



# Raskausdiabeteksen seuranta ja ohjaus synnytyksen jälkeen

Toimintaohje seurannan ja ohjauksen järjestämiseksi  
yhteistoiminta-alueella

Johanna Nevalainen

Opinnäytetyö, ylempi AMK

Toukokuu 2023

Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi AMK

Terveydenhoitaja YAMK, terveyden edistäminen

Nevalainen, Johanna

**Raskausdiabeteksen seuranta ja ohjaus synnytyksen jälkeen. Toimintaohje seurannan ja ohjauksen järjestämiseksi yhteistoiminta-alueella.**

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Toukokuu 2023, 105 sivua.

Sosiaali- ja terveysalan ylempi amk. Terveyden edistäminen. Opinnäytetyö, ylempi amk.

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: kyllä

### Tiivistelmä

Raskausdiabetes on yleinen raskausajan sairaus. Odotusaikana naisen terveydentilaa ja hyvinvointia voidaan seurata säännöllisesti äitiysneuvolakäyntien aikana. Synnytyksen jälkeinen raskausdiabetespotilaiden seuranta ja elintapaohjaus on yhä tärkeää, mutta asiakkaiden osallistuminen seurantoihin on valitettavan vähäistä. Terveydenhuollon ammattilaisille laaditun toimintaohjeen avulla luodaan yhtenäiset ja selkeät käytännöt, jotka sitouttavat ja motivoivat asiakkaita tiiviiseen seurantaan. Asiakkaiden tietoisuuden lisääminen suurentuneesta diabetesriskistä sekä raskausdiabeteksen uusiutumisen ehkäisyn merkityksestä osana seurantaan liittyviä vastaanottokäyntejä on tärkeää.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda yhteistoiminta-alueen äitiysneuvolapalveluihin näyttöön perustuva toimintaohje raskausajan diabeteksen synnytyksen jälkeiseen seurantaan ja ohjaukseen. Kehittämistyön tavoitteena oli yhtenäistää raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeisen seurannan ja ohjauksen käytänteitä sekä tehostaa asiakkaiden ohjausta ja seurantaa. Tavoitteena oli myös vähentää raskausdiabeteksen uusiutumista ja myöhempää sairastuvuutta.

Kehittämistyön tutkimuksellinen osuus toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Tiedon hankintamenetelmänä käytettiin ryhmähaastattelua, joka toteutettiin Teams-etäyhteydellä. Haastatteluun osallistuivat yhteistoiminta-alueen gdm-terveydenhoitajat. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeiseen seurantaan ja ohjaukseen liittyvistä käytännöistä. Aineisto käsiteltiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Tutkimuksen tuloksia hyödynnettiin kehittämistyönä valmistuneen toimintaohjeen laatimisessa. Aineiston analyysi osoitti, että asiakkaiden seurannan ja ohjauksen toteutuksessa äitiysneuvola-asiakkuuden päätyttyä oli koettu haasteita. Käytäntöjä yhtenäistävälle ja selkeyttävälle toimintaohjeelle oli sekä ammattilaisten että asiakkaiden näkökulmasta merkittävä tarve.

Seurannan ja ohjauksen toteuttamiseen toivottiin yhtenäistä mallia. Myös seurannan tiivistäminen sekä riittävän tiedon ja tuen mahdollistaminen asiakkaille koettiin tarpeelliseksi. Toimintaohjeen myötä turvataan suosituksiin perustuvat, asiakaslähtöiset terveyttä ja hyvinvointia edistävät palvelut sekä äitiysneuvolassa että vastaanottopalveluissa.

### Avainsanat (asiasanat)

Terveydenhuollon henkilöstö, Raskausdiabetes, Äitiysneuvola, Seuranta, Ohjaus

### Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)

**Nevalainen, Johanna**

**Postnatal monitoring and management of gestational diabetes. Code of practice for the organisation of monitoring and counselling in the Joint Action area.**

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, May 2023, 105 pages.

Health Care and Social Services. Master`s Programme in Health Promotion. Master`s thesis.

Permission for open access publication: Yes

Language of publication: Finnish

### **Abstract**

Gestational diabetes is a common disease of pregnancy. During pregnancy, a woman's health and well-being can be monitored regularly during antenatal clinic visits. Postnatal monitoring and lifestyle counselling for gestational diabetes patients is still important, but client participation in follow-up is unfortunately low. A code of practice for healthcare professionals will create consistent and clear practices that engage and motivate clients to follow up closely. It is important to raise awareness among clients of the increased risk of diabetes and the importance of preventing recurrence of gestational diabetes as part of their follow-up visits. The purpose of the thesis was to create an evidence-based guideline for the postnatal monitoring and management of gestational diabetes in the maternity clinic services of the collaborative area. The aim of the development work was to harmonize practices for postnatal monitoring and counselling of gestational diabetes and to improve the efficiency of counselling and monitoring of clients. The aim was also to reduce the recurrence and subsequent morbidity of gestational diabetes.

The research part of the development work was carried out as a qualitative study. The data collection method was a group interview, which was conducted via remote Teams. The interviews were conducted with gdm health nurses from the collaborative area. The aim of the study was to obtain information on practices related to postnatal surveillance and management of gestational diabetes. The data were processed using a data-driven content analysis. The results of the study were used in the development of a policy guideline. The analysis of the data showed that there were perceived challenges in the implementation of client follow-up and counselling after the end of maternity care. There was a significant need for a manual to harmonize and clarify practices, both from the perspective of professionals and clients.

A coherent model for monitoring and guidance was requested. There was also a need to intensify monitoring and to provide adequate information and support to clients. The Code of Practice will ensure that client-oriented health and well-being services are provided in both maternity and newborn care and in reception services, based on recommendations.

### **Keywords/tags (subjects)**

Health care personnel, Gestational diabetes, Maternity clinic, Monitoring, Counselling

### **Miscellaneous (Confidential information)**

## Sisältö

<b>1</b>	<b>Johdanto .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Äitiysneuvola raskausdiabeteksen keskiössä .....</b>	<b>4</b>
2.1	Äitiysneuvolapalvelut .....	4
2.2	Terveyden edistäminen osana äitiysneuvolatoimintaa .....	6
2.2.1	Terveyden edistäminen .....	6
2.2.2	Terveyden edistäminen on tärkeä osa terveydenhoitotyötä .....	7
2.2.3	Terveyden edistäminen äitiysneuvolassa .....	9
<b>3</b>	<b>Raskausdiabetes odotusajan sairautena .....</b>	<b>11</b>
3.1	Raskausdiabeteksen riskitekijät .....	13
3.2	Raskausdiabeteksen toteaminen .....	14
3.3	Raskausdiabeteksen vaikutukset .....	17
3.4	Raskausdiabeteksen hoito .....	20
3.4.1	Hoidon tavoitteet .....	20
3.4.2	Verensokerin omaseuranta .....	21
3.4.3	Elintapahoito .....	22
3.4.4	Lääkehoito .....	25
<b>4</b>	<b>Raskausdiabeteksen ohjaus ja seuranta synnytyksen jälkeen .....</b>	<b>27</b>
4.1	Seurannan tarkoitus .....	30
4.2	Synnytyksen jälkeisen seurannan sisällöt .....	32
4.3	Elintapaohjauksen merkitys .....	34
4.4	Raskausdiabeteksen uusiutumisen ehkäisy .....	35
4.5	Yhteistoiminta-alueen asiakaskyselyn tulokset .....	37
<b>5</b>	<b>Kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteet .....</b>	<b>38</b>
<b>6</b>	<b>Kehittämistyön toteutus .....</b>	<b>39</b>
6.1	Aiheen valinta .....	40
6.2	Kehittämistyön aikataulu .....	42
6.3	Kehittämistyöhön kohderyhmä .....	44
6.4	Haastattelu aineistonhankintakeinona .....	47
6.4.1	Teemahaastattelu .....	51
6.4.2	Ryhmähaastattelu .....	53
6.5	Aineiston analyysi .....	54
6.6	Toimintaohjeen laatiminen kehittämistyönä .....	58
<b>7</b>	<b>Kehittämistyön tulokset .....</b>	<b>63</b>
7.1	Raskausdiabeteksen hoidon ja seurannan päätyminen äitiysneuvolassa .....	64

7.2 Raskausdiabeteksen jatkoseurannan ohjaaminen asiakkaalle äitiysneuvola-asiakkuuden päätyttyä .....	66
7.3 Raskausdiabeteksen jatkoseuranta vuoden kuluttua synnytyksestä ja sen jälkeen .....	67
7.4 Tarve turvata suositusten mukainen raskausdiabeteksen seurannan jatkuvuus synnytyksen jälkeen .....	68
7.5 Raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeisen jatkoseurannan tulee olla toimiva kokonaisuus.....	70
7.6 Terveystenhoitajien toive diabeteshoitajasta raskausdiabeetikoiden jatkoseurannan vastuuhenkilönä vuoden kuluttua synnytyksestä ja sen jälkeen.....	70
7.7 Tarve tehdä päätös raskausdiabeteksen jatkoseurannan sisällöstä ja jatkoseurantapaikasta vuoden kuluttua synnytyksestä ja sen jälkeen.....	71
7.8 Kehittämisideana digitaalinen palvelu raskausdiabeetikoille tukemaan synnytyksen jälkeistä jatkoseurantaa .....	71
7.9 Kehittämisideana raskausdiabeetikoiden kontrolli äitiysneuvolan terveydenhoitajalle 6 ja 12kk kuluttua synnytyksestä, asiakkaiden jatkoseurantaan osallistumisen lisäämiseksi....	71
7.10 Terveystenhoitajien tiedonpuute raskausdiabeteksen jatkoseurannan käytännöistä äitiysneuvolaseurannan päätyttyä.....	72
7.11 Asiakkaan muistuttaminen raskausdiabeteksen seurantakokeista vuosi synnytyksen jälkeen .....	73
<b>8 Pohdinta.....</b>	<b>74</b>
8.1 Eettisyys ja luotettavuus .....	74
8.2 Keskeisten tulosten tarkastelu ja pohdinta.....	83
8.3 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset.....	89
<b>Lähteet .....</b>	<b>91</b>
<b>Liitteet .....</b>	<b>100</b>
Liite 1. Kutsu ryhmähaastatteluun .....	100
Liite 2. Haastattelurunko.....	101
Liite 3. Toimintaohje .....	102
<b>Kuviot</b>	
Kuvio 1. Raskausdiabeteksen seuranta synnytyksen jälkeen .....	27
Kuvio 2. Neljä ensimmäistä aineiston analyysin tuloksena muodostunutta pääluokkaa ja niihin liittyvät yläluokat.....	64
Kuvio 3. Seitsemän aineiston analyysin tuloksena muodostunutta pääluokkaa ja niihin liittyvät yläluokat.....	69
<b>Taulukot</b>	
Taulukko 1. Raskausdiabeteksen diagnostiset raja-arvot.....	15
Taulukko 2. Esimerkki aineiston analyysin etenemisestä.....	57

# 1 Johdanto

Raskausdiabeetikoiden määrä on viime vuosina lisääntynyt. Vuonna 2019 raskausdiabeetikkojen osuus synnyttäneistä oli Suomessa joka viidennes, joka määrällisesti tarkoitti noin 10 000 raskausdiabeetikkoa. (Tiitinen 2022; Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset...2022.) Viime vuosina odottajien ylipaino ja korkea ikä ovat vaikuttaneet raskausdiabeteksen yleistymiseen. Seulonnan tehostumisella on merkittävä vaikutus todettujen tapausten määrään. (Raskausdiabetes yleistyy voimakkaasti...2021.)

Raskausdiabeteksella on sekä lyhyt- että pitkäaikaisia vaikutuksia odottavan äidin, sikiön ja vastasyntyneen terveydentilaan (Mitä raskausdiabeteksella tarkoitetaan? n.d.; Ks. McIntyre, Ctalano, Zhang, Desoye, Mathiesen & Damm 2019). Sairaus aiheuttaa merkittäviä haittoja nykyisten ja tulevien sukupolvien terveydelle, mutta myös huomattavan suuren taloudellisen taakan terveydenhuollolle (Johns, Denison, Norman & Reynolds 2018). Raskausdiabeteksen ehkäisyllä, hoidolla ja seurannalla on merkittäviä kansanterveydellisiä vaikutuksia esimerkiksi tyypin 2 diabeteksen sekä metabolisen oireyhtymän osalta. Säännöllisen seurannan avulla voidaan ennakoida mahdollista myöhempää sairastuvuutta.

Lasta odottavan äidin raskausdiabetesta seurataan hyvin tiiviisti. Seuranta ei kuitenkaan pääty synnytykseen, vaan sillä on tärkeä asema myös synnytyksen jälkeisessä ajassa. Seurannan jatkuvuus ja tuki asiakkaan terveyden edistämässä turvataan selkeiden ja yhtenäisten toimintaohjeiden avulla. Yhtenä terveydenhoitotyön haasteena on asiakkaiden sitouttaminen seurantaan sekä motivaation tukeminen terveyttä ja hyvinvointia edistäviin elintapatottumuksiin. On yhä tärkeämpää kehittää erilaisia keinoja asiakkaiden osallisuuden lisäämiseksi.

Kehittämistyön kohderyhmänä olivat yhteistoiminta-alueen äitiysneuvolapalveluiden raskausdiabeteksen vastuutiimin terveydenhoitajat, jotka tapaavat päivittäin työssään raskausdiabetesta sairastavia naisia. Tarve kehittämistyölle tuli ilmi yhteistoiminta-alueen äitiysneuvolapalveluiden terveydenhoitajilta. Kehittämistyön tarkoituksena oli luoda yhteistoiminta-alueen äitiysneuvolapalveluiden terveydenhoitajille toimintaohje, jonka avulla voidaan selkeyttää ja yhtenäistää raskausdiabeteksen ohjausta sekä seuranta synnytyksen jälkeen. Toimintaohjeen mukaisesti toteutettu terveydenhoitotyö edesauttaa vähentämään raskausdiabeteksen uusiutumista sekä myöhempää sairastuvuutta.

## 2 Äitiysneuvola raskausdiabeteksen keskiössä

### 2.1 Äitiysneuvolapalvelut

Äitiysneuvola on perusterveydenhuoltoon kuuluva äitiyshuollon palveluiden vastuuyksikkö (Honkanen, Mellin & Haarala 2015, 229). Kunnan tehtävänä on järjestää omalla alueellaan lasta odottavien naisten ja perheiden neuvolapalvelut (L 1326/2010, 15§). Äitiysneuvolaoppaan (2013, 22) mukaan äitiysneuvolapalvelut tulee järjestää suunnitelmallisesti, yhteneväisesti, tasa-arvoisesti sekä asiakaslähtöisesti. Myös Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (A 338/2011, 1§, 4§) korostaa asiakaslähtöisyyttä, jonka takaamiseksi palveluiden suunnittelussa hyödynnetään väestön terveyden ja hyvinvoinnin tilaan liittyvää tietoa.

Terveydenhuollon toiminnassa korostuvat laatu ja turvallisuus. Toiminnan tulee perustua näyttöön sekä hyväksi koettuihin hoito- ja toimintakäytäntöihin. (L 1326/2010, 8§.) Näyttöön perustuvassa toiminnassa eritasoinen ja eri lähteistä yhdistetty tieto turvaa päätöksentekoa. Päätöksenteossa voidaan hyödyntää esimerkiksi äitiysneuvolan asiakkailta kerättyä tietoa, joka pohjautuu heidän toiveisiinsa ja kokemuksiinsa. Käypä hoito -suositukset ja kansainväliset ohjeistukset ovat tärkeä osa terveydenhuollon näyttöön perustuvaa toimintaa. (Äitiysneuvolaopas 2013, 22.)

