialyysiyksiköiden käyttöön. Saatujen tulosten perusteella on mahdollista kehittää toimintaa tulevaisuudessa.

Tutkimuskysymykset etsivät vastausta seuraaviin kotihemodialyysiä edistäviin ja estäviin tekijöihin. Mitkä ovat kotihemodialyysiä edistävät tekijät potilaan, henkilökunnan ja organisaation näkökulmasta? Mitkä ovat kotihemodialyysiä estävät tekijät potilaan, henkilökunnan ja organisaation näkökulmasta? Tutkimus antoi vastaukset tutkimuskysymyksiin.

Aikaisempia tutkimustuloksia tarkasteltaessa tulokset olivat samansuuntaiset, kun vertailtiin kotihemodialyysiä edistäviä ja estäviä tekijöitä potilaan, henkilökunnan ja organisaation näkökulmasta katsottuna. Potilaan näkökulmasta edistäviä tekijöitä olivat riittävä tiedonsaanti eri hoitomuotovaihtoehdoista hyvissä ajoin, jo ennen kuin hemodialyysihoidot ovat alkaneet. Silloin potilaalle jää aikaa pohtia itselleen parhaiten sopivaa hoitomuotoa ja se edesauttaa kotihoitomuodon valitsemista sairaalassa toteutettavan hemodialyysin sijasta. (Koester 2013.) Myös hyvin suunniteltu koulutusohjelma mahdollisti potilaan kotiin menemisen ja siellä pärjäämisen oman hoitonsa itsenäisenä toteuttajana. (Blagg 2005.) Henkilökunnan osalta edistäviksi tekijöiksi muodostuivat jäsenetyn koulutusohjelman käyttö potilaan kotihemodialyysikoulutuksessa, sitoutunut ja ammattitaitoinen henkilökunta sekä organisaation luomat mahdollisuudet toteuttaa koulutusta ja ylläpitoa. (Koester 2013.)

Munuaistaudin varhaisessa vaiheessa (pre) potilaan ohjaukseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Potilasta tulisi informoida sairaudesta, sen etenemisestä, sairauden hoidosta ja mahdollisuudesta hoitaa itseään kotona. Potilaan kannalta varhaisen informaation etuna on se, että potilas ei ole vielä asettunut hoidettavaksi sairaalaan, jolloin hän on ideaalikandidaatti eri hoitomuotojen esittelylle, koska ennen dialyysihoitojen alkamista potilas on avoimempi eri vaihtoehtoilta. (Blagg 2005.)

Optimaalinen potilaan ohjaus huomioi sairauden vaikutukset kokonaisuudessaan potilaan elämään ja keskittyy myös potilaalle merkityksellisiin asioihin, kuten potilaan elämänlaatuun ja jokapäiväisen elämän sujuvuuteen. (Pagels, Wång & Wengström 2008.) Riittävä ohjaus ja tieto oman sairautensa hoidosta saa potilaat sitoutumaan hoitoonsa. Se parantaa hoidon tuloksia sekä kohentaa potilaan elämänlaatua. (Koester 2013.)

Suunnitelmallinen ja tehokas kotihemodialyysi-koulutusohjelma vaikuttaisi siihen, että nykyistä suurempi määrä potilaita pystyisi hoitamaan itseään kotona sairaalan sijaan. Taustalle tarvitaan asiaan perehtyneitä nefrologeja, dialyysiosaston henkilökunnan sitoutumista, potilaita sekä organisaation tukea toiminnalle. Nämä edellytykset vaaditaan, jotta pystytään tarjoamaan potilaalle tutkitusti tehokkainta kotihoitoa todellisena vaihtoehtona. (Blagg 2005.)

Yksi kotihemodialyysin onnistumista korreloiva tekijä oli potilaan selviytymis- ja sopeutumistaidot. Kotihoitoon sopeutumista ja siitä henkisesti selviytymistä voidaan opettaa potilaalle. Tämä tekijä oli yksi merkittävä edistävä tekijä sekä potilaan että henkilökunnan näkökulmasta tarkasteltuna. Myös tapoja sopeutumisen helpottamiseksi ja selviytymismalleja kotona olemiseen voidaan opettaa, omatoimisuuden ja ongelmanratkaisu keinojen ohella. Aiheesta tarvitaan kuitenkin vielä lisää tutkimustietoa. (Nearhos, Van Eps & Connor 2013.) Vertaistuen merkitys oli potilaille merkittävä kotikoulutuksen aikana. Potilaat saivat tukea toisiltaan ja kokivat koulutuksessa pidemmällä olevien potilaskollegoiden esimerkin kannustavana ja uskoa antavana tulevaisuutta silmällä pitäen. (Wong, Migram, Halifax, Eakin, Cafazzo & Chang 2009.)

Organisaation näkökulmasta kotihemodialyysyä merkittäväksi edistäväksi tekijäksi osoittautui luotettava tieto kotihemodialyysin kustannustehokkuudesta hoitomuotona verrattuna sairaalassa toteutettavaan hemodialyysiin. Kotihemodialyysin edut ovat kiistattomat, tarkastellaan sitä potilaan, henkilökunnan tai organisaation näkökulmasta. Tämä tieto mahdollisesti lisää organisaation päättävien tahojen tahtoa panostaa ja kehittää kotihemodialyysin resursointia jatkossa. (Blagg 2005.)

Estäviksi tekijöiksi potilaan osalta muodostuivat vähäinen ja myöhäiseen ajankohtaan sijoittunut tieto kotihemodialyysistä varteen otettavana vaihtoehtona. Monesti potilas olisi voinut olla hyvä kandidaatti kyseiseen hoitomuotoon, mutta käytännön järjestelyiden heikko toteutus saattoi estää potilaan päättymisen kotihoitoon. (Koester 2013.)

Henkilökunnan osalta estävänä tekijänä toimi mm. se seikka, että kotihemodialyysi oli vähän tunnettu hoitomuoto myös henkilökunnalle itselle, jolloin sitä ei tarjottu vaihtoehtona potilaalle, koska henkilökunnan on helpompi kertoa niistä hoitovaihtoehdoista, jotka ovat heille tutumpia. (Koester 2013.)

Potilaat, jotka ovat saavuttaneet riittävän omatoimisuuden tason pärjätäkseen kotona, eivät välttämättä päädy kotihoitoon. Lääkärit ja hoitohenkilökunta olettavat tietävänsä potilaan tarpeet kotihemodialyysissä. (Sinclair 2009.) Riittävä ohjaus ja tieto oman sairautensa hoidosta saa potilaat sitoutumaan hoitoonsa. Se parantaa hoidon tuloksia sekä kohentaa potilaan elämänlaatua. Tutkimuksessa, jossa haastateltiin nefrologeja todettiin, että noin puolet hoidettavista potilaista olisi soveliaita kotihoitoon, mutta potilaista vain murto-osa tekee hoitoa kotona. (Koester 2013.)

Organisaation näkökulmasta estäväksi tekijäksi muodostui, että tutkitusta tiedosta huolimatta, joka on osoittanut kotihemodialyysin edut potilaan, henkilökunnan ja organisaation kannalta ei välttämättä vakuuta päättäjiä tekemään päätöksiä, jotka tukisivat kotihemodialyysin valintaa todellisena vaihtoehtona. (Ding 2013.)

Komenda, Gavaghan, Garfield, Poret ja Sood (2012) totesivat tutkimuksessaan, että kotihemodialyysin kustannusten maailmanlaajuinen vertailu on vaikeaa mm. siitä syystä, että terveydenhuoltojärjestelmät poikkeavat toisistaan, vertailua vaikeuttavat

myös erilaiset aloitus- ja ylläpitokustannusten eroavaisuudet. Kotihemodialyysin koulutuskustannukset ovat alkuun korkeat, mutta ne tasoittuvat myöhemmin. In-center dialyysissä henkilökunnan palkkamenot ovat jatkuva kustannuserä verrattuna kotihemodialyysin hetkelliseen kustannusten lisääntymiseen koulutusvaiheessa. Komendan, Coplandin, Makwanan, Djurdjevin, Soodin & Levinin (2010) tutkimuksessa tuotiin esille ajatus, että päättäjien ja toiminnasta vastaavien suunnittelijoiden tulisi olla tietoisia kaikista kustannuksista, myös piilokustannuksista, jotta he voisivat suunnitella realistisen budjetin kotihemodialyysitoiminnalle ja sen kehittämiseksi.

Estäviä tekijöitä olivat muun mm. se, että kotihemodialyysille, sen laajemmalle käyttöönotolle ja koulutusohjelman kehittämiseksi löytyy kiinnostusta, mutta käytännön toteutuksen ja kiinnostuksen välillä on kuitenkin kuilu. Kiinnostuksesta huolimatta kotihemodialyysiä vaihtoehtona ei ole riittävästi tarjolla. Asiantuntevien lääkäreiden puute, optimaalisen hoitopolun puutteellisuus, organisatoriset rajoitukset ja henkilökunnan haluttomuus edistää kotihemodialyysiä ovat estäviä tekijöitä hoitomuodon laajemmalle käyttöön otolle. Dialyysipotilaita tulisi rohkaista omatoimisuuteen ja vastuunottamiseen oman sairautensa hoidossa. Sitä varten pitäisi kehittää toimiva malli sekä riittävä tukijärjestelmä potilaalle. (Jayanti, Morris, Stenvinkel & Mitra 2014.)