Myös äitiysneuvolatoiminnan laadun ja turvallisuuden taustalla vaikuttavat näyttö ja hyvät käytännöt. Näyttöön perustuva toiminta on merkittävässä roolissa äitiysneuvoloiden toimintatapojen ja palveluiden yhtenäistämässä sekä toiminnan tehokkuuden lisäämisessä, vaikuttavuudessa ja henkilöstön osaamisessa. Asiakkaan näkökulmasta näyttöön perustuva toiminta parantaa hoidon tuloksellisuutta sekä turvallisuuden tunnetta. Näyttöön perustuva toiminta on kustannustehokasta. Se sisältää parhaan ja ajantasaisen saatavilla olevan tiedon sekä työntekijöiden kokemusosaamisen. (Mts. 21–22.)

Suomessa lasta odottava perhe on oikeutettu maksuttomiin äitiysneuvolapalveluihin, joiden tarkoituksena on muun muassa turvata ja edistää lasta odottavan äidin sekä sikiön terveydentilaa, hyvinvointia ja turvallisuutta. Lisäksi äitiysneuvolatoiminnan tavoitteena on tunnistaa ja puuttua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa raskauden aikana ilmeneviin häiriöihin sekä niiden riskitekijöihin. (Hakulinen, Uotila-Laine & Korpilahti 2022.) Toimintaan kuuluvat muun muassa yksilölliset

terveystarkastukset, seulonnat, puhelinneuvonta ja kotikäynnit. Lisäksi äitiysneuvolassa tulisi järjestää vertaistuen mahdollistavaa ryhmätoimintaa sekä nettineuvolapalveluja, jotka luovat asiakkaille mahdollisuuden esittää kysymyksiä terveydenhoitajalle ja saada tarvitsemaansa tietoa. (Honkanen ym. 2015, 230.)

Suomalainen neuvolajärjestelmä on ainutlaatuinen ja arvokas. Äitiysneuvolapalveluiden saatavuus ja kattavuus on todettu maassamme erinomaiseksi; palveluja käyttämättömien synnyttäneiden osuus on vain 0,2–0,3 % (Äitiysneuvola n.d.). Neuvolatyön tärkeä osa-alue on terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. On tärkeä huomioida, että raskausaika luo perustaa ihmisen myöhemmälle terveydelle ja hyvinvointille. Jo lapsuusaikana omaksutaan terveyteen ja hyvinvointiin yhdistyvät asenteet, käyttäytymismallit ja elintavat. (Honkanen ym. 2015, 220, 224.)

Lasta odottavien ja myöhemmin lasta kasvattavien vanhempien terveyskäyttäytymiseen vaikuttaminen on erittäin merkityksellistä. Raskausaika on usein otollinen ajankohta terveydenhoitajan toteuttamalle elintapaohjaukselle ja sillä on kauaskantoisia vaikutuksia. Hakulinen ja muut (2022) pitävät tärkeänä sitä, kuinka odotusajan äitiysneuvolapalvelut mahdollistavat koko perheen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen sekä seurannan. Neuvolan terveydenhoitajat ja lääkärit ovat tärkeässä asemassa asiakkaiden terveydentilan kartoituksessa, riskien varhaisessa tunnistamisessa, ohjauksessa ja tuen tarjoamisessa. Moniammatillinen yhteistyö lisää työn tuloksellisuutta mutta luo myös hoitosuhteeseen turvallisen ja luottamuksellisen ilmapiirin.

Ensimmäistä lastaan odottaville perheille järjestetään raskauden aikana vähintään yhdeksän terveystarkastusta ja uudelleensynnyttäjille vähintään kahdeksan terveystarkastusta. Synnytyksen jälkeen terveystarkastuksia on kaksi. Terveystarkastuksissa keskustellaan perheen elämäntilanteesta, voinnista ja voimavaroista sekä tehdään tarvittavat tutkimukset. Kaikkiin terveystarkastuksiin sisältyy myös yksilöllisen tarpeen mukainen terveysneuvonta. (Hakulinen ym. 2022.) Terveystarkastukset ovat sisällöltään tarkasti suunniteltuja ja terveysneuvonta keskittyy koko perheen tukemiseen ja ohjaamiseen (Hakulinen-Viitanen & Pelkonen 2015, 248). Erityistä seurantaa tai tukea vaativissa tilanteissa terveydenhuollon palvelut suunnitellaan yksilöllisesti (Honkanen ym. 2015, 231).



Huolimatta siitä, että tietyissä tapauksissa raskausdiabeteksen hoitovastuu jakautuu erikoissairaanhoidon kanssa, on äitiysneuvola selkeästi raskausdiabeteksen hoidon keskiössä (Koski & Kouvusilta 2019, 14). Jo ensimmäisellä äitiysneuvolakäynnillä on tärkeä tunnistaa esimerkiksi raskausdiabeteksen riskiryhmään kuuluvat äidit ja tarjota heille asiakaslähtöistä ja muutokseen motivoivaa elintapaohjausta koko raskauden ajan. Odotusaikana äidit pitävät usein tärkeänä synnytyvän lapsen terveydentilaa, mutta samanaikaisesti heitä tulee kannustaa huolehtimaan omasta sekä koko perheen terveydestä ja hyvinvoinnista. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022.)

Äitiysneuvolatoiminnan tavoitteena on edistää kansanterveyttä sekä tunnistaa ja ehkäistä raskaudenaikaisia häiriöitä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa (Hakulinen-Viitanen & Pelkonen 2015, 251). Raskausdiabeetikot ovat potilasryhmä, jonka hoito ja motivointi on ensisijaista kansansairauksien ehkäisyssä. Raskausdiabetes on yhteydessä kansanterveydellisesti merkittäviin sairauksiin kuten tyypin 2 diabetekseen ja metaboliseen oireyhtymään. Hyvä hoito ja motivaation tukeminen sekä odotusaikana että sen päätyttyä luo mahdollisuudet vaikuttaa tuleviin sukupolviin. (Tertti 2019.)

## **2.2 Terveyden edistäminen osana äitiysneuvolatoimintaa**

### **2.2.1 Terveyden edistäminen**

Terveyden edistäminen on laaja-alaista, monitieteistä ja -ammattillista toimintaa, jonka tavoitteena on asioiden ja ilmiöiden vaikutussuhteiden ymmärtäminen, niiden mallintaminen ja vaikuttamistoimenpiteiden kohdistaminen niihin (Patja, Absetz & Rautava 2022a, 429). Terveydenhuoltolaki (L 1326/2010, 2–3§) ja Terveyden edistämisen laatusuositus (2006, 25) määrittävät terveyden edistämisen terveydentilan taustalla oleviin tekijöihin vaikuttamiseksi, sairauksien ja muiden terveyso Ongelmien ennaltaehkäisyksi sekä suunnitelmalliseksi voimavarojen kohdentamiseksi terveyden edistämiseen.

World Health Organization (WHO) on sisällyttänyt terveyden edistämisen käsitteeseen erilaisia sosiaalisia sekä elinympäristöön liittyviä toimintoja, joiden avulla edistetään ihmisten terveyttä sekä elämänlaatua. Tehdäkseen terveyttä edistäviä valintoja ihmiset tarvitsevat tietoa ja mahdollisuuksia. Ennaltaehkäisevien toimenpiteiden kehittäminen yhteisöissä ja terveydenhuollossa luo merki-

tystä sekä valtakunnan tasolla että maailmanlaajuisesti. (Health Promotion 2016.) Ottawan julistuksessa vuonna 1986 määriteltiin viisi toimintalinjaa terveyden edistämisen menetelmiksi: terveyden edistämisen yhteisöllisen toiminnan vahvistaminen, yksilöllisten taitojen vahvistaminen, hyvinvointia edistävien elinympäristöjen luominen, terveystalouden uudelleen suuntaaminen ennaltaehkäisevään toimintaan sekä terveyttä edistävän yhteiskuntapolitiikan rakentaminen. (Ottawa Charter for Health Promotion 1986, 16–17.)

Patjan (2022a, 15) mielestä terveyden edistäminen on arvopohjaista toimintaa ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin rakentamiseksi sekä sairauksien ehkäisemiseksi. Terveyden edistäminen on tietoista terveyden taustatekijöiden muuttamista, joka tarkoittaa valtio- ja kuntatasolla muun muassa väestön terveyden lisäämiseen, kansantautien sekä terveysongelmien vähentämiseen tähtäävää toimintaa. Terveyden edistämisen avulla pyritään lisäämään väestön valmiuksia ja mahdollisuuksia huolehtia oman terveyden lisäksi ympäristöterveydestä. Terveyden edistämisen tulokset näyttäytyvät terveyttä suojaavien tekijöiden vahvistumisena, elämäntapojen myönteisinä muutoksina sekä terveystalouden kehittymisenä.

### **2.2.2 Terveyden edistäminen on tärkeä osa terveydenhoitotyötä**

Patjan, Absetzin ja Rautavan (2022a, 432) mielestä terveydenhoitojärjestelmän tulee pyrkiä terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistämiseen. Haarala ja Tervaskanto-Mäentausta (2015, 15) määrittelevät terveydenhoitojärjestelmän tavoitteeksi asiakkaiden terveyden edistämisen ja ylläpidon, sairauksien ehkäisemisen, asiakkaiden voimavarojen vahvistamisen sekä omahoidon tukemisen. Terveydenhoitopalveluihin tulisi lisätä yhä enemmän terveyttä edistäviä ja sairauksia ehkäiseviä palveluja. Vaikuttavuutta vaaditaan niin yksilön kuin väestönkin terveydenhoitopalveluissa.

Terveyden edistäminen perustuu yleisesti terveydenhuollossa sekä ammatilliseen osaamiseen että tutkimusnäyttöön (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 25). Suomessa terveyden edistämistyötä ohjaa ja valvoo Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveyden edistäminen kuuluu osaksi kansanterveystyötä ja sitä säätelevät useat eri lait. Terveyttä ja hyvinvointia edistävät toimenpiteet keskittyvät kansansairauksien taustalla vaikuttaviin tekijöihin sekä terveydenhuollon palveluista aiheutuvien kustannusten vähentämiseen. (Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen n.d.)

Kansanterveyslaki (L 66/1972, 14§) määrittelee terveydenhuollon asiantuntijoiden vastuun terveyden edistämistyössä. Terveyden edistämisen laatusuositus (2006, 13–14, 17) korostaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä osana kuntien toimintaa. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kehittäminen vaatii voimavarojen kohdistamista, osaamisen vahvistamista sekä toimintatapojen jatkuvaa seuranta ja arviointia. Yksi terveyden edistämisen lähestymistavoista on työtapojen ja toimintakäytänteiden tarkastelu, jolloin on mahdollista arvioida yhteisöllistä toimintaa sekä ehkäisevien palveluiden käytäntöjä.

Terveyden edistämistyössä väestölle tarjotaan tietoa ja terveystasvatusta sekä luodaan mahdollisuudet parempaan elämänhallintaan. Sen seurauksena yksilöiden mahdollisuudet vaikuttaa omaan terveyteensä sekä ympäristöönsä paranevat. Terveydenhuollossa terveyden edistämisen vastuu jakautuu yksilöiden, yhteisöiden, ammattilaisten, organisaatioiden ja hallinnon välille. Tavoitteena on luoda terveyttä edistävä terveydenhuollon järjestelmäkokonaisuus, joka tukee sekä yksilöiden että yhteisöiden terveellisempää elämää. (Patja 2022a, 17.)

Kansanterveydellisessä merkityksessä terveyden edistämisen erityistehtäviin kuuluvat terveydenhuoltopalvelut kuten terveystasvonta, neuvolapalvelut ja seulontatutkimukset, terveystasvokustusten ennakoarviointi ja terveyden edistämisen asiantuntemus. Väestön terveydentilaan vaikuttaminen tapahtuu terveyttä määrittelevien tekijöiden eli determinanttien kautta. Ne ovat yksilöllisiä tai ympäristöön liittyviä tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa ihmisen terveydentilaan vahvistavasti tai heikentävästi. Tällaisia tekijöitä ovat mm. elinympäristö, voimavarat, asenteet, elintavat, kokemukset, tiedot ja taidot. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 16.) Ennaltaehkäisyn näkökulmasta ne riskitekijät, joihin on mahdollista vaikuttaa, ovat oleellinen osa primaaripreventiota (Wang, Lu, Xu, Zhang, Yang & Hu 2022).

Terveydenhuoltolain (L 1326/2010, 13§) mukaan, yksilöiden ja perheiden kanssa yhteistyössä toteutettavan terveystasvonnan tulee sisältyä jokaiseen terveydenhuollon palveluun. Kuntalaisille täytyy järjestää hyvinvointia ja terveyttä edistävää sekä sairauksien ennaltaehkäisyä tukevaa terveystasvontaa, joka pohjautuu näyttöön perustuvaan tietoon. Terveystasvonnan tavoitteena on tukea terveyden edistämässä asiakasta esimerkiksi ruokavalion, liikunnan ja painonhallinnan osalta (A 338/2011, 14§).

Terveydenhuoltotyö käsittää preventiiviset ja promotiiviset näkökulmat. Preventiivinen näkökulma sisältää terveydellisten riskien ja sairauksien ennaltaehkäisyä, varhaisen toteamisen ja sairastuneiden hoitamisen. Promootiolla tarkoitetaan terveyteen perustuvaa ja terveyden edellytyksiin panostavaa toimintaa. (Haarala & Tervaskanto-Mäentausta 2015, 15.) Terveyden edistämisen tavoitteena on lisätä ihmisten mahdollisuuksia ja edellytyksiä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä ylläpitoon (Torkki, Martikainen & Mäki-Opas 2022, 193).

Patja, Absetz ja Rautava (2022b, 29) korostavat terveyden edistämistyössä terveyden eri ulottuvuuksien ymmärtämistä. Terveyden käsite sisältää fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja henkisen terveyden. Fyysinen terveys liittyy muun muassa kehon hyvinvointiin, psyykinen terveys mielen hyvinvointiin ja sosiaalinen terveys onnistuneisiin ihmissuhteisiin. Henkinen terveys sisältää yksilölliseen terveyden kokemukseen liittyvät arvot, asenteet ja uskomukset. Terveyteen kuului vaksi koetaan myös toimintakyky sekä seksuaalisuus.

Terveydenhuollon ammattilaiset pyrkivät vaikuttamaan yksilöiden terveystyöskäytymiseen (Pajunen 2022, 212). Terveyden edistämistyössä ympäristöä muokataan sopivaksi muutokselle lisäten samalla yksilöiden muutosmahdollisuuksia ja -motivaatiota. Muutosmotivaatioon vaikuttavat yksilöiden erilaiset altistavat tekijät kuten tieto, asenteet ja arvot. Sen sijaan mahdollistavat tekijät kuten taidot tukevat ympäristön ja käyttäytymisen muutosta. Tärkeää on tunnistaa yksilöiden vahvistavat tekijät, joiden avulla tuetaan mahdollista käyttäytymisen muutosta. (Patja 2022b, 380.)

### **2.2.3 Terveyden edistäminen äitiysneuvolassa**

Terveyden edistäminen on toiminnan päätehtävä silloin, kun toiminta liittyy suoraan ihmisen terveyden edistämiseen. Yksi tällainen toimintamuoto on äitiysneuvolatoiminta. (Ståhl 2022, 243.) Terveyden edistäminen on tärkeä osa myös äitiysneuvolatoimintaa. Säännölliset terveystarkastukset luovat loistavan tilaisuuden keskustella perheen elintavoista, tarjota tietoa ja tukea, motivoida sekä ylläpitää seurantaa. Samalla on mahdollista myös hyödyntää moniammatillista yhteistyötä ja ohjata asiakas palvelukokonaisuuksien äärelle. (Hakulinen & Koivumäki 2022.)