Tutkimuksessa tuli esille, että tietoisuutta kotihemodialyysistä hoitomuotona tulisi lisätä kaikkien toimijoiden kohdalla. Tällä hetkellä vaihtoehdon tarjoaminen potilaalle jää osittain sattuman varaiseksi, kun on puutetta osaavasta henkilökunnasta ja organisaation panostuksessa kotihemodialyysitoiminnan kehittämiseen on edelleen parannettavaa. (Koester 2013.)

7.4 Johtopäätökset

Kotihemodialyysiä edistäviä tekijöitä löytyi useampia potilaan, henkilökunnan ja organisaation näkökulmia tarkasteltaessa. Näin oli myös kotihemodialyysiä estävien tekijöiden osalta.

Kotihemodialyysiä edistäviä tekijöitä potilaan kannalta olivat mm. oikein ajoitettu ohjaus ja strukturoitu koulutusohjelma. Mitä aikaisemmin potilas sai tietoa sairaudestaan ja hoitovaihtoehdoista, niin sitä paremmat valmiudet potilaalla oli selvittää sairautensa kanssa ja valita itselleen paras hoitomuoto eri vaihtoehdoista. Tästä päätellen ohjaukseen ja koulutusohjelmaan tulisi kiinnittää jatkossa erityistä huomiota sekä kehittää niitä edelleen tarpeen mukaan.

Henkilökunnan näkökulmasta katsottuna edistäviä tekijöitä olivat toimiva koulutusohjelma, joka edistää potilaan kouluttamista kotiin. Henkilökunnan riittävät tiedot, taidot ja sitoutuneisuus työhönsä vaikuttivat sekä henkilökunnan työtyytyväisyyteen sekä kotona hoidettavien potilaiden määrän kasvuun. Vastaavasti heikko tietämys ja kokemus kotihemodialyysistä estivät henkilökuntaa tarjoamasta hoitomuotoa vaihtoehdoksi potilaille. Henkilökunnan tulisi aktiivisesti jalkautua ja hakea kontaktia niihin yksiköihin, joissa on kotihemodialyysi koulutusta tarjolla. Myös kotihemodialyysi- koulutusyksiköiden tulisi informoida, kouluttaa ja tutustuttaa alan ammattilaisia sekä potilaita omaan toimintaansa tiedon lisäämiseksi.

Munuaisten vajaatoimintaa sairastavien potilaiden määrä on tasaisesti kasvussa ja asettaa sekä potilaan että henkilökunnan sen valintatilanteen eteen, että mikä hoitomuoto soveltuisi parhaiten potilaan elämäntilanteeseen ja mitä hoitomuotoa henkilökunta tarjoaa potilaalle. Potilaat kuvailivat kaivanneensa lisää tietoa munuaisten vajaatoiminnan hoitovaihtoehdoista, koska kokivat niukan tiedon rajoittavan valinnanvapautta eri hoitomuotojen välillä. (Koester 2013.) Myös potilaiden tulisi jatkossa aktivoitua ja tarjota tietoa sekä vertaistukea erityisesti niille potilaille, jotka vasta miettivät erilaisia hoitovaihtoehtoja itselleen.

Organisaation kannalta sekä edistävä että estävä tekijä oli tutkitun tiedon saatavuus ja sen hyödynnettävä käyttö kotihemodialyysin lisäämiseksi. Tietoa oli saatavilla, mutta sitä ei kuitenkaan aina osattu hyödyntää riittävästi syystä tai toisesta. Näin ollen organisaatioiden päättävien elinten tulisi mahdollisuuksien mukaan tutustua ja hankkia lisää käytännön kokemusta ja tietoa päätöstensä tueksi.

7.5 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimusehdotuksina aineiston perusteella esitetään, lisää tutkimusta tarvitaan mm. siitä, miten lisätään kotihoitomuodon tunnettavuutta ja valittavuuden mahdollisuutta sekä potilaille että henkilökunnalle ja organisaatiolle. Jatkossa olisi hyvä tutkia erilaisia vaihtoehtoja toteuttaa kotihemodialyysiä. Yksi mahdollisuus on tarjota avustettua kotihemodialyysiä potilaalle, joka ei pysty toteuttamaan hoitoa itsenäisesti, mutta on halukas siihen avustettuna.