Äitiysneuvolatoiminnassa terveyden edistäminen määritellään lasta odottavaan naiseen ja hänen puolisoonsa suunnatuksi toiminnaksi, joka ylläpitää ja edistää koko perheen terveyttä. Tarkoituksena on pyrkiä vaikuttamaan tulevan lapsen ja vanhempien terveyden taustalla oleviin tekijöihin

sekä ehkäisemään terveysongelmien ja sairauksien kehittymistä. Tärkeää on tukea yksilöiden ja perheen voimavaroja vahvistavia hyviä toimintatapoja sekä tarvittavien muutosten aikaansaamista. Terveystottumusten edistäminen pohjautuu asiakkaan kohdalla tiedostamiseen, motivaatioon, aktiivisuuteen, vastuunottoon ja muutoshetkiin. Terveystottumusten ja hyvinvointia edistävien palveluiden ja olosuhteiden vahvistaminen, ongelmien ennaltaehkäisy ja mahdollisimman varhaisessa vaiheessa annettu tuki ovat kustannustehokkaita ja tuloksellisia menetelmiä väestön terveyden ja hyvinvointiin vaikuttamiseksi. (Äitiysneuvolaopas 2013, 20.)

Raskausaika on yksi elämän muutosvaiheista, jolloin vanhemmat käsittelevät herkemmin omia terveystottumuksiaan syntyvän lapsen ja koko perheen eduksi (Hakulinen & Koivumäki 2022). Äitiysneuvolan säännölliset terveystarkastukset luovat loistavan mahdollisuuden terveydenhoitajan toteuttamaan elintapaohjauksen. Lasta odottavat perheet sekä perheet, joissa on pieniä lapsia ovat usein motivoituneita tekemään muutoksia elintapoihinsa. (Hakulinen-Viitanen & Pelkonen 2015, 256.) Tukemalla vanhempien terveystottumuksia on mahdollista vaikuttaa myös tulevien sukupolvien terveystottumuksiin ja muun muassa ehkäistä epäterveellisten terveystottumusten siirtymisen sukupolvelta toiselle (Hakulinen & Koivumäki 2022; Hakulinen-Viitanen & Pelkonen 2015, 257).

Terveydenhoitajalla on mahdollisuus työssään vaikuttaa yksilöiden ja yhteisöiden lisäksi koko väestön hyvinvointiin. Terveydenhoitaja on tiiviissä yhteydessä yksilöihin, perheisiin, yhteisöihin ja väestöön. Työn keskeinen periaate on väestön osallistaminen sekä motivoiminen terveyden ylläpitoon ja edistämiseen. Terveydenhoitajan on tärkeä huomioida asiakkaiden terveyden ja hyvinvointiin liittyvät tekijät, joilla on vaikutusta heidän elinympäristöönsä sekä hyvinvointiinsa. Terveydenhoitaja tukee asiakkaiden mahdollisuuksia terveelliseen elämään. (Haarala & Tervaskanto-Mäentausta 2015, 15, 20.)

Terveydenhoitajan työ pohjautuu näyttöön perustuvaan osaamiseen. Näytöllä tarkoitetaan parasta saatavilla olevaa tietoa, jota hyödynnetään asiakkaan tuen, hoidon sekä palvelujen järjestämiseen. Laadukas näyttöön perustuva työ pohjautuu tutkimusnäyttöön, asiantuntijan näyttöön sekä seurantatietoihin. Näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen vaatii käytännön työtä tekevien ammattilaisten tiivistä yhteistyötä. Moniammatillisen yhteistyön avulla asiakkaille mahdollistetaan

paras mahdollinen tuki ja hoito. (Haarala & Tervaskanto-Mäentausta 2015, 16–17.) Hoidon laatu varmistetaan erilaisten hoitosuositusten avulla (Haarala & Mellin 2015, 35).

Terveydenhuollon ammattilaiset ovat merkittävässä roolissa terveyttä edistävien valintojen, terveellisten elintapojen ja omahoidon tukemisessa (Absetz 2022a, 326; Patja, Absetz & Rautava 2022a, 432). Rooli korostuu etenkin riskitekijöiden ja sairauksien hoidossa, sairauksien ennaltaehkäisyssä sekä terveyden edistämisessä (Absetz 2022a, 326). Yksilöt laativat ja toteuttavat omassa arjessaan erilaisia terveyteen liittyviä valintoja. Terveyden edistämisen tavoitteena on parantaa ihmisten terveydenlukutaitoa (*health literacy*), eli ihmisten kykyä etsiä tietoa ja löytää taitoja terveyttä edistävien valintojen tekemiseksi. (Patja 2022a, 18.)

Kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta tehokkaaksi elintapaohjaukseksi on osoitettu ravitsemukseen, painonhallintaan ja liikuntaan liittyvä neuvonta. Äitiysneuvolakäynneillä toteutetussa terveysneuvonnassa korostuukin lihavuuden ehkäisy, johon yllä mainitut kokonaisuudet yhdistyvät. Terveystottumuksiin vaikuttamalla on mahdollista saavuttaa merkittävää terveyshyötyä; raskausdiabetestapauksistakin jopa puolet voitaisiin ehkäistä terveellisillä elintavoilla. (Hakulinen-Viitanen & Pelkonen 2015, 257, 259.)

### **3 Raskausdiabetes odotusajan sairautena**

Raskausdiabetes on lasta odottavien naisten yleinen sairaus. Raskausdiabetes eli gestaatiidiabetes (*GDM, gestational diabetes mellitus*) on glukoosiaineenvaihdunnan häiriö, joka todetaan ensimmäisen kerran raskauden aikana. (Raskausdiabetes n.d.; Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022.) Yleensä raskausdiabetes diagnosoidaan jo ensimmäisessä raskaudessa (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022). Raskauden aikana todettu diabetes eli raskausdiabetes on yksi diabeteksen alatyypeistä kuten tyyppin 1 ja 2 diabeteskin (Tyyppin 2 diabetes: Käypä hoito -suositus 2020).

Maailmanlaajuisesti jopa neljännes odottavista äideistä sairastuu raskausdiabetekseen (Wang ym. 2022). Raskausdiabeteksen ilmeneminen on viime vuosina lisääntynyt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastotiedon mukaan Suomessa vuonna 2019 glukoosirasituskokeen tulos oli poikkeava 20,6 %:lla synnyttäjistä ja raskausdiabetes diagnosoitiin 19,1 %:lla synnyttäneistä äideistä. (Tiitinen 2022.) Vuonna 2017 vastaava luku diagnosoiduissa tapauksissa oli 15 % ja vuonna 2008 6 % (Koski

& Koivusilta 2019, 3). Raskausdiabeteksen esiintyvyyden epäillään kohoavan edelleen lihavuusepidemian jatkuessa ja fyysisen aktiivisuuden vähentyessä (Kampmann, Madsen, Skajaa, Iversen, Moeller & Ovesen 2015, 1066).

Vuonna 2022 yhteistoiminta-alueella syntyi 1046 lasta. Raskausdiabeetikoiden osuus synnyttäneistä on viime vuosina ollut keskimäärin 450–500 potilasta vuodessa. (Korhonen 2023.) Viime vuosina raskausdiabeteksen esiintyvyys on ollut yhteistoiminta-alueella huomattavasti suurempaa koko maata koskevaan tilastotietoon verrattuna. Vuonna 2019 raskausdiabeetikoiden osuus kaikista raskaana olevista oli yhteistoiminta-alueella 36 %, kun vastaava osuus koko Suomessa oli 20,6 %. Vuonna 2020 raskausdiabeetikkojen osuus yhteistoiminta-alueella oli 36,2 % ja vuonna 2021 36,5 % kun vastaavat osuudet koko väestössä olivat 15,3 % ja 14,7 %. (Metsälä & Piironen 2022). Valtakunnan tasolla raskausdiabeetikkojen määrä on laskenut mutta yhteistoiminta-alueella raskausdiabeetikkojen osuus on viime vuosina nousnut.

Raskausaikana naisella voidaan todeta myös tyyppin 1 tai 2 diabetes tai MODY-diabetes (Tyyppin 2 diabetes: Käypä hoito -suositus 2020). MODY:n (*maturity-onset diabetes of the youth*) mahdollisuus tulee huomioida etenkin normaalipainoisten raskausdiabeetikkojen kohdalla, jos heidän suvussaan on varhaisessa iässä alkanut muun kuin tyyppin 1 diabetes jo useamman sukupolven aikana. Diagnoosi varmistetaan geenitestin avulla. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022.) MODY-diabeteksen erotusdiagnoosiikka yleisemmästä, tavallisesti metaboliseen oireyhtymään kytkeytyvästä raskausdiabeteksestä on tärkeää, koska sen hoito poikkeaa muista diabetestyypeistä (Kettunen, Miettinen, Laitinen, Tikkanen & Tuomi 2018). Lukuun ottamatta raskausdiabetesta, kaikille diabetesmuodoille ei ole yksiselitteisiä diagnoosikriteereitä, vaan luokitus tehdään todennäköisimmän vaihtoehdon perusteella. Alustava diagnoosi laaditaan anamneesin, kliinisen tilan ja glukoositason perusteella ja se voidaan tarvittaessa vahvistaa erilaisten lisätutkimusten avulla. (Tyyppin 2 diabetes: Käypä hoito -suositus 2020.)

Raskausdiabeetikoiden hoidosta Suomessa ei ole saatavilla juurikaan valtakunnallista tietoa. Raskausdiabetesselvitys on laadittu toistaiseksi ainoan kotimaisen tutkimuksen tuloksista. Tutkimuksessa selvitettiin raskausdiabeetikoiden hoidon toteutumista raskauden aikana sekä raskausajan päätyttyä. Selvityksessä painotetaan, että raskausajan diabeteksen ehkäisyyn ja hyvään hoitoon

sekä synnytyksen jälkeiseen seurantaan tulisi kohdistaa riittävästi resursseja. (Koski & Koivusilta 2019, 3–4.)

Tutkimustiedon perusteella raskausdiabetes aiheuttaa potilailleen 25 % suuremmat kustannukset kuin ei-sairastuneille odottajille. Suurin osa kustannuksista liittyy synnytykseen tai vastasyntyneen tehostettuun hoitoon. (Luoto 2022.) On tärkeä muistaa, että raskausdiabetekseen sairastumisen riskiä on mahdollista vähentää elintapamuutosten avulla koko raskauden ajan. Suositeltavaa on, että raskausdiabeteksen ennaltaehkäisy aloitetaan jo perheen lisäyksen suunnitteluvaiheessa esimerkiksi ehkäisy- ja äitiysneuvolan terveydenhoitajan tuella.

### 3.1 Raskausdiabeteksen riskitekijät

Raskausdiabeteksen kehittymiseen vaikuttavat insuliiniresistenssi ja riittämätön insuliinin erityys. Useissa tapauksissa insuliiniherkkyys on todettu heikentyneeksi jo ennen raskauden alkamista. (Raskausdiabetes n.d.; Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022.) Insuliiniresistenssin syynä on odotusaikaan liittyvä kehon rasvakudoksen määrän kasvu sekä lisääntyneet istukkaperäiset hormonit, jotka heikentävät lasta odottavan naisen insuliiniherkkyttä (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022). Insuliiniresistenssissä insuliinin teho lihaksistossa, maksassa ja rasvakudoksessa heikkenee. Tämän seurauksena verensokeripitoisuus kohoaa ja kehittyy raskausdiabetes. (Raskausdiabetes n.d.; Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus 2022.)

Erityisesti painoindeksiltään lihavuusrajan ylittävillä odottajilla (kehon painoindeksi eli BMI vähintään 30 kg/m<sup>2</sup>) ja keskivartalolihavilla (vyötärön ympäryys yli 90 cm) on suurentunut riski maksan rasvoittumiseen, joka edelleen heikentää insuliiniresistenssiä. Insuliiniresistenssiin kuuluva dyslipidemia ja etenkin kohonnut triglyseridipitoisuus yhdistettynä kohonneeseen veren glukoositason suurentavat merkittävästi makrosomian eli sikiön suurikokoisuuden riskiä. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022). Sairauden taustalla voi olla myös haimasta peräisin olevan insuliinin riittämätön erityys, joka voi johtua muun muassa insuliinia tuottavien haiman beetasolujen tuhoutumisesta autoimmuuniprosessissa (Tyypin 2 diabetes: Käypä hoito -suositus 2020).

Raskautta edeltävä ylipaino ja lihavuus (BMI vähintään 30 kg/m<sup>2</sup>) on määritelty raskausdiabeteksen merkittävimiksi riskitekijöiksi. Lihavuuden osuus lasta odottavien naisten sairastuvuuden kokonaisriskistä on lähes puolet. (Wang ym.2022.) Myös alkuraskauden voimakas painonnousu lisää



sairastumisriskiä (Ruohomäki, Toffol, Upadhyaya, Keski-Nisula, Pekkanen, Lampi, Voutilainen, Tuomainen, Heinonen, Kumpulainen, Pasanen & Lehto 2018). Vuonna 2018 synnyttäneiden naisten raskautta edeltävä painoindeksin keskiarvo oli ensimmäisen kerran yli 25 (25,2) ja sen jälkeen ko. arvo on ylittynyt toistuvasti (Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset...2018, 1). Vuoden 2021 aikana synnyttäneiden naisten raskautta edeltävän painoindeksin (BMI) keskiarvo oli 25,7 kg/m<sup>2</sup>. Ylipainoisten (BMI vähintään 25 kg/m<sup>2</sup>) osuus kaikista synnyttäjistä oli yli 45 % ja lihavien osuus yli 18 %. (Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset... 2022, 1, 5.)

Sairaudelle altistaa myös yli neljänkymmenen vuoden ikä (Mitä raskausdiabeteksella tarkoitetaan? n.d.). Perinataalitalaston (2022) perusteella synnyttäjien keski-ikä voidaan todeta nousseen viime vuosien aikana. Vuonna 2018 synnyttäjien keski-ikä oli 31 vuotta. Samana vuonna synnyttäneistä yli 35-vuotiaita oli noin 23 % ja alle 20-vuotiaita 1,3 %. (Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset...2018, 1.) Vuonna 2021 synnyttäjien keski-ikä oli noussut 31,6 vuoteen. Kaikista synnyttäjistä yli 35-vuotiaita oli noin 25 % ja alle 20-vuotiaita vain 1,1 %. Yli 35-vuotiaiden ensisynnyttäjien osuus oli samana vuonna noin 16 %, kun vastaava luku vuonna 2011 oli noin 11 %. (Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset...2022, 1.)

Myös geneettisillä tekijöillä ja ympäristötekijöillä on todettu olevan merkittävä vaikutus raskausdiabeteksen syntyyn (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022; Wang ym. 2022). Raskausajan diabetesta esiintyy valkoihoisia yleisemmin afrikkalaisilla, intialaisilla, aasialaisilla ja latinalaisamerikkalaisilla (Alfadhli 2015). Sairaudelle altistavat lisäksi munasarjojen monirakkulatauti, raskauden kestoon verraten normaalia kookkaampi sikiö, aiempi yli 4,5 kg painoisen lapsen synnyttäminen, tyypin 2 diabetes lähisuvussa, glukoosin erittyminen virtsaan tai aikaisempi raskausdiabetes. (Mitä raskausdiabeteksella tarkoitetaan? n.d.) Todettuja riskitekijöitä ovat lisäksi kilpirauhasen toimintahäiriö ja hormonaaliset tekijät (Wang ym.2022).

### **3.2 Raskausdiabeteksen toteaminen**

Raskausdiabeteksen diagnosointia varten määritellyt plasman glukoosipitoisuuden raja-arvot eroavat muusta diabetesdiagnostiikasta (Tyypin 2 diabetes: Käypä hoito -suositus 2020). Raskausdiabeteksen diagnostiikka on neuvolan tehtävä (Tertti 2022). Diagnoosi asetetaan laboratoriossa toteutettavan glukoosirasituskokeen (OGTT) perusteella (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022).

Glukoosirasituskoetta edeltävästi asiakkaan on oltava ravinnotta 12 tuntia ja ko. aikana hän saa juoda vain vettä. Fyysistä rasitusta, ei-välttämättömiä lääkehoitoja sekä nikotiinivalmisteita tulee välttää välittömästi ennen koetta. Glukoosirasituskokeen alussa määritellään sen hetkinen glukositaso paastoverinäytteestä, jonka jälkeen asiakkaalle annetaan juotavaksi 75 g glukoosia sisältävä juoma. Uusi glukosiarvo mitataan verikokein tunnin ja kahden tunnin kuluttua juoman annostelusta. (Tunturi 2021.)

Kansainvälisesti diagnostisiksi raja-arvoiksi on asetettu plasman paastoglukoosiarvo vähintään 5,3 mmol/l, glukoosirasituskokeessa ensimmäisen tunnin kohdalla mitattu arvo vähintään 10 mmol/l ja kahden tunnin kohdalla mitattu arvo vähintään 8,6 mmol/l. (Ks. taulukko 1.) Diagnoosi asetetaan, jos glukoosirasituskokeessa todetaan yksikin viiterajoista poikkeava arvo. Viitearvot ovat yhtenäiset kaikissa raskauden vaiheissa, eivätkä normaalit glukosin omaseuranta-arvot muuta diagnoosia. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022.) Diagnoosiin sisältyvä poikkeava tulos voi tulla ilmi missä raskauden vaiheessa tahansa (Uotila 2022). Poikkeavan tuloksen ilmi tuonutta glukoosirasituskoetta ei uusita (Raskausdiabeteksen toteaminen ja sokerirasitus n.d.). Sairauden toteamisen jälkeen potilasta ohjataan ruokavalion, liikunnan ja painonhallinnan suhteen sekä ohjataan verensokerin omaseurantaan (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022).

Veren paastoglukoosi	≥ 5,3 mmol/l
Glukoosirasituskokeen 1 h arvo	≥ 10 mmol/l
Glukoosirasituskokeen 2 h arvo	≥ 8,6mmol/l

Taulukko 1. Raskausdiabeteksen diagnostiset raja-arvot

World Health Organization (WHO) hyväksyi raskausdiabeteksen matalammat raja-arvot vuonna 2013 ja ne ovat edelleen käytössä raskausdiabeteksen diagnostiikassa. Aiempaa matalampien raja-arvojen tarkoituksena on vähentää kohonneen verensokeritason riskejä sekä äitiin että sikiöön, sillä verensokeritason noustessa myös sairauden haitat ja riskit lisääntyvät. Uusien raja-arvojen määrittelyn yhteydessä arvioitiin raskausdiabeteksen esiintyvyyden nousevan jopa 18 prosenttiin.

Nousulla ajateltiin jo tuolloin olevan merkittävä vaikutus terveydenhuollon resursseihin ja kustannuksiin. (Kampmann ym. 2015, 1066–1067.) Todellinen raskausdiabeteksen esiintyvyyden nousu on kuitenkin todettu arvioitua suuremmaksi.

Kansainväliset suositukset ovat yhteneväisiä raskausdiabeteksen diagnosoinnin perusteena olevasta glukoosirasituskokeesta (OGTT), raja-arvoista ja kokeen ajankohdasta. Glukoosirasituskokeen sisällössä, seulonnassa sekä suurentuneen raskausdiabetesriskin määritelmässä on kuitenkin eroavaisuuksia eri maiden välillä. Maailmanlaajuisesti yhteneväisten seulontaperiaatteiden puuttuminen heikentää mahdollisuuksia raskausdiabeteksen toteamiseen. Yhtenäisen seulontaohjelman avulla terveydenhuollon resursseja on mahdollista kohdistaa yhä paremmin suuremmassa raskausdiabetesriskissä oleviin odottajiin. Riskiryhmiin kuuluville odotusajan alkuvaiheessa toteutettu glukoosirasituskoe on perusteltua, koska tyypin 2 diabetes on lisääntynyt jatkuvasti myös nuoremmissa ikäluokissa. (Mts. 1066.)

Jos terveydenhuollossa herää epäily raskautta edeltävästä diabeteksestä (pregestionaalinen diabetes), glukoosirasituskoe tehdään heti epäilyn ilmaantuessa. Tällöin laboratoriossa tutkitaan myös sokerihemoglobiini eli pitkäveren sokeri HbA1c. Diabeteksen diagnoosiraja täyttyy HbA1c-tutkimuksen tuloksen ollessa vähintään 48 mmol/mol. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022.) Muutoin HbA1c-tutkimusta ei ole pidetty luotettavana raskausdiabeteksen seulontakokeena erytrosyyttien suurentuneeseen fysiologiseen vaihtuvuuteen perustuen (Kampmann ym. 2015, 1066).

Odottaville äideille glukoosirasituskokeen normaali suositusajankohta on raskausviikoilla 24–28 (Päivitetty raskausdiabeteksen Käypä...n.d.). Suuressa raskausdiabetesriskissä oleville glukoosirasituskoe tulee tehdä aiemmin, jo raskausviikkojen 12–16 aikana. Jos tulos on tuolloin normaali, koe täytyy uusia raskausviikkojen 24–28 aikana. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022.) Suuren riskin potilaita ovat he, joiden BMI on vähintään 30 kg/m<sup>2</sup>, vyötärön ympäryys on yli 90 cm ja/tai joilla on keskivartalolihavuutta. Suuressa riskissä ovat myös ne odottajat, joilla on aiemmin ollut raskausajan diabetes tai muun kuin alkoholin aiheuttama rasvamaksatauti. Samaan ryhmään kuuluvat myös naiset, joilla on käytössä suun kautta annosteltava glukokortikoidilääkitys. Lisäksi vahva

tyypin 2 diabeteksen sukurasite ja glukoosin poikkeuksellisen suuri erittyminen virtsaan määrittelevät naisen suurentunutta raskausdiabeteksen riskiä. (Raskausdiabeteksen seulonta, diagnostiikka...2022; Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022.)

Raskausdiabeteksen käypä hoito -suositus rajaa glukoosirasituskokeen ulkopuolelle muutamia asiakasryhmiä (Päivitetty raskausdiabeteksen Käypä...n.d.). Glukoosirasituskoetta on aiheeton alle 25-vuotiaalle ensisynnyttäjälle, joka on raskauden alettua normaalipainoinen (BMI 18.5-24.9 kg/m<sup>2</sup>). Glukoosirasituskoetta ei tarvitse tehdä myöskään silloin, jos odottaja on alle 40-vuotias uudelleensynnyttäjä, joka ei ole aiemmin sairastanut raskausajan diabetesta ja joka ei ole saanut aiemmin raskauden keston nähden suurikokoista lasta. Koetta ole tarpeen ottaa alle 40-vuotiaalta uudelleensynnyttäjältä, jos hänen painoindeksinsä on alle 25 kg/m<sup>2</sup> nykyisen raskauden alussa. Jos naisella on jo aikaisemmin todettu diabetes, on raskausdiabeteksen seulonta glukoosirasituskokeella siinäkin tapauksessa aiheeton. Vaikka glukoosirasituskoe on yllä mainituissa tapauksissa aiheeton, verensokerin omaseurannan merkitys korostuu. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022.)

Raskausdiabetesselvityksen taustalla olevaan tutkimukseen osallistuneiden terveydenhoitajien mielestä raskausdiabeteksen riskikartoitus toteutuu maassamme järjestelmällisesti. Terveydenhoitajilla on käytössään monipuoliset menetelmät tunnistaa ja seuloa raskausdiabetesta. (Koski & Koivusilta 2019, 17.)

### **3.3 Raskausdiabeteksen vaikutukset**

Raskausdiabeteksessa kohonnut verensokeritaso ei yleensä aiheuta lasta odottavalle naiselle oireita (Tiitinen 2022). Kuitenkin hoitamattomana raskausdiabetes vaikuttaa sekä äidin, sikiön että vastasyntyneen hyvinvointiin (Tertti 2019). Sairaudella on naisen terveydentilaan merkittäviä vaikutuksia sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä.

Odottajan kohonnut glukoosipitoisuus lisää sikiön insuliinieritystä, josta seuraa makrosomia eli sikiön suurikokoisuus (Tertti 2019). Sikiön makrosomia on kyseessä silloin, kun vastasyntyneen syntymäpaino on yli 4,5 kg (Sankilampi 2022). Tertin (2019) mukaan etenkin lääkehoitoa vaatineessa raskausdiabeteksessa makrosomia on hyvin tavallista. Se lisää edelleen synnytykseen liittyviä

komplikaatioita, jonka vuoksi keisarinleikkauksen todennäköisyys synnytystapana on raskausdiabeetikoilla noin kaksinkertainen.

Perinataalitulosten perusteella voidaan todeta, että keisarinleikkausten osuus synnytyksistä on noussut vuodesta 2019 alkaen. Vuonna 2021 keisarinleikkausten osuus kaikista synnytyksistä oli noin viidennes. Jo odottajan lihavuus itsessään aiheuttaa merkittäviä raskaudenaikaisia riskejä mutta ylipainoisilla odottajilla myös leikkauksesta toipuminen on yleensä hitaampaa ja riski leikkauksen jälkeisiin kohtu- ja haavatulehduksiin on suurempi. (Perinataalitulasto – synnyttäjät, synnytykset...2022, 5–7.)

Maailmanlaajuisesti noin joka kuudes vuonna 2013 syntyneistä lapsista kärsi raskausdiabeteksen aiheuttamista komplikaatioista (Kampmann ym. 2015, 1066). Raskausdiabetesta sairastaneiden naisten lapsilla bilirubiiniarvojen kohoaminen, kalsiumarvojen lasku sekä eryteema eli limakalvojen ja ihon epänormaali punoitus ovat yleisempiä kuin normoglykeemisten raskauksien kohdalla (Al-fadhli 2015). Raskausdiabetes lisää riskiä myös vastasyntyneen kellastumiseen, hengitysvaikeuksiin sekä hypoglykemiaan eli alhaiseen glukoositasoon. Komplikaatioiden yleisyys ja vakavuus riippuvat odottavan äidin glukoositasosta. (Tertti 2019.) Raskausajan diabetesta sairastaneiden naisten lapsilla on kohonnut riski sairastua lihavuuteen sekä tyyppin 2 diabetekseen varhaisessa iässä (Kampmann ym. 2015, 1066).

Raskausdiabetes lisää riskiä naisen myöhemmälle sairastuvuudelle. Raskausdiabetes on yksi merkittävimmistä tyyppin 2 diabeteksen riskitekijöistä. Jopa puolet raskausajan diabeetikoista sairastuu tyyppin 2 diabetekseen 10–15 vuoden kuluessa (Raskausdiabetes ja synnytys n.d.). Raskausdiabeteksen käypä hoito -suosituksesta (2022) ilmenee, että diabeteksen ilmaantuvuus on todettu suureksi jo viiden vuoden kuluttua synnytyksestä mutta ilmaantuvuus kasvaa vuosittain, jonka vuoksi pitkäaikaisseurannan merkitys korostuu. Raskausaikana tehdyssä glukoosirasituskokeessa vähintään kaksi poikkeavaa arvoa saaneilla on selkeästi muita suurempi riski sairastua tyyppin 2 diabetekseen.

Raskausdiabeteksen lisäksi lähisukulaisen tyyppin 2 diabetes, asiakkaalla todettu raskausdiabetes alle 25 vuoden iässä ja yli 25 kg/m<sup>2</sup> painoindeksi lisäävät tyyppin 2 diabeteksen sairastumisriskiä (Mitä raskausdiabeteksellä tarkoitetaan? n.d.; Kaaja ja Vääräsmäki 2019). Kaaja ja Vääräsmäki

(2019) lisäävät riskitekijäksi myös yli 90 cm:n vyötärön ympärysmittan. Raskausdiabeteksen ja tyyppin 2 diabeteksen välisessä biologisessa yhteydessä on edelleen epäselvyyttä. Kuitenkin tiedetään, että molemmille sairauksille on ominaista insuliiniresistenssi sekä epänormaali insuliinin erityminen. Ko-sairauksia yhdistävät myös korkea painoindeksi, korkea ikä sekä diabeteksen sukurasite. (Kampmann ym. 2015, 1068.)

Tyyppin 1 diabetekseen sairastuu myöhemmin noin viisi prosenttia elintapahoitoa noudattaneista ja viisi-kymmenen prosenttia insuliinihoitoa saaneista raskausajan diabeetikoista. Sairauden ilmaantuvuus on suurimmillaan ensimmäisen kymmenen vuoden aikana raskauden päättymisen jälkeen. (Hakkarainen 2022.) Daly, Toulis, Thomas, Gokhale, Martin, Webber, Keerthy, Jolly, Saravanan ja Nirantharakumar (2018) toteavat toteuttamansa laajan väestöpohjaisen tutkimuksen tulosten perusteella, että raskausdiabetekseen liittyy myös kohonnut sydän- ja verisuonisairauksien riski. Raskausdiabeetikoiden kohdalla verenpainetautiin sairastumisen riski on kaksinkertainen ja lisääntynyt sairastumisriski säilyy tutkimustiedon mukaan 25 vuoden ajan.

Raskausajan diabeetikoiden kohdalla metabolisen oireyhtymän sairastumisriski on kaksinkertainen (Hakkarainen 2022). Raskautta edeltävä ylipaino, varhainen raskausdiabeteksen diagnoosi ja poikkeavat arvot raskaudenaikaisessa glukoosirasituskokeessa lisäävät sairastumisriskiä. Metabolisen oireyhtymän potilailla todetaan usein myös Dyslipidemia eli plasman korkea triglyseridipitoisuus ja matala HDL-kolesterolitaso. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022.) Metabolinen oireyhtymä kehittyy monien riskitekijöiden yhteisvaikutuksesta. Tällaisia riskitekijöitä ovat lihavuus, verenpainetauti, dyslipidemia ja insuliiniresistenssi. Nämä riskitekijät sekä todettu metabolinen oireyhtymä lisäävät edelleen sydän- ja verisuonisairauksien sekä tyyppin 2 diabeteksen kehittymisen riskiä. (Kampmann 2015, 1068.)