LÄHTEET

Alahuhta M, Hyväri T, Linnavuo M, Kylmäaho R & Mukka H. 2008.

Munuaissairaanhoidon edistäminen. Edita Prima Oy. Helsinki, s.76.

Blagg C.R. 2005. Home haemodialysis: "home, home, sweet, sweet home!"

Nephrology 2005; 10, 206-214.

Burns N & Grove S. 2009. *The Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*. 6. Edition. Saunders.

Ding D. 2013. Perspectives and Experiences of Nephrology Nurse on Home Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 40(1), 51-54.

Finkelstein F.O, Story K, Firanek C, Barre P, Takano T, Soroka S, Mujais S, Rodd K & Mendelssohn D. 2008. Perceived knowledge among patients cared for by nephrologists about chronic kidney disease and end-stage renal disease therapies. *Kidney International* (2008), 1178-1184.

Finkelstein F.O, Schiller B, Daoui R, Gehr T.W, Kraus M.A, Yoojin Lee J.L, Miller B. W, Sinsakul M & Jaber B.L. 2012. At-home short daily hemodialysis improves the long-term health-related quality of life. *Kidney International* (2012) 82, 561-569.

Fortnum D, Ludlow M & Morton R. 2014. Renal unit characteristics and patient education practices that predict a high prevalence of home-based dialysis in Australia. *Nephrology* 19 (2014) 587-593.

Homburger J & Hirth R. A. 2012. Financial Implications of Choice of Dialysis type of the Revised Medicare Payment System: An Economic Analysis. *Am J Kidney Dis*. 2012; 60 (2): 280-287.

Honkanen E & Rauta V. 2008. What happened in Finland to increase home hemodialysis? *Hemodialysis International* 2008; 12:S11-S15.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa-ohje. 1.3.2013. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. www.tenk.fi.

Hänninen A, Lehtimäki M & Muroma-Karttunen R. 1997. Hemodialyysihoito. Tammer-Paino Oy. Tampere.

Janhonen S, Nikkonen M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. Juva.

Jayanti A, Morris J, Stenvinkel P & Mitra S. 2014. Home hemodialysis: Beliefs, attitudes, and practice patterns. *Hemodialysis International* 2014; 1-10.

Koester L. 2013. Exploring the reasons for the Tiny Percentage of Patients on Home Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*. January-February 2013. Vol.40, No.1, 43-48.

Komeda P, Copland M, Makwana J, Djurdjev O, Sood M.M & Levin A. 2010. The cost of starting and maintaining a large home hemodialysis program. *Kidney International* (2010) 77, 1039-1045.

Komenda P, Gavaghan M.B, Gartfield S.S, Poret A.W & Sood M.M. 2012. An economic assessment model for in-center, conventional home, and more frequent home hemodialysis. *Kidney International* (2012) 81, 307-313.

Masterson R. 2008. The advantages and disadvantages of home hemodialysis. *Hemodialysis International* 2008; 12: S16-S20.

Miller J. 2010. Does home hemodialysis produce better outcomes for patients? *British Journal of Nursing*, 19(20): 1275-80.

Muroma-Karttunen R. 2013. Almost anyone can have home therapy but can we overcome the barriers? *Journal of Renal care*, 2013 Mar; 39, 22-7.

Nearhos J, Van Eps C & Connor J. 2013. Psychological factors associated with successful outcomes in home haemodialysis. *Nephrology* 18 (2013) 505-509.

Pagels A, Wång M & Wengström Y. 2008. The impact of a nurse-led clinic on self-care ability, disease-specific knowledge, and home dialysis modality. *Nephrology Nursing Journal*. May-June 2008. Vol.35, No.3.

Power A, Ashby D. 2014. Haemodialysis: hospital or home? *Postgrad Med J* 2014; 90:92-97.

Sinclair PM. 2009. Home haemodialysis: a literature review. *Renal society of Australasia Journal*. 2009 Mar; 5 (1): 9-15.

Schatell D. 2005. Home vs. In-Center Dialysis: Reassessing the Burdens. *Nephrology Nursing Journal*. May-June 2005. Vol. 32, No. 3.

Sondrup B, Copland M, Black A & Trask M. 2011. Supporting Patient Choice: An Intervention to Promote Independent Dialysis Therapies. *Nephrology Nursing Journal*, 38(6), 491-497.

Tennankore K, Nadeau-Fredette A-C & Chan C.T. 2014. Intensified home hemodialysis: clinical benefits; risks and target populations. *Nephrol Dial Transplant* (2014) 29; 1342-1349.

Tuomi J & Sarajärvi A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Visaya M.A. 2010. Hemodialysis patients' perceptions of home hemodialysis and self-care. *The CANNT Journal*. April-June 2010, Volume 20, Issue 2, 23-28.

Walker R, Marshall M.R, Morton R.L, McFarlane P, Howard K. 2014. The cost-effectiveness of contemporary home haemodialysis modalities compared with facility haemodialysis: A systematic review of full economic evaluations. *Nephrology*, 19 (2014) 459-470.

Whittemore R. & Knafl K. 2005. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing* 52(5), 546-553

Wong B, Zimmerman D, Reintjes F, Courtney M, Klarenbach S, Dowling G & Pauly R.P. 2014. Procedure-Related Serious Adverse Events among Home Hemodialysis Patients: A Quality Assurance Perspective. *Am J Kidney Dis.*2014; 63(2):251-258.

Wong J, Migram P, Halifax N, Eakin J, Cafazzo J. A & Chan C.T. 2009. Patients' Experiences with Learning a Complex Medical Device for the Self-Administration of Nocturnal Home Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*. January-February 2009. Vol.36, No. 1.

Young B.A, Chan C, Blagg C, Lockridge R, Golper T, Finkelstein F, Shaffer R & Mehrotha R. 2012. How to Overcome Barriers and Establish a Successful Home HD Program. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 7: 2023-2032.

Tiedonhaku­taulukko

VIITETIETOKANTA	HAKUSANAT	TULOKSET	VALITUT LÄHTEET
CINAHL	”hemodialysis” AND ”patient education”	282	6
	“home hemodialysis” AND “nurse”	8	2
	“home hemodialysis” AND “benefits”	15	4
	“home hemodialysis” AND “economic”	7	2
	”integrative literature reviews”	10	1
PUBMED	”home hemodialysis” AND ”advantages” AND “disadvantages”	14	2
	“home hemodialysis”	2382	9
	”integrative review” AND ”methodology”	2474	0

Taulukko tutkimuksista

Tutkimusten tekijät, tutkimuspaikka ja vuosi	Tarkoitus	Aineiston keruumenetelmä	Keskeiset tulokset
Blagg C.R. 2005. USA.	Katsaus kotihemodialyysin kehityksestä nykypäivään. Kotihemodialyysin edut ja haitat.	Kirjallisuuskatsaus	Kotihemodialyysi toimii hoitomuotona hyvin. Se lisää potilaan hyvinvointia, elämänlaatua ja eliniän ennustetta.
Ding D. 2013. USA.	Nefrologisen sairaanhoitajan näkemyksiä ja kokemuksia kotihemodialyysistä	Kirjallisuuskatsaus	Kotihemodialyysin suunnitelmallisuus jo pre-dialyysi vaiheessa on tärkeää, jotta potilaalle voidaan taata saumaton mahdollisuus kyseiseen hoitomuotoon.
Finkelstein F.O, Story K, Firanek C, Barre P, Takano T, Soroka S, Mujais S, Rodd K & Mendelssohn D. 2008. USA.	Selvittää munuaistenvajaatoimintaa sairastavien potilaiden tietämystä sairaudestaan ja sen hoitomuodoista annetun ohjauksen perusteella.	N=676 Kyselytutkimus potilaille.	Tutkimuksen perusteella 1/3 potilaista ei saanut riittävän selkeää ohjausta sairaudestaan tai sen hoitomuodoista. Heillä oli puutteelliset tiedot perusasioissa liittyen omaan sairauteensa sekä siihen, miten sairautta hoidetaan. Potilaan ohjaukseen tarvitsee kiinnittää erityistä huomiota jatkossa sekä lääkäreiden että hoitohenkilökunnan keskuudessa.
Finkelstein F.O, Schiller B, Daoui R, Gehr T.W, Kraus M.A, Yoojin Lee J.L, Miller B. W, Sinsakul M & Jaber B.L. 2012. USA.	Verrata mahdollisia vaikutuksia potilaan terveydentilaan 6 krt/vko kotona tehtävän hemodialyysin vs 3 krt/vko sairaalassa tehtävän dialyysin välillä.	N=291 Prospektiivinen kohorttitutkimus.	Tutkimus osoitti, että kotona lähes päivittäin (6 krt/vko) toteutettava hemodialyysi edisti potilaan fyysistä ja psyykkistä terveydentilaa verrattuna 3 krt viikossa toteutettavaan sairaalahemodialyysiin.
Fortnum D, Ludlow M & Morton R. 2014. Australia.	Tarkastella potilaille annettavan pre vaiheen ohjauksen vaikutuksia onnistuneeseen kotihemodialyysin	On-line-kysely kotihemodialyysiyksiköiden potilaille, N=43	Tutkimuksessa tuli ilmi selvä yhteys pre-ohjauksen ja potilaan pärjäämiseen kotihemodialyysissä.