Puhkalan, Kinnusen, Vasankarin, Kukkonen-Harjulan, Raitasen ja Luodon (2013) tutkimuksessa selvitettiin metabolisen oireyhtymän esiintyvyyttä vuoden kuluttua synnytyksestä niillä suomalaisnaisilla, joilla oli todettu alkuraskaudessa kohonnut raskausdiabeteksen riski. Tutkimustulosten mukaan 74 %: lla osallistujista vyötärön ympärysmitta oli suurentunut yli viiterajan (80 cm). Lisäksi yli neljäsosalla tutkitavista plasman paastoglukoosi oli kohonnut viiterajan yläpuolelle (yli 5,6 mmol/l) ja viidesosalla oli kohonnut verenpainetaso. HDL-kolesterolitaso (alle 1,3 mmol/l) oli alentunut 29

%: lla osallistuneista. Lähes viidennes asiakkaista, joilla oli suurentunut gdm-riski raskauden alkuvaiheessa, täytti metabolisen oireyhtymän diagnostiset kriteerit vuoden kuluttua synnytyksestä. Merkittävin sairastumisriskiä lisäävä tekijä oli raskautta edeltävä ylipaino. Tutkimustulosten perusteella suurentuneessa gdm-riskissä olevia naisia tulisi seurata metabolisten riskitekijöiden osalta synnytyksen jälkeen. Sairastumista voidaan ehkäistä painonhallinnan avulla sekä ennen raskautta että raskauden aikana. Metabolisen oireyhtymän ennaltaehkäisy on todella tärkeää (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022).

### **3.4 Raskausdiabeteksen hoito**

#### **3.4.1 Hoidon tavoitteet**

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992, 2§, 5§) määrittelee potilaan oikeuden saada selvitys hänen terveydentilaansa sekä hoitoonsa liittyvistä asioista kuten hoidon tarkoituksesta ja vaikutuksista sekä erilaisista hoitovaihtoehdoista. Potilaalla tarkoitetaan ko. laissa terveys- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää henkilöä tai muutoin ko. palvelujen kohteena olevaa henkilöä.

Raskausdiabeteksen hoidon tavoitteena on saavuttaa normaali glukoositasapaino koko raskauden ajaksi sekä ehkäistä liiallista painonnousua, raskausdiabeteksen uusiutumista ja tyypin 2 diabeteksen puhkeamista raskauden jälkeen. Hyvä raskausdiabeteksen hoito vähentää myös kohonneen verenpaineen riskiä ja sikiön suurikokoisuutta. (Tertti 2019.) Koko raskauden ajan terveydenhoitotyössä painottuvat elintapaohjauksen pääperiaatteet: terveellinen ruokavalio, liikunta ja painonhallinta (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022). Terveydenhoitajat pitävät raskausdiabeetikoiden hoidossa tärkeänä tiedon jakamista ja laaja-alaisen tiedon lisäämistä, ruokavalio-ohjausta ja liikunnan merkityksen korostamista (Koski & Koivusilta 2019, 14).

Äitiysneuvolan toimesta raskausdiabeetikot ohjataan paikallisten hoitopolkujen mukaiseen jatkohoitoon (Raskausdiabetes n.d.; Käypä hoito -suositus, 2022). Hoitotahon valinta määräytyy hoitomuodon mukaisesti. Jos glukoosirasituskokeessa on ollut vain yksi poikkeava arvo, potilaiden ohjaus toteutuu yleensä äitiysneuvolassa. Jos poikkeavia arvoja on ollut kaksi tai enemmän, hoidon suunnitteluvastuu jakautuu äitiyspoliklinikalle ja äitiysneuvolaan. Äitiysneuvola on merkittävässä

roolissa raskausdiabeteksen hoidossa, vaikka hoito toteutuisikin äitiysneuvolan ulkopuolella. Ammattilaisten osaamista tulee tukea mahdollistaen koulutuksiin pääsy ja osaamisen ylläpitäminen. (Mts. 13–14, 17.)

Raskausdiabeetikot kokevat saamansa hoidon myönteisenä. He kuitenkin toivovat, että terveydenhoitajien tapaamisiin varattaisiin riittävästi aikaa, jotta heidän olisi mahdollista saada ammattilaisilta yhä enemmän tukea ja kannustusta. Raskausdiabeetikoiden vastauksista nousi esille tarve konkreettisesta ja yksilöllisestä ohjauksesta sairauden toteamisen jälkeen. Myöskään vertaistuen merkitystä ei tule unohtaa. (Mts. 17.)

### **3.4.2 Verensokerin omaseuranta**

Raskausdiabeteksen toteamisen jälkeen odottavalle äidille ohjataan äitiysneuvolassa sormen päästä tehtävä verenglukoosin omaseuranta ja annetaan kotiseurantaan tarkoitetut mittausvälineet. Omaseurannassa tavoitetaso veren paastoglukoosille on alle 5,5 mmol/l ja tunti aterian jälkeen alle 7,8 mmol/l. Omaseurantamittaukset toteutetaan kolme kertaa päivässä: ennen aamupalaa sekä tunti aamupalan ja pääaterian jälkeen. Tarvittaessa mittauksia lisätään myös pääateriaa edeltävästi. Glukoositason seuranta jatkuu raskausaikana yksilöllisen arvion perusteella sekä alueellisia ohjeita noudattaen. Käypä hoito -suositus ohjaa omaseurannan jatkamisen synnytykseen saakka. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022.)

Verenglukoosin omaseurannan avulla raskausdiabeetikon on mahdollista seurata glukoositasapainoaan sekä havaita esimerkiksi ruokavalion ja liikunnan vaikutukset glukoosiarvoihin. Omaseuranta-arvoja tarkkailemalla myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden on mahdollista tunnistaa lääkehoitoa tarvitsevat raskausdiabeetikot. (Mts.) Omaseurantatulosten mukaisesti suunniteltu hoito on tärkeässä roolissa synnytyskomplikaatioiden vähentämisessä (Duodecim n.d.).

Jos omaseurantamittausten tulokset ylittävät toistuvasti raja-arvot ruokavalio-ohjeistuksesta huolimatta, tulee äitiysneuvolasta tehdä lähete äitiyspoliklinikalle. Sen sijaan raja-arvojen ylittyessä satunnaisesti on tärkeä kohdentaa ohjaus yksilölliseen neuvontaan ja ruokavaliomuutosten toteuttamiseen. (Äitiysneuvolaopas 2013, 153.) Omaseurantamittaustulosten ylittäessä raja-arvot toistuvasti on aiheellista aloittaa raskausdiabeteksen lääkehoito. Siinäkin tapauksessa glukoositason



omaseuranta jatkuu ja raskauden seuranta tehostetaan. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022.)

Verenglukoosin tiheää seuranta ei vaadita enää äidin ensimmäisen synnytyksen jälkeisen aterioinnin jälkeen. Verensokeritasoa seurataan kuitenkin vielä synnytyssairaalassa yhden-kolmen vuorokauden ajan, jotta voidaan arvioida lääkehoidon jatkon tarpeellisuutta. Myös sairaalahoidon aikana korostuu elintapaohjauksen merkitys synnyttäneelle äidille. (Mts.)

### 3.4.3 Elintapahoito

Elintavoilla on suuri vaikutus yksilön terveydentilaan, toimintakykyyn sekä sairastavuuteen. Terveyskäyttäytyminen tarkoittaa arkisten valintojen, totuttujen tapojen sekä toimintamallien kokonaisuutta. Terveellisillä elintavoilla on yhteneväinen vaikutus eri sairauksien ennaltaehkäisyyn. (Patja 2022c, 87.)

Vuonna 2018 noin 83 % raskausdiabeetikoista välttyi lääkehoidon aloitukselta elintapaohjauksen ja onnistuneen elintapahoidon ansiosta (Otto 2019). Sairastuneet tarvitsevat tietoa, jonka avulla he ymmärtävät paremmin sairauttaan ja pystyvät toteuttamaan omahoitoa terveydentilansa ylläpitämiseksi ja komplikaatioiden välttämiseksi (Access to diabetes care n.d.).

Pennasen (2022) mukaan Kaaja (2022) määrittelee raskausdiabeteksen lieväksi suurimmalla osalla odottajista, jolloin elintapahoito on riittävä hoitomuoto. Elintapahoitoisen komplisoitumattoman raskausdiabeteksen seurannat voidaan toteuttaa äitiysneuvolassa (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022). Suositusten mukaiset ruokailutottumukset, liikunta ja glukoositason omaseurantaan ohjaaminen ovat ensisijaisia raskausdiabeteksen hoitokeinoja (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022; Tiitinen 2022; Päivitetty raskausdiabeteksen Käypä...n.d.).

Terti (2019) painottaa, että raskaudenaikaisiin äitiysneuvolakäynteihin tulee sisältyä aina elintapaohjauksen antaminen. Raskausdiabeteksen käypä hoito -suosituksessa (2022) muistutetaan, että ohjauksessa tulee huomioida odottajan yksilöllinen elämäntilanne ja tukea odottavan äidin motivaatiota ja halua muutokseen. Lisäksi häntä tulee kannustaa huolehtimaan oman terveydentilansa lisäksi koko perheen ja syntyvän lapsen terveydestä ja hyvinvoinnista. Tärkeää on huomioida myös koko perheen jaksaminen ja voimavarat.

Ohjauksen kokonaisuus koostuu toimintatavoista, työmenetelmistä ja lähestymistavoista. Ohjauksen keskiössä on asiakas ja hänen tarpeensa. Ohjaus keskittyy keskusteluun, jossa tärkeää on voimaannuttava vuorovaikutus. Vuorovaikutuksen tavoitteena on ohjattavana olevan asiakkaan oppiminen, päätösten tekeminen ja tilanteen parantuminen. Tärkeimpiä asioita onnistuneen ohjauksen toteuttamiseen ovat luottamus, yhteistyösuhteen rakentaminen ja muutokseen motivoiminen. Ohjaus on neuvontaa laajempi ja monitahoisempi käsite, jonka vuoksi neuvonta-käsitettä ei useinkaan hyödynnetä asiakasohjauksessa. Neuvonta on tiedon ja ohjeiden antamista tilanteissa, joissa ei välttämättä ole muita ratkaisuvaihtoehtoja. Se on asiakaslähtöinen toimintatapa, mutta se ei yleensä johda omatoimisuuteen. Neuvonnalla voi olla negatiivisia vaikutuksia ja pahimmillaan se voi johtaa asiakkaan kielteiseen suhtautumiseen muutosta kohtaan tai jopa torjumiseen. (Absetz 2022a, 326–327.)

Elintapaohjauksen avulla voidaan tukea yksilöä toteuttamaan terveyttä ja hyvinvointia edistäviä elintapamuutoksia. Elintapaohjaukseen voivat sisältyä esimerkiksi liikunta, ravitsemus, uni ja päihteiden käyttö. Tärkeää ohjauksessa on yksilöllisyyden ja asiakaslähtöisyyden huomioiminen. Muutokseen tukemisessa keskeistä on muutostarpeen tunnistaminen, puheeksi otto, motivointi, tuki ja palveluohjaus. On tärkeää, että äitiysneuvolan hoitosuhteen aikana elintapaohjaus on jatkuvaa sekä tavoitteellista ja sen vaikuttavuutta seurataan ja arvioidaan. Tukena muutoksessa voidaan hyödyntää moniammatillista osaamista, kuten fysio- ja ravitsemusterapiaa. Elintapaohjauksen tukena ovat myös erilaiset valtakunnalliset suositukset kuten Käypä hoito -suositukset, Liikuntaneuvonnan valtakunnalliset suositukset sekä Ravitsemus- ja ruokasuositukset. (Elintapaohjauksen tarkistuslista – työkalu...2022.)

Terveellisten elämäntapojen noudattaminen jo raskautta edeltävästi on selkeästi yhteydessä matalaan raskausdiabetesriskiin. Pelkästään liikunnan ja ruokavaliohoidon ansiosta raskausdiabeteksen esiintyvyyttä on onnistuttu vähentämään jopa 39 %. Pienilläkin muutoksilla elintapatottumuksissa onnistutaan väestötasolla saavuttamaan merkittävää laskua raskausajan diabeteksen ilmaantuvuudessa. Yksilöllinen ja laaja ravitsemuksen ja liikunnan ohjaus huomioiden asiakkaan henkilökohtaiset mieltymykset tukevat asiakkaan motivaatiota elintapamuutokseen. On osoitettu, että elintapamuutoksista hyötyvät eniten suuressa diabetesriskissä olevat henkilöt. Suuren riskin potilaille yksilöllinen elintapaohjaus kannattaa aloittaa heti alkuraskaudessa ja jatkaa koko odotus-

ajan. Raskausdiabeteksen ennaltaehkäisyllä on merkitystä äidin ja lapsen terveydelle nyt ja tulevaisuudessa. (Koivusalo, Rönö, Klemetti, Roine, Lindström, Erkkola, Kaaja, Pöyhönen-Alho, Tiitinen, Huvinen, Andersson, Laivuori, Valkama, Meinilä, Kautiainen, Eriksson & Stach-Lempinen 2016.)

Raskausajan ravitsemusohjauksella pyritään turvaamaan syntyvän lapsen kasvu ja kehitys sekä odottavan äidin hyvinvointi. Vanhempien tottumukset ruokailujen ja yhteisten aterioiden suhteen vaikuttavat myös lasten ruokailutottumusten kehittymiseen, hyvinvointiin sekä terveyteen. (Raskaus- ja imetysaika n.d.) Tarnanen, Kaaja, Kinnunen ja Vuorela (2013) tuovat esille, että ravitsemushoidon tavoitteena on vähentää mahdollista insuliinihoidon tarvetta sekä ehkäistä äidin ja lapsen liiallista painonnousua ja raskausdiabeteksen uusiutumista seuraavien raskauksien yhteydessä. Terveystoimittajan ohjauksen tukena voidaan hyödyntää ravitsemusalan ammattilaisia kuten ravitsemusterapeutteja.

Ravitsemushoidon tulee olla asiantuntevaa ja perustua asiakaslähtöisyyteen. Ohjauksessa tulee huomioida odottajan yksilöllinen elämäntilanne sekä perustella ja havainnollistaa ravitsemussuosituksiin pohjautuvat ohjeistukset. Näin tuetaan parhaiten potilaan mielenkiinnon heräämistä ja ylläpidetään motivaatiota elintapamuutokseen. Ravitsemushoito auttaa glukoositasapainon saavuttamisessa, vähentää lääkehoidon tarvetta, ehkäisee liiallista painonnousua odotusaikana sekä myöhempää sairastumista diabetekseen. Raskausdiabeteksen toteamisen jälkeen painonhallintaan tulee kiinnittää erityistä huomiota, eikä odottavan äidin paino saisi juuri nousta diagnoosin asetuksen jälkeen. Ravitsemushoidolla on merkittävä vaikutus myös sikiön liikakasvun ehkäisemiseen sekä syntyvän lapsen ylipaino- sekä sydän- ja verisuonisairauksien riskiin. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022.) Elintapahoitoisen raskausdiabeetikon raskaus saa jatkua normaalisti yli lasketun ajan, jos glukoositasapaino on hyvä eikä riskinä ole sikiön suurikasvuus (Tertti 2019).

Raskaudenaikainen ravitsemus ei poikkea normaaleista ruokavaliosuosituksista (Raskaus- ja imetysaika n.d.). Ravitsemusneuvonnassa kiinnitetään huomiota ateriaritmiin, lautasmallin mukaiseen ruokailuun, energiansaantiin ja painonhallintaan (Tertti 2019). Odotusaikana useiden ravintoaineiden tarve kasvaa, jonka vuoksi ruokavalion laatuun tulisi panostaa. Monipuolinen ruokavalio ja kohtuullinen energiansaanti ovat merkityksellisiä myös raskausaikana. Ruokasuositusten mukainen ruokavalio luo hyvän perustan myös lasta odottavan naisen ravitsemukselle ja riittäville ravintoaineiden saannille. (Raskaana olevat ja imettävät n.d.)

Liikuntaa voi harrastaa turvallisesti myös raskauden aikana, jos raskauteen ei liity ongelmia kuten pre-eklapsiaa tai kohdun supistelua (Tarnanen ym. 2013). Odottavia äitejä motivoidaan säännölliseen ja monipuoliseen liikuntaan (Tertti 2019). Myös raskausaikana noudatetaan koko väestöä koskevaa terveysliikuntasuositusta. Säännöllisellä ja kohtuullisesti kuormittavalla liikunnalla on positiivisia vaikutuksia glukoositasapainoon. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022.) Säännöllinen liikunta ehkäisee raskauden aikana liiallista painonnousua, masennusta sekä sikiön liikakasvua. Se ennaltaehkäisee myös myöhemmin ilmeneviä glukoosiaineenvaihdunnan ongelmia ja lihavuutta. (Luoto 2019.)

#### **3.4.4 Lääkehoito**

Jos elintapahoidon avulla ei saavuteta riittävän hyvää glukoositasapainoa, suositellaan lääkehoidon aloitusta (Otto 2019; Päivitetty raskausdiabeteksen Käypä...2022.). Vuonna 2018 raskausdiabeteksen lääkehoito aloitettiin kolmelle-neljälle prosentille odottavista äideistä (Otto 2019). Lääkehoidon aloituksen perusteena on syntyvän lapsen hyvinvointi (Tertti 2019).

Lääkehoidon tavoitteena on saavuttaa mahdollisimman hyvä glukoositasapaino sekä ehkäistä synnytyksen komplikaatioita ja vastasyntyneen suurikasvuisuutta. Raskausdiabeteksen seurannassa tulee huomioida myös muut mahdolliset glukoositasapainon häiriöstä aiheutuvat ongelmat. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022; Raskausdiabeteksen lääkehoito n.d.) Lääkehoidon aloitus toteutetaan erikoissairaanhoidossa (Tertti 2019). Käypä hoito -suositus ohjaa GAD-vastaaineiden mittauksen toteuttamiseen lääkehoidon aloitusvaiheessa, mikäli sitä ei ole tehty aiemmin (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022). GAD-vastaaineiden (glutamiinihappodekarboksylaasi) mittaaminen edesauttaa arvioimaan autoimmuunidiabeteksen mahdollisuutta (Tyypin 2 diabetes: Käypä hoito -suositus 2020).

Raskausdiabeteksen lääkehoito muodostuu tabletti- ja insuliinihoidosta. Noin joka kolmas lääkehoitoa saavista potilaista tarvitsee tablettihoidon rinnalla insuliinia. (Tertti 2019.) Lääkehoito jatkuu yleensä odotusajan loppuun saakka. Lääkehoidon rinnalla ruokavaliohoito ja liikunta ovat merkittävässä roolissa hyvän glukoositasapainon saavuttamiseksi. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022; Raskausdiabeteksen lääkehoito n.d.) Lääkehoitoinen raskausdiabetes vaatii erikoissairaanhoidon toteuttamat raskauden seurannat synnytysairaалassa (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022). Seurannoissa arvioidaan lisäksi odottavan äidin synnytystapa ja synnytyksen

ajankohta. Hoidossa voidaan hyödyntää myös moniammatillista yhteistyötä, kuten ravitsemusterapeutin ja diabeteshoitajan erityisosaamista. (Tertti 2019.)

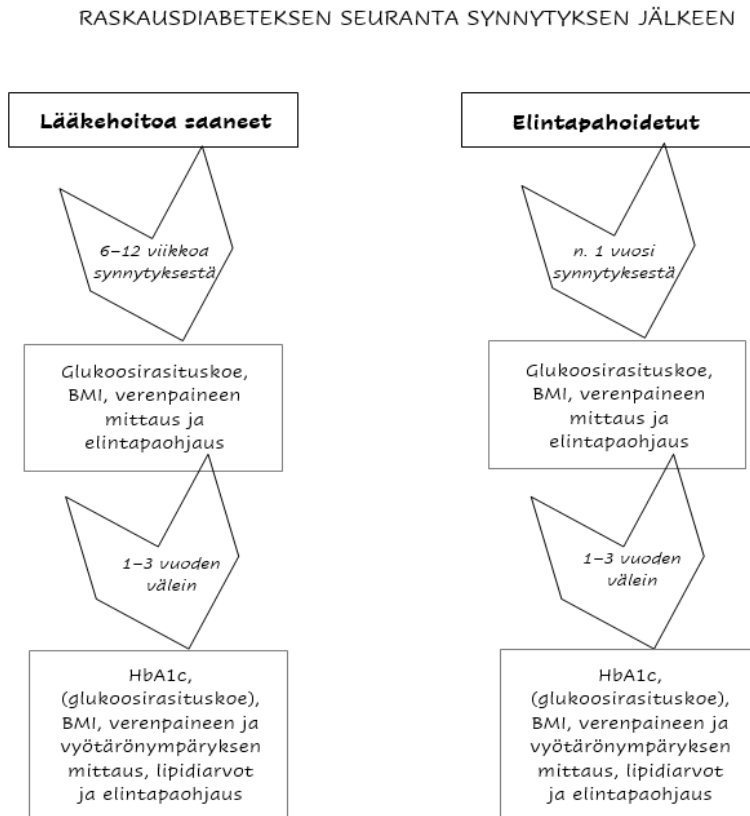
Diabeteslääkkeistä tablettimuotoista Metformiinia käytetään yleisesti raskausdiabeteksen hoidossa. Sen tarkoituksena on tehostaa insuliinin vaikutusta kudoksissa sekä vähentää sokerintuotantoa maksassa. Jos tablettihoidon avulla ei päästä glukoosiarvojen tavoitetasolle, rinnalle on syytä aloittaa ihon alle pistoksin annosteltava insuliinihoito. Insuliini on elimistön verensokeritasoa alentava hormoni ja insuliinihoitoa tarvitaan silloin, kun haiman oma insuliinituotanto ei vastaa elimistön tarpeita. Insuliiniannosta säädetään yksilöllisesti verensokerin omaseurantatulosten perusteella. Raskausaikana insuliinin tarve voi olla huomattavan suurta insuliiniresistenssin vuoksi. (Raskausdiabeteksen lääkehoito n.d.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL), Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen (Fimea) sekä Kansaneläkelaitoksen (Kela) yhteistyöhanke Lääkehoito ja raskaus tutki raskausajan diabeteksen ilmaantuvuutta ja lääkehoitoa vuosina 2013–2022 (Lääkehoito ja raskaus n.d.). Tutkimustiedon mukaan lääkehoitoisten raskausajan diabeetikoiden osuus synnyttäjistä on viime vuosina merkittävästi noussut. Diabeteksen tablettilääkityksen käyttö raskausaikana on lisääntynyt, mutta yhä huolestuttavampaa on se, että hoitoa joudutaan tehostamaan insuliinin ja muiden lääkkeiden yhdistelmähoidolla. (Leinonen 2021.)

Lääkehoitoa saaneiden naisten kohdalla synnytys käynnistetään yleensä viimeistään lasketussa ajassa sikiön mahdollisten hengitysvaikeuksien vuoksi. Suurikokoisen sikiön kohdalla synnytys käynnistetään usein raskausviikolla 38, jos alatiesynnytys arvioidaan mahdolliseksi. Suurikokoisen sikiön painoarvion ollessa vähintään 4,5 kg on syytä harkita keisarinleikkausta. (Tertti 2019.) Lääkehoitoisessa raskausdiabeteksessä tablettihoito lopetetaan vuorokausi ennen suunniteltua synnytystä tai viimeistään synnytyksen käynnistyttyä. Insuliinilääkitys lopetetaan heti lapsen syntymän jälkeen. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022.)

## 4 Raskausdiabeteksen ohjaus ja seuranta synnytyksen jälkeen

Raskausdiabeteksen käypä hoito -suositus (2022) määrittää raskausdiabeteksen seurannan ja ohjauksen myös synnytyksen jälkeiselle ajalle. (Ks. kuvio 1.) Synnytyksen jälkeiset toimintaohjeet tulee suunnitella toimipaikkakohtaisesti. Toimintaohjeet voivat kytkeytyä esimerkiksi synnytyksen jälkitarkastuksen, äidin ehkäisyneuvolakäyntien tai lapsen neuvolakäyntien yhteyteen.



Kuvio 1. Raskausdiabeteksen seuranta synnytyksen jälkeen. (Raskausdiabeteksen seulonta, diagnostiikka, hoito ja seuranta. Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022, muokattu)

Raskausdiabeteksen yleistyessä ja synnytyksen jälkeisen hoidon siirtyessä yhä enemmän perusterveydenhuollon vastuulle sekä hoitopolkuja että osaamista ja sen jakamista tulisi vahvistaa. Hoitopolkuja tulee kehittää ja sopia raskausdiabeetikoiden ohjauksesta alueellisesti tai paikallisesti asiakaslähtöisyys huomioiden. Toimivat hoitopolut tukevat raskausdiabeetikoiden kokemusta hyvästä ohjauksesta ja tuen saamisesta. Niiden avulla kyetään paneutumaan koko perheen hyvinvoinnin ja

terveyden edistämiseen. Hoitopolun katkeamattomuus tulee varmistaa myös raskausdiabeteksen jälkeisessä seurannassa. (Koski & Koivusilta 2019, 17–18.)

Tutkimusten perusteella raskausdiabeteksen hoito ja seuranta etenevät odotusaikana hyvin, mutta synnytyksen jälkeen hoidon jatkuvuudessa on haasteita. Syynä tähän on esimerkiksi se, että synnytyksen jälkeiseen seurantaan liittyvät käytännöt vaihtelevat alueittain ja seurannan vastuutaho vaihtelee neuvolapalveluiden ja perusterveydenhuollon välillä. Myös asiakkaalla voi olla epäselvyyttä jatkoseurannan toteutuksesta sekä vastuutahosta, jolloin seurannan jatkuvuus heikkenee. Alueellisesti on tärkeä sopia, kuinka Käypä hoito -suositusten mukainen seuranta ja ohjaus toteutetaan. Käytännöistä kannattaa laatia kirjalliset ohjeistukset sekä tiedottaa ohjeistuksen sisällöstä terveydenhuollon ammattilaisia. (Mäki, Korhonen & Kurki 2020.)

Kosken ja Koivusillan (2019, 15) laatiman raskausdiabetesselvityksen perusteella raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeinen seuranta on toteutunut lastenneuvolassa tai terveysasemalla. Suosituksen mukaiset painon, verenpaineen ja kolesteroliarvojen seurannat ovat toteutuneet hyvin (70 %) mutta vyötärönympäryksen mittausta on toteuttanut vain puolet hoitajista, ja heistäkin suurin osa on maininnut mittauksen tapahtuvan asiakkaan toimesta.

Synnytyksen jälkeisen ohjauksen antajana raskausdiabeetikot mainitsivat useimmiten äitiysneuvolan terveydenhoitajan (47 %), neuvolalääkärin (17 %) sekä lastenneuvolan terveydenhoitajan (15 %). Raskausdiabeetikot kokivat, että odotusajan hyvä ja selkeä ohjaus päättyi synnytykseen. Synnytyksen jälkeinen ohjaus koettiin hyvin pelkistetyksi ja informatiiviseksi. Jopa 40 % vastaajista koki jääneensä täysin ohjauksen ulkopuolelle ja osa kertoi saaneensa vain kirjallisen esitteen jatkoseurantaan liittyen. He toivoivat synnytyksen jälkeen konkreettista, selkeää ohjeistusta sekä tukea omaan elämäntilanteeseensa. Tutkijoiden mielestä raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeiseen aikaan liittyvät hoitopolut sekä seurannat koettiin vähäiseksi ja riittämättömäksi myös diabeteksen ennaltaehkäisyn näkökulmasta. (Mts. 10–11.)

Kuopion yliopistollisen sairaalassa vuosina 2006–2009 toteutetun raskausdiabeteksen seurantatutkimuksen perusteella raskausdiabeteksen jälkeisessä pitkäaikaisseurannassa diabeteksen esiaste, prediabetes on synnyttäneillä naisilla hyvin yleinen. Tutkimuksessa arvioitiin raskausdiabeteksen

pitkän aikavälin vaikutuksia naisten glukoosiaineenvaihduntaan ja todettiin, että noin joka kolmannelle prediabetesta sairastaneelle kehittyy myöhemmin tyyppin 2 diabetes. Tutkimustulosten mukaan yli puolet raskausajan diabeetikoista sairastui myöhemmin joko prediabetekseen tai diabetekseen. Sairauden varhainen tunnistaminen sekä suurentuneessa riskissä olevien asiakasryhmien tunnistaminen ja ennaltaehkäisevien toimenpiteiden käynnistäminen on tärkeää. (Huopio, Hakkarainen, Pääkkönen, Kuulasmaa, Voutilainen, Heinonen & Cederberg 2014.)

Synnytyksen jälkeiselle glukoositason nousulle ja prediabetekselle altistavat painonnousu sekä vyötärönympäryksen suureneminen. Vaikka tietoisuus diabetesriskistä on olemassa, asiakkaat eivät ole riittävän aktiivisia tekemään elintapamuutoksia ehkäistäkseen sairastumista. Raskausdiabetesta sairastaneet naiset hyötyvät painonhallintaa tai laihduttamista tukevista toimenpiteistä synnytyksen jälkeisenä aikana ja heitä voidaan tukea kaikissa terveydenhuollon palveluissa. Asiakkaille on tärkeä mahdollistaa järjestelmällinen seuranta ja ohjaus synnytyksen jälkeen ja tehostaa sitä erityisesti silloin, jos laboratoriokokeiden tulosten perusteella todetaan poikkeava glukoosinsietokyky. Diabeteksen tehokkaan ennaltaehkäisyn avulla vähennetään sairauden komplikaatioita ja taloudellisia kustannuksia mutta vaikutetaan välillisesti myös perheen lasten elintapatottumuksiin. (Huopio ym. 2014.)

Erässä raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeiseen seurantaan perustuvassa kirjallisuuskatsauksessa löydettiin neljä teemaa, jotka vaikuttavat raskausdiabeetikoiden synnytyksen jälkeiseen seurantaan osallistumiseen joko osallistumista lisäävästi tai heikentävästi. Nämä neljä teemaa ovat suhde terveydenhuoltoon, tapaamisten ja kokeiden järjestäminen, perheeseen liittyvät käytännön asiat sekä huoli diabeteksestä. Tutkijat korostavat, että asiakkaiden tietoisuutta raskausdiabeteksestä ja suurentuneesta tyyppin 2 diabeteksen riskistä tulee lisätä. Lisäksi terveydenhuollon palveluja tulee kehittää sekä raskauden aikana että sen jälkeen siten, että asiakkaita tuetaan ja motivoidaan yhä enemmän osallistumaan seurantakokeisiin. Näiden toimenpiteiden avulla diabeteksen ennaltaehkäisy ja seulonta tehostuvat mutta myös pitkän aikavälin tulokset paranevat. (Dennison, Fox, Ward, Griffin & Usher-Smith 2019.)

Raskausdiabetesselvityksessä pohdittiin myös resurssien kohdentamista yhä enemmän kiireettömien tapaamisten mahdollistamiselle, jolloin asiakkaat kokisivat saavansa paremmin tukea ja kan-



nustusta terveydenhuollon ammattilaisilta. Asiakkaat toivovat yhä enemmän yksilöllistä, konkreettista ohjausta. Asiakasohjauksessa tulee huomioida asiakkaan voimavarat sekä tukea motivaatiota asiakkaan osallistamista ja kuuntelemista unohtamatta. Suunnitelma jatkoseurannasta täytyy laatia asiakkaan toiveet ja tarpeet huomioiden sekä varmistaa riittävä ohjaus ja informaatio. Myös hoitopolkujen sekä osaamisen jakamisen vahvistaminen koettiin tärkeäksi. (Koski & Koivusilta 2019, 14, 17.)