	toteutukseen.		
Homberger J & Hirth R.A. 2012. USA.	Vertailla eri dialyysimuotojen kustannuksia keskenään.	Mikroekonominen analyysi.	Eri hoitomuotojen välillä löytyi eroavaisuuksia kustannusvertailussa. Kotona tehtävä dialyysi on edullisempaa verrattuna sairaalassa tehtävään hoitoon.
Honkanen E & Rauta V. 2008. Suomi.	Tarkastella Suomen kotihemodialyysi-toiminnan kehittymistä vuosien saatossa.	Kirjallisuuskatsaus	”Home first” käytäntö on ollut tärkeä edistävä tekijä kotihemodialyysin volyymin kasvattamiseksi. Käytäntöön ovat sitoutuneet organisaatio, henkilökunta sekä potilaat.
Jayanti A, Morris J, Stenvinkel P & Mitra S. 2014. USA & Ruotsi.	Tarkastella, miten hyvin kotihemodialyysiä pystytään tarjoamaan hoitomuotona käytännössä, kun sitä kohtaan tunnetaan maailmanlaajuisesti suurta mielenkiintoa ja sen tuomat edut ovat yleisesti aikaisemmissa tutkimuksissa todetut.	N=272 Internetkysely alan omassa sivustossa (http://www.ndt-educational.org/). Kysely oli osoitettu terveydenhuoltoalan ammattilaisille.	Kotihemodialyysiin hoitomuotona tunnetaan suurta mielenkiintoa ja sen positiiviset vaikutukset potilaan elämään ja kustannustehokkuuteen ymmärretään, mutta käytännössä on vielä paljon tehtävää, jotta potilaille voidaan tarjota kotihemodialyysia todellisenä vaihtoehtona. Organisaation resurssointi tilojen ja henkilökunnan osalta on vielä keskeneräistä.
Koester L. 2013. USA.	Tarkastella niitä tekijöitä, minkä vuoksi kotihemodialyysiin valikoituu pieni prosentti potilaista, kun hoidettavia potilaita on paljon ja tulevaisuudessa hemodialyysiä tarvitsevien potilaiden määrä kasvaa entisestään.	Kirjallisuuskatsaus	Tarvitaan lisää tietoa kotihemodialyysistä ja siihen parhaiten soveltuvista potilaista sekä henkilökunnan että potilaiden keskuudessa. Henkilökunnan merkitys tiedon jakamisessa potilaalle on merkittävä, jotta hän pystyy valitsemaan eri hoitomuotojen välillä itselleen soveltuvimman.
Komenda P, Copland M, Makwana J, Djurdjev O, Sood M.M & Levin A. 2010. Kanada & USA	Tarkastella kotihemodialyysin aloitus- ja ylläpitokustannuksia, jotta saadaan tietoa hyödynnettäväksi suunniteltaessa	2-vuotinen retrospektiivinen tutkimus, mukana N=122 potilasta.	Kotihemodialyysi on kustannuksiltaan kokonaisuudessaan edullisempi hoitomuoto, kuin sairaalahemodialyysi. KHD pitää kuitenkin sisällään piilossa olevia

	KHD:tä.		kustannuksia, jotka ovat varsinkin alkuvaiheessa kalliimpi investointi potilaalle, kuin sairaalassa toteutettavassa hoidossa. Tämä olisi hyvä tietää jo hoitomuotoa valittaessa, jotta potilas pystyy tarvittaessa varautumaan kustannuksiin.
Komenda P, Gavaghan M.B, Gartfield S.S, Poret A.W & Sood M.M. 2012. Kanada & USA.	Tarkastella dialyysihoidon kustannuksia eri hoitomuodoissa.	Kirjallisuuskatsaus	Kotihemodialyysi on kustannutehokkain hoitomuoto, taloudelliset ja terveydelliset hyödyt huomioiden.
Masterson R. 2008. Australia.	Tarkastella kotihemodialyysin etuja ja haittoja potilaan näkökulmasta.	Kirjallisuuskatsaus	Kotihemodialyysissä on monia etuja potilaalle. Elämänlaatu kohenee, ajankäyttö lisääntyy ja potilas voi suunnitella hoidot sopimaan omaan elämänrytmiin. Haittatekijöinä mainitaan mm. uupuminen hoitoihin, eristyneisyys ja yksinäisyys sekä kodin ”sairaalamaisuus”.
Miller J. 2010. U.K.	Tarkastella mitä toimenpiteitä organisaatiolta tulevaisuudessa vaaditaan, kun munuaisten vajaatoiminnan aiheuttaman korvaushoitojen määrä ja tarve jatkuvasti kasvaa.	Kirjallisuuskatsaus	Tutkimus ehdottaa, että kotihemodialyysiin panostetaan jatkossa voimakkaammin, jotta hoitomuoto olisi entistä enemmän tarjolla potilaille sen kustannustehokkuuden ja myönteisten hoitovaikutusten vuoksi.
Muroma-Karttunen R. 2013. Suomi.	Tarkastella esteitä, jotka vaikuttavat kotihemodialyysitoiminnan kasvattamiseen.	Kirjallisuuskatsaus	Suurin este kotihemodialyysitoiminnan lisäämiseksi on kokemuksen puute toiminnasta sekä puutteellinen koulutus. Tarvitaan hyvin suunniteltua pre-dialyysikoulutusohjelmaa, jonka avulla voidaan hyvissä ajoin suunnitella hemodialyysihoitojen

			aloitusta kotona siihen soveltuvien potilaiden kanssa.
Nearhos J, Van Eps C & Connor J. 2013. Australia.	Tarkastella potilaiden selvitymistaitojen yhteyttä onnistuneeseen kotihemodialyysiin.	Retrospektiivinen kohorttitutkimus, mukana N=113 potilasta	Potilaat, jotka omasivat kykyjä erilaisten ongelmien ratkaisuun itsenäisesti sekä luottivat selviytymiseensä kotona pärjäisivät hyvin kotihemodialyysissä. Molempia kykyjä on mahdollista opettaa ja kehittää osana kotihemodialyysi koulutusta.
Pagels A, Wång M & Wengström Y. 2008. Ruotsi.	Tarkastella hoitajan antaman intensiivisen ohjauksen ja perinteisen mallin mukaisen ohjauksen vaikutuksia potilaan hoitomuodon valintaan.	Vertaileva haastattelututkimus N=70, verrokkiryhmä N=153	Ne potilaat, jotka saivat intensiiviohjausta hoitajalta liittyen sairauteensa, sen hoitoon ja vaikutuksiin elämäänsä valitsivat mieluummin kotona toteutettavan hemodialyysin, kun suurin osa verrokkiryhmän potilaista, jotka päätyivät valitsemaan sairaalahemodialyysin.
Power A, Ashby D. 2014. U.K.	Tarkastella kotihemodialyysin etuja verrattuna sairaalassa toteutettavaan hemodialyysiin.	Kirjallisuuskatsaus	Kotihemodialyysi osoittautui kustannustehokkaammaksi hoitomuodoksi verrattuna sairaalahemodialyysiin. Potilaiden elämänlaatu parani kotihoidossa.
Schatell D. 2005. USA.	Tarkastella kotihemodialyysistä aiheutuvia stressitekijöitä potilaille.	Kirjallisuuskatsaus	Kotihemodialyysissä potilaan vastuulle jää paljon käytännön järjestelyitä liittyen omaan hoitoonsa. Hoitohenkilökunta antaa taustatukea tarvittaessa, mutta potilas on fyysisesti omissa oloissaan ja näin ollen hänen on selviydyttävä itsenäisesti dialyysikoneeseen, hoitotarvikkeisiin ja omaan terveydentilaansa liittyvissä asioissa. Tämä koetaan toisinaan raskaana.
Sinclair PM. 2009. Australia.	Tarkastella niitä potilaita, jotka	Kirjallisuuskatsaus	Potilaat saivat hemodialyysihoitoa