On yleistä, että raskausdiabeteksen seurannan toteutuminen jää synnytyksen jälkeen asiakkaan vastuulle. Raskausdiabetesselvityksen perusteella vain yksittäisten toimintayksikköjen käytössä on järjestelmä, jonka avulla asiakkaita kutsutaan raskausdiabeteksen seurantaan. Terveydenhoitajilla on ollut tapana muistuttaa asiakasta seurannasta lastenneuvolakäyntien yhteydessä. (Mts. 15.)

Tanskalaisen tutkimuksen mukaan raskausdiabetesta sairastaneiden asiakkaiden muistuttaminen synnytyksen jälkeisistä seurantakokeista on tehokasta ja sen avulla voidaan lisätä asiakkaiden sitoutumista seurantaan. Tutkimuksessa oli havaittu, että naiset osallistuivat hyvin ensimmäiseen synnytyksen jälkeiseen seurantakokeeseen kahden-kolmen kuukauden kuluttua synnytyksestä, mutta seuraavien vuosien aikana osallistumisprosentti laski merkittävästi. Tämän vuoksi Tanskassa otettiin käyttöön valtakunnallisen suojatun sähköpostiyhteyden välityksellä lähetetty muistutusviesti ja sen osoitettiin lisänneen raskausdiabetesta sairastaneiden naisten osallistumisen todennäköisyyttä synnytyksen jälkeisiin seurantaverikokeisiin 20 %. Sähköpostiviestissä asiakkaita tiedotettiin samalla kohonneesta tyypin 2 diabetesriskistä sekä sairauden varhaisen toteamisen hyödyistä. Viestissä kerrottiin myös yleiset seurantasuositukset sekä terveydenhuollon toimintayksikön yhteystiedot ja ohjeistettiin asiakkaita ajanvarauksen suhteen. Tutkimustulosten perusteella uudelleensynnyttäjien todettiin hyötyvän muistutusviesteistä muita enemmän, joka voi johtua muun muassa lapsiperheen kiireisestä arjesta. Tutkimustulosten mukaan sähköiset muistutusviestit tukevat hoidon jatkuvuutta sekä suositusta jatkoseurannan toteutuksesta. Tutkimuksen mukaan synnytystä seuraavan vuoden aikana lähetetty muistutusviesti lisää merkittävästi naisten osallistumista seurantakokeisiin. (Nielsen, Fonager, Kristensen & Overgaard 2023.)

#### **4.1 Seurannan tarkoitus**

Raskausdiabetes yleensä loppuu raskausajan päätyttyä. Raskausdiabeteksen käypä hoito -suositus (2022) korostaa, että potilastietojärjestelmän terveystietojen ja hoitosuunnitelmaan on tärkeä lisätä tieto

sairastetusta raskausajan diabeteksestä, jotta se huomioidaan potilaan seurannassa ja riskin arvioinnissa myöhemmin. Koska diabetekseen sairastumisriski on raskausdiabeetikoilla merkittävästi suurentunut, seurannan jatkuminen säännöllisesti myös raskausajan päätyttyä on tärkeää (Kaaja & Vääräsmäki 2019; Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022). Seurannan tarkoituksena on ehkäistä myöhempää sairastuvuutta sekä tukea synnyttäneitä äitiä elintapahoidon ja -muutosten toteutumisessa (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022).

Glukoositasapainon seuranta on tärkeä osa diabetesriskin arviota. Diabeteksen ehkäisy ja hoito on helpompaa, kun kohonnut glukoositaso havaitaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Raskausdiabetes n.d.) Synnytyksen jälkeen sekä glukoosirasituskokeen että paastoglukoosin seuranta on tärkeää (Kampmann ym. 2015, 1068). Diabetespotilaat lisäävät huomattavasti terveydenhuollon kuormitusta ja ammattilaisten tärkeänä tehtävänä onkin havaita ja diagnosoida sairaus mahdollisimman varhain (Access to diabetes...n.d.).

Tyypin 2 diabeteksen kehittymistä on mahdollista viivästyttää tai vähentää tehostetun elintapaohjauksen avulla. Resurssien kohdentaminen elintapaohjaukseen on kustannusvaikuttavaa esimerkiksi terveystalouden käytön ja sairauspoissaolojen osalta. Tyypin 2 diabeteksen viivästyminen tai väheneminen näkökulmasta kustannusvaikuttavuus on yhä merkityksellisempää: jos diabeteksen kehittymistä onnistutaan siirtämään vuodella, kustannusvaikutus on 25,5 miljoonaa euroa ja kymmenen vuoden siirtoajalla 250 miljoonaa euroa. (Koski & Koivusilta 2019, 3.)

Maailmanlaajuisesti raskausdiabeetikoiden seulonta tyypin 2 diabeteksen osalta synnytyksen jälkeen on ollut alhaisella tasolla. Erään kohorttitutkimuksen tulosten mukaan Yhdistyneessä kuningaskunnassa (UK) alle 60 % raskausdiabetesta sairastaneista naisista kävi diabetesseulonnassa ensimmäisenä vuonna synnytyksen jälkeen ja toisen vuoden aikana enää alle 40 %. Synnytyksen jälkeisen seurannan tehostamisella voidaan varmistaa asiakkaiden ymmärrys kohonneesta diabetriskistä. Seuranta tarjoaa myös mahdollisuuden antaa tietoa ja tukea synnyttäneitä naisia elintapamuutoksiin. (Daly ym. 2018.)

## 4.2 Synnytyksen jälkeisen seurannan sisällöt

Kosken ja Koivusillan (2019, 17) toteuttaman raskausdiabetesselvityksen perusteella ohjauksen sisällön pääperiaatteet ovat terveydenhoitajille selkeitä. Terveydenhoitajat korostivat hyväksi koettujen käytäntöjen ja rakenteiden ylläpitoa ja vahvistamista.

Synnytyksen jälkeisellä kotikäynnillä tai vaihtoehtoisesti vastaanottokäynnillä äitiysneuvolan terveydenhoitaja tapaa usein vielä uudelleen synnyttäneen äidin ja hänen perheensä. Kotikäynti tai sen korvaava vastaanottokäynti neuvolassa ajoittuu yhden-seitsemän vuorokauden päähän kotiutuksesta. Tapaamisen tarkoituksena on perheen hyvinvoinnin, lapsen kasvun ja ympäristön turvallisuuden edistäminen sekä äidin ja vastasyntyneen terveydentilan ja koko perheen hyvinvoinnin kartoitus. Samalla terveydenhoitaja arvioi perheen tuen tarvetta ja tarjoaa tukea. Tärkeää on keskustella myös perheen elintavoista, tukiverkostoista ja voimavaroista. (Hakulinen, Korpilahti & Wedenoja 2021.)

Synnytyksen jälkitarkastus toteutetaan neuvolassa viiden-kahdentoista viikon kuluttua synnytyksestä terveydenhoitajan tai lääkärin toimesta tai heidän yhteistyönään. Jälkitarkastuksessa kartoitetaan synnyttäneen naisen terveydentilaa ja toipumista, hoidon sekä tuen tarvetta. Asiakkaalta mitataan paino, painoindeksi, verenpaine ja hemoglobiini sekä tutkitaan virtsan valkuainen ja glukoosi (U-Prot ja U-Gluk). (Wedenoja, Korpilahti & Hakulinen 2023.) Jälkitarkastuksessa käsitellään myös synnytykseen ja imetykseen liittyviä kokemuksia, synnyttäneen naisen hyvinvointiin liittyviä asioita sekä kartoitetaan elintapatottumukset (Äitiysneuvolaopas 2013, 107). Samalla asiakkaalle järjestetään raskausaikana todettujen sairauksien tai perussairauksien jatkoseuranta joko perusterveydenhuoltoon tai erikoissairaanhoidon (Wedenoja ym. 2023; Äitiysneuvolaopas 2013, 107).

Suuressa tyypin 2 diabeteksen riskissä ovat naiset, jotka ovat tarvinneet odotusaikana raskausdiabetekseen lääkehoitoa. Heille glukoosirasituskoe tehdään jo 6–12 viikon kuluttua synnytyksestä, jälkitarkastuksen yhteydessä. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022; Wedenoja ym. 2023.) Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suosituksen (2022) mukaan, muiden raskausdiabeetikkojen kohdalla glukoosirasituskoe tulee kontrolloida ensimmäisen kerran noin vuoden kuluttua synnytyksestä, kun taas terveydenhuollon Neuko-tietokanta ohjaa glukoosirasituskokeen ajankohdaksi 6–12 kk:n kuluttua synnytyksestä (Wedenoja ym. 2023). Käypä hoito -suosituksen

(Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022) mukaan synnytyksen jälkeiset laboratoriotulokset glukoositason määrittämistä varten tulisi toteuttaa perusterveydenhuollossa.

Ensimmäisen synnytyksen jälkeisen glukoosirasituskokeen yhteydessä on tärkeä kontrolloida myös painoindeksi ja verenpaine sekä antaa elintapaohjausta (Raskausdiabeteksen seulonta, diagnostiikka...2022). Elintapaohjauksella on suuri merkitys synnytyksen jälkeenkin. Synnyttäneitä naisia motivoidaan huolehtimaan painon, verenpaineen, kolesteroliarvojen sekä glukoositasapainon seurannasta (Äitiysneuvolaopas 2013, 153; Wedenoja ym. 2023).

Raskauden jälkeisen glukoosirasituskokeen tavoitetasoiksi on määritelty paastoarvo alle 6,1mmol/l, kahden tunnin arvo alle 7,8mmol/l ja HbA1c-arvo alle 48mmol/mol. Synnyttäneet äidit, joilla glukoosirasituskokeessa ilmenee yksikin poikkeava arvo, ohjataan suosituksen mukaan perusterveydenhuollon lääkärille jatkoseurantaan. Seurantaväli ja seurannan kesto määritellään diabeteksen riskitekijöiden, erityisesti glukoosirasituskokeen tuloksen perusteella. Glukoosirasituskokeen normaalin tuloksen saaneilla seurantaväli on kolme vuotta. Jos plasman glukoosipitoisuuden paastoarvo on suurentunut (IFG) tai potilaalla todetaan heikentynyt glukoosinsietokyky (IGT), seurantaväli on yksi vuosi. Seurannasta laadittu suunnitelma tulee kirjata hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi potilaan terveys- ja hoitosuunnitelmaan. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022.) Raskausdiabetesselvityksessä ilmi tulleen käytännön mukaan asiakkaalle tarjotaan ohjausta äitiysneuvolassa, jos glukoosirasituskokeen tulokset ovat normaalit ja poikkeavien tulosten kohdalla heille tarjotaan yleensä diabeteshoitajan ohjausta (Koski & Koivusilta 2019, 16).

Synnytyksen jälkeisessä seurannassa yksilöllisen arvion perusteella tutkitaan yhden-kolmen vuoden välein HbA1c-taso ja paastoglukoosi tai glukoosirasituskoe. Laboratoriotuloksilla tutkitaan myös kolesterolitaso sekä maksa-arvo. Kolesteroliarvoja seurataan yhtä tiheästi kuin veren glukoosipitoisuutta. Lisäksi vastaanotolla mitataan painoindeksi, vyötärönympäryys ja verenpaine. Myös synnytyksen jälkeisessä seulonnassa on tärkeä tunnistaa metabolista oireyhtymää sairastavat äidit ja ohjata heidät hoidon piiriin. (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022.)

Glukoositason mittaukset synnytyksen jälkeisenä aikana ovat tärkeä osa diabeteksen seulontaa, koska raskausdiabeteksellä on pitkäaikaisia vaikutuksia sydän- ja verisuonitautien sekä diabetek-

sen kehittymiseen. Jotta metabolisen oireyhtymän, sydänsairauksien sekä diabeteksen sairastumisriskiä voitaisiin vähentää, tulee naisten osallistumista synnytyksen jälkeisiin glukoosikokeisiin saada tehostettua. (Poola-Kella, Steinman, Mesmar & Malek 2018.) Raskausdiabetesselvityksen perusteella enemmistö asiakkaita (65 %) oli tietoisia glukoosirasituskokeiden ajankohdasta ja paikasta, josta he kysyvät kokeiden tulokset. Glukoosirasituskokeen toteutuminen suunnitellusti osana seurantaan osoittautui kuitenkin selvityksessä heikoksi (39 %). (Koski & Koivusilta 2019, 11.)

Asiakkaan ohjauksen ja tuen yhtenä tärkeänä osa-alueena pidetään vertaistukea. Koski ja Koivusilta (2019, 12, 17) tuovat esille vertaistuen merkityksen. Asiakkaat kokivat vertaistuen tärkeäksi ja hakeutuivat myös oma-aloitteisesti verkkosivustojen erilaisille keskustelupalstoille sekä Facebookin vertaistukiryhmiin. Asiakkaat toivoivat saavansa enemmän vertaistukea osana terveydenhuollon seurantaan.

### **4.3 Elintapaohjauksen merkitys**

Informaatio-ohjaukseen kuuluvat erilaiset suositukset ja niiden käytäntöön siirtämistä edistävät oppaat ja koulutusmateriaalit. Tavoitteena on tukea väestön terveyttä edistäviä valintoja tietoisuuden lisäämisellä. (Rantala & Mäki 2022, 111.) Merkittävä osa jokaista raskausdiabetekseen liittyvää kontrollia on myös elintapaohjaus (Raskausdiabeteksen seulonta, diagnostiikka...2022). Elintapaohjausta tulee tarjota kaikille raskausdiabetesta sairastaneille naisille myös odotusajan päätyttyä (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022). Lapsen synnyttyä arjen muutokset ovat merkittäviä ja elintapamuutosten ohjauksessa on huomioitava äidin psyykinen terveydentila, jakaminen ja voimavarat (Pennanen 2022).

Kun elintapaohjaus tehdään asiakaslähtöisyys ja yksilöllisyys huomioiden, voidaan saavuttaa merkittäviä vaikutuksia suhteellisen pienellä panostuksella (Koski & Koivusilta 2019, 17). Raskausdiabeteksen käypä hoito -suositus (2022) painottaa, että yksilöllisen elintapaohjauksen ja seurannan tukena on mahdollisuus tarjota ryhmäohjausta sekä digitaalista tukea ja ohjausta esimerkiksi sovellusten tai verkkovalmennusten muodossa. Erityisesti painonhallinta, terveellinen ruokavalio ja liikunta ennen raskautta, raskauden aikana ja sen jälkeen voivat olla merkittävässä asemassa es-tettäessä lihavuuden, insuliiniresistenssin ja tyypin 2 diabeteksen lisääntymistä (Kampmann 2017, 1070).

Elintapamuutosten avulla on mahdollista pienentää tyyppin 2 diabeteksen sairastumisriskiä 50 % (Kaaja & Vääräsmäki 2019; Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022). Koivusalon ja muiden (2016) tutkimustulosten mukaan elintapamuutosten avulla diabeteksen sairastumisriskiä on onnistuttu pienentämään jopa 58 %. On todettu, että jo 3–4 kilogramman painonpudotus vähentää merkittävästi diabetesriskiä (Raskausdiabetes ja synnytys n.d.). Diabeteksen kehittymisen riskiä vähentävät normaali paino, säännöllinen liikunta ja terveellinen ruokavalio. Normaalipainon tavoittelu ja liikunnan lisääminen pienentävät myös myöhempää sydän- ja verisuonitautiriskiä ja ehkäisevät uuden raskauden riskitekijöitä (Kaaja & Vääräsmäki 2019).