	pärjäisivät kotihemodialyysissä, mutta eivät valinneet sitä hoitomuodokseen.		sairaalassa ja osaston henkilökunta oletti vastoin potilaan mielipidettä, että potilaat eivät halunneet siirtyä kotihoitoon. Olettamuksen vuoksi henkilökunta ei tarjonut tietoa hoitomuodosta potilaille tai kannustaneet heitä siirtymään siihen.
Sondrup B, Copland M, Black A & Trask M. 2011. Kanada.	Selvittää potilaiden näkökulmaa kotona toteutettavista dialyysistä. Mitä erityistä potilailla on asiasta kerrottavaa henkilökunnalle.	Potilaista muodostetun fokusryhmän kokoontumiset nauhoitettiin ja keskustelut purettiin myöhemmin auki. Potilaat vastasivat myös erilliseen kyselyyn. N=6	Yksilöllisen ohjauksen merkitys korostui tuloksissa. Henkilökunnan tulisi ymmärtää paremmin potilaan elämäntapaa ja hoitoon liittyviä tarpeita, jonka pohjalta voidaan yhdessä potilaan kanssa pohtia soveltuvia hoitovaihtoehtoja. Kotona toteutettava dialyysi koettiin hyvänä vaihtoehtona, kun taataan turvallisuuden tunne, joka tässä tutkimuksessa tarkoitti riittävää taustatukea tarvittaessa potilaalle.
Tennankore K, Nadeau-Fredette A-C & Chan C.T. 2014. Kanada.	Selvittää intensiivisen kotihemodialyysin vaikutuksia potilaan elämään.	Kirjallisuuskatsaus N=530	Intensiivinen kotihemodialyysihoitomuoto tarjoaa monia etuja potilaalle. Hoitomuoto on joustava ja monipuoliset, räätälöidyt hoito-ohjelmat tarjoavat potilaan elämäntilanteeseen sopivimmat vaihtoehdot. Intensiivinen hoitomuoto ei sovellu kaikille potilaille, joten sen valitseminen vaati tarkkuutta hoitohenkilökunnalta ja jatkuvaa yhteistyötä potilaan kanssa.
Visaya M.A. 2010. Kanada.	Tarkastella potilaan näkökulmaa kotihemodialyysiin ja omatoimisuuteen.	Kvantitatiivinen poikittaistutkimus, N= 49	Valtaosa potilaista koki kotihemodialyysin hyvänä hoitovaihtoehtona ja omasivat riittävät kyvyt toteuttaa itsenäistä hoitoa omatoimisesti kotona.
Walker R, Marshall	Verrata	Kirjallisuuskatsaus	Kotihemodialyysiä pitäisi

<p>M.R, Morton R.L, McFarlane P, Howard K. Uusi Seelanti. 2014</p>	<p>kotihemodialyysin kustannustehokkuutta ja sen vaikutuksia potilaan elämään vs sairaalassa toteutettavaan dialyysiin.</p>		<p>tarjota laajemmin varteenotettavana hoitovaihtoehtona potilaille, koska se on kustannustehokas ja soveltuville potilaille erinomainen vaihtoehto elämänlaatua kohentavana hoitona.</p>
<p>Wong B, Zimmerman D, Reintjes F, Courtney M, Klarenbach S, Dowling G & Pauly R.P. 2014. Kanada.</p>	<p>Tarkastella potilaiden turvallisuutta kotihemodialyysihoidossa.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Vaikka potilaat toteuttavat hemodialyysiä kotona omatoimisesti, on äärimmäisen harvinaista, että siihen liittyy suuria uhkakuvia tai vaarallisia tilanteita. Potilaat noudattavat annettua ohjausta hyvin, tosin poikkeuksiakin löytyy ja sen vuoksi olisi suhtauduttava vakavasti mahdollisiin uhkakuviin ja kehitellä toimintamalli, joka ennalta ehkäisee mahdolliset vaaratilanteet.</p>
<p>Wong J, Migram P, Halifax N, Eakin J, Cafazzo J. A & Chan C.T. 2009. Kanada.</p>	<p>Tarkastella potilaan koulutusta itsenäiseen kotihemodialyysihoidon ja koulutuksen aiheuttamia tunteita potilaalle. Tutkimus antaa ehdotuksia, kuinka jatkossa voidaan hyödyntää tutkimustietoja koulutuksessa.</p>	<p>Semi-strukturoitu haastattelu ja focusryhmä loppuvaiheen munuaistautia sairastaville potilaille ja heidän avustajilleen. N=23</p>	<p>Kotikoulutuksen aikana potilaat kokivat monenlaisia tunteita ahdistuksesta onnistumisen tunteisiin valmistautuessaan itsenäiseen pärjäämiseen (tai avustettuun) kotona toteutettavaan hemodialyysiin.</p>
<p>Young B.A, Chan C, Blagg C, Lockridge R, Golper T, Finkelstein F, Shaffer R & Mehrotha R. 2012. USA.</p>	<p>Kuvaileva katsaus kotihemodialyysin esteistä potilaan, henkilökunnan, organisaation näkökulmasta. Tarjoaa ehdotuksia, miten esteet voitetaan ja luodaan toimiva kotihemodialyysi-ohjelma.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Kotihemodialyysi antaa potilaalle mahdollisuuden lisääntyneeseen vapaa-aikaan, lisää potilaan elämänlaatua, mahdollistaa matkustelun ja edesauttaa potilaan fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia. Henkilökunnan ja potilaan kouluttaminen sekä tietoisuuden lisääminen edesauttaa ylittämään esteet kotihemodialyysin aloittamiseksi ja</p>

			ylläpitämiseksi.
--	--	--	------------------