Helsingin yliopiston toteuttaman Raskausdiabeteksen ennaltaehkäisy elintavoin (RADIEL) – tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää elintapaohjauksen vaikutuksia raskausdiabeteksen ennaltaehkäisyyn suuressa diabetesriskissä olevien naisten kohdalla. Tutkimuksessa todettiin, että korkeat tyyppin 2 diabeteksen riskipisteet olivat yhteydessä kohonneeseen raskausdiabeteksen ja prediabeteksen riskiin mutta myös tyyppin 2 diabeteksen sairastumisriskiin vuoden kuluttua synnytyksestä. Tutkimuksessa tuli ilmi, että ne naiset, joilla oli merkittävä perinnöllinen riski sairastua tyyppin 2 diabetekseen olivat ainoita, jotka hyötyivät tehostetusta elintapaohjauksesta. (Terveelliset elintavat auttavat...2022.)

Erään systemaattisen katsauksen mukaan elintapainterventio kuitenkin edesauttaa naisia saavuttamaan paremmin painotavoitteensa synnytyksen jälkeen. Samassa yhteydessä todettiin myös elintapaintervention pienentävän riskiä synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Pidemmän aikavälin tutkimuksia elintapainterventioiden hyödyistä tai haitoista raskausdiabeetikoiden kohdalla ei ole saatavilla. (Brown, Alwan, West, Brown, McKinlay, Farrar & Crowther 2017.) Patja (2022d, 154) korostaa, että terveyden edistämiseen liittyvien toimintojen arviointi liittyy tiiviisti vaikutusten, vaikuttavuuden, kattavuuden ja kustannusten arviointiin. Epäsuorakin toiminta voi olla erittäin vaikuttavaa, jos se kohdistuu isoon ihmisryhmään ja sen avulla ehkäistävä haitta on merkityksellinen.

#### **4.4 Raskausdiabeteksen uusiutumisen ehkäisy**

Tiitisen (2022) mukaan raskausdiabetekseen sairastuu uudelleen seuraavissa raskauksissa keskimäärin joka kolmas odottaja. Toisaalta joidenkin lähteiden mukaan raskausdiabeteksen uusiutumisen todennäköisyys on arvioitu korkeammaksi, jopa 40–60 % (Kaaja & Vääräsmäki 2019; Hakkarainen 2022; Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022). Uusiutumisariskiä lisäävät muun muassa

aiempi raskausdiabeteksen lääkehoito, raskautta edeltävä ylipaino sekä merkittävä painonnousu raskauksien välillä (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022).

Terveellisten elämäntapojen noudattaminen vähentää raskausdiabeteksen uusiutumisen riskiä (Tarnanen, Kaaja & Melander 2023). Raskausdiabeteksen uusiutumisen ehkäisyssä keskitytäänkin liikunta- ja ruokailutottumuksiin sekä painonhallintaan (Raskausdiabetes n.d.). Omahoitoon liittyviä voimavaroja tukemalla sekä elintapojen ja omahoidon ohjauksella on suuri merkitys elämänlaadun ja hoitotulosten kannalta. Asiakkaan voimavaroja tukeva, motivoiva sekä moniammatillinen omahoidon ohjaus ja tuki edesauttavat elintapamuutosten onnistumisessa. (Tyypin 2 diabetes: Käypä hoito -suositus 2020).

Sekä Kaaja ja Vääräsmäki (2019) että Raskausdiabeteksen käypä hoito -suositus (2022) korostavat, että seuraavaa raskautta edeltävästi on tärkeä vaikuttaa potilaan elintapoihin. Ylipainolla on merkittävä osuus raskausdiabeteksen uusiutumisen riskissä. Ylipainoisilla naisilla raskausdiabeteksen uusiutumisen riski vähenee 20–28 %, jos he onnistuvat pudottamaan painoa vähintään yhden BMI-yksikön verran ennen uutta raskautta (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022).

Painonhallintaan liittyen Tertti (2019) tuo esille imetyksen merkityksen raskausdiabeteksen uusiutumisen ehkäisyssä. Imetys edesauttaa synnyttäneen naisen painonhallinnassa ja ehkäisee myös sairauden uusiutumista. Imetyksen päätyttyä naista kannustetaan saavuttamaan raskautta edeltävä paino ja tavoittelemaan normaalipainoa. Muutoin imetyksaikana naisia ei suositella pudottamaan painoa tietoisesti (Hyvän hoidon avaimet...n.d.).

Terveydenhuollon ammattilaiset ovat merkittävässä roolissa raskausdiabeteksen seurannan toteutuksessa. Yhtenäisten raskausdiabeteksen seulonta- ja diagnoosikriteereiden, seurannan ja hoidon avulla voidaan ehkäistä raskausdiabeteksen uusiutumista (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022). Yhtenäiset ja selkeät käypä hoito -suositukseen perustuvat ohjeet tukevat terveydenhuollon ammattilaisten työtä raskausdiabeteksen uusiutumisen ehkäisyssä. Äitiysneuvolan terveydenhoitajat ovat merkittävässä roolissa hoidon onnistumisen kannalta. (Mäki ym. 2020.)

Terveydenhuollon tehtävänä on laatia jatkosuunnitelma seurannan ja hoidon toteutuksessa yhdessä raskausdiabetesta sairastaneen naisen kanssa. Tärkeää on järjestää terveyden edistämiseen pohjautuvaa seurantaa sekä ohjausta ja tukea asiakasta elintapahoidon ja -muutosten käytännön

toteutuksessa. Ohjauksessa voidaan hyödyntää sekä yksilö- että ryhmäohjausta. Ohjauksen tulee pohjautua näyttöön perustuvaan tietoon sekä asiakkaan elämäntilanteen ja voimavarojen huomiointiin. (Hyvän hoidon avaimet...n.d.)

Raskausdiabeteksen käypä hoito -suosituksen mukaisesti toteutettu synnytyksen jälkeinen seuranta tukee elintapahoidon onnistumista. Verensokeritason sekä lipidiarvojen seuranta, painon, painoindeksin ja verenpaineen mittaus tuovat asiakkaalle tärkeää tietoa hänen tämänhetkisestä terveydentilastaan. Parhaimmillaan tulokset kannustavat asiakasta tehostamaan elintapahoitoa ja tukevat motivaatiota. Terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävänä on tarjota asiakkaalle elintapahoitoa tukevaa neuvontaa ja ohjausta jokaisen seurantakäynnin yhteydessä.

#### **4.5 Yhteistoiminta-alueen asiakaskyselyn tulokset**

Kehittämistyön yhteistoiminta-alueen äitiysneuvolapalveluiden raskausdiabeteksen vastuutiimin terveydenhoitajat (gdm-terveydenhoitajat) toteuttivat raskausdiabetekseen liittyvän asiakaspalautekyselyn 24.10. - 6.11.2022. Webropol-kyselyn tarkoituksena oli kehittää raskausdiabeteksen seuranta yhteistoiminta-alueella. Kyselyyn vastasi kolmekymmentä yhteistoiminta-alueen asiakasta, jotka olivat sairastaneet tai parhaillaan sairastivat raskausdiabetesta. (Raskausdiabetes asiakaskyselyn tulokset 2022.)

Vastausten perusteella asiakkaat kaipaavat enemmän tietoa raskausdiabeteksestä sekä selkeämpää jatko-ohjeistusta. Asiakkaat toivovat enemmän informaatiota ja ohjausta synnytyksen jälkeisestä seurannasta sekä tukea seurantaan. He kaipaavat selkeitä ja konkreettisia ohjeistuksia sekä tietoa esimerkiksi siitä, kuka seuraa sokerirasituskokeen tulokset. Merkittävä osa vastaajista (71 %) koki, etteivät he saaneet riittävästi tukea ja ohjausta raskausdiabeteksen jatkohoitoon synnytyksen jälkeen. Osa vastaajista koki jääneensä täysin ilman jatko-ohjeistusta ja osa taas koki, että heidät ohjattiin vain käymään glukoosirasituskokeessa. Vastaajista kolme ei ollut kuitenkaan vielä synnyttänyt, eikä heitä siten voitaisi sisällyttää tulosten prosenttiosuuteen. (Mts.)

Asiakkaat pitävät tärkeänä aktiivisempaa verensokerin omaseurantaa sekä laboratoriokokeita. Asiakkaat toivovat aktiivisempaa seuranta synnytyksen jälkeen sekä muistutusta synnytyksen jälkeisestä seurannasta. Vastausten perusteella asiakkaille mieluisin muistutustapa on tekstiviesti. 67 %



vastaajista kertoi osallistuneensa tai aikovansa osallistua ensimmäiseen synnytyksen jälkeiseen glukoosirasituskokeeseen. (Mts.)

Asiakaskyselyn vastaajat toivat ilmi toiveensa viimeistään synnytyksen jälkeen toteutettavaan perusteelliseen ohjaukseen diabeteshoitajan vastaanotolla. Asiakkaat kaipaavat enemmän tietoa sekä konkreettisia ohjeita diabetesriskin pienentämisestä. He kokevat tärkeäksi mahdollisuuden vaikuttaa aktiivisesti omaan terveydentilaansa. Vastaajien mielestä on tärkeää, että terveydenhoitaja korostaa asiakkaalle terveellisten elämäntapojen merkitystä myös loppuelämän näkökulmasta. (Mts.)

Asiakkaat pitivät tärkeänä yhteydenottoa hoitajaan tai hoitajan vastaanottokäyntiä vuoden kuluttua synnytyksestä. Vastaanottokäynnin yhteydessä asiakkaat toivovat voivansa keskustella asioista hoitajan kanssa. Asiakkaat äänestivät raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeiseksi seurantapaikaksi neuvolaa (50 %) tai terveysaseman diabeteshoitajan vastaanottoa (50 %). Jatkoseurannan järjestämisestä puhelinvastaanottona tai pelkkänä laboratoriokeuseurantana kannatti 30 % vastaajista. Jatkoseurannan toteutusta verkkokurssina piti hyvänä vaihtoehtona vain 23 % vastaajista. (Mts.)

## **5 Kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteet**

Kehittämistyön tarkoituksena on luoda yhteistoiminta-alueen äitiysneuvolapalveluihin toimintaohje raskausajan diabeteksen synnytyksen jälkeiseen seurantaan ja ohjaukseen. Toimintaohje luodaan näyttöön perustuvaan tutkimustietoon pohjautuen. Kehittämistyön tavoitteena on yhtenäistää raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeisen seurannan ja ohjauksen käytänteitä sekä tehostaa asiakkaiden ohjausta ja seurantaa. Tavoitteena on myös vähentää raskausdiabeteksen uusiutumista ja myöhempää sairastuvuutta sekä tukea asiakkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä.

Kehittämistyön tutkimuksellinen osuus on ryhmähaastattelu, joka toteutettiin laadullisen tutkimuksen periaatteita noudattaen. Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa yksityiskohtaista ja merkityksellistä tietoa kohteena olevasta ilmiöstä erilaiset näkökulmat huomioiden (Puusa & Juuti 2020, 11, 14). Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeiseen seurantaan ja ohjaukseen liittyvistä käytännöistä. Tutkimuksesta saatua tietoa hyödynnetään kehittämistyön toimintaohjeen laatimisessa.

Tutkimuskysymykset:

- Mitkä asiat koette toimintayksiköissänne hyviksi käytänteiksi raskausdiabeetikkojen seurannassa ja ohjauksessa synnytyksen jälkeen?

- Mitä kehitettävää alueellanne on synnytyksen jälkeisessä raskausdiabeetikkojen seurannassa ja ohjauksessa?

## 6 Kehittämistyön toteutus

Kehittämistyö sisältää sekä tutkimuksellisen osuuden että käytännön terveydenhoitotyön kehittämisen. Kehittämistyön tuloksena muodostuvan toimintaohjeen laatimiseksi haettiin ensin tietoa kohderyhmältä yhteistoiminta-alueen käytännöistä raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeisessä seurannassa ja ohjauksessa. Tiedonkeruu toteutettiin laadullisella eli kvalitatiivisella tutkimusotteella. Tietoa haettiin kohdejoukon ryhmähaastattelun avulla.

Laadullista tutkimusmenetelmää kannattaa hyödyntää silloin, kun halutaan tutkia aihetta, jota ei ole aiemmin juurikaan tutkittu tai aihetta halutaan tutkia eri näkökulmasta kuin aiemmin. Menetelmää voidaan käyttää myös silloin, jos aiheen merkitys on aiemmin jäänyt tunnistamatta. Tutkimuksessa selvitetään kohteena olevan ilmiön laatua ja kerätään syvällistä sekä laaja-alaista tietoa. Laadullinen tutkimus voidaan kohdistaa terveydenhuoltoalalla esimerkiksi tietyn toimintatavan tehostamiseen tai vahvistamiseen. Tutkimuskysymykset laaditaan siten, että ne edustavat tutkimusaihetta määrittelystä näkökulmasta. (Pyo, Lee, Choi, Jang & Ock 2023.) Laadullinen tutkimus koettiin sopivaksi menetelmäksi tiedonhankintaan, koska haluttiin saada tietoa terveydenhoitajien mielipiteistä ja kokemuksista. Raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeisestä seurannan ja ohjauksen toteutuksesta ei ole juurikaan julkaistu tutkimustietoa. Aihe on erittäin tärkeä sekä yksilöiden, yhteisöjen että yhteiskunnan näkökulmasta ja valitettavasti jäänyt merkitykseltään liian vähäiseksi.

Laadullisessa tutkimuksessa korostuu myös tutkijan oma oppimisprosessi. Läpi tutkimusprosessin tutkija kasvattaa tietoisuuttaan kohdeilmiöstä ja siihen liittyvistä asioista. (Kiviniemi 2015, 80.) Kehittämistyöhön haluttiin sisällyttää tutkimuksellinen osio, koska sen avulla koettiin saavutettavan

toimintaohjeen laatimisen kannalta olennaista ja välttämätöntä tietoa. Samalla syvennettiin omaa tietoisuutta kehittämisen kohteena olevasta aiheesta.

Haastatteluaineiston analyysissä keskityttiin aineiston perusteelliseen tarkasteluun, jonka avulla päästiin mahdollisimman tiiviiseen yhteyteen tutkimuksen kohdejoukon toiminnan ja vallitsevien käytäntöjen suhteen. Kehittämistyön tuloksena muodostuneen toimintaohjeen laatimisessa hyödynnettiin haastatteluaineistosta saatua tietoa, kohderyhmän asiantuntijuutta sekä tutkijasta riippumatonta, hiljattain tehdyn asiakaspalautekyselyn aineistoa. Erilaisten aineistojen hyödyntäminen edesauttaa ilmiön ymmärtämistä eri näkökulmista (Lindfors & Katainen 2022, 354–355). Toimintaohje laadittiin haastattelun jälkeen yhteistyössä kohderyhmään kuuluvien gdm-terveydenhoitajien kanssa.

## 6.1 Aiheen valinta

Kansantaudeilla on merkittävä rooli väestön terveydentilaan eli kansanterveyteen. Kansantaudit vaikuttavat kansalaisten työkykyyn, kuormittavat terveydenhuoltoa ja aiheuttavat kuolleisuutta, jonka vuoksi niiden kansantaloudellinen vaikutus on merkittävä. (Yleistietoa kansantaudeista n.d.) Yksi kansantaudeista on diabetes, jonka sairastumisriskiä raskausdiabetes olennaisesti lisää. Kehittämistyön tarkoituksena oli luoda toimintaohje, jota noudattamalla voidaan tehostaa raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeistä seurantaa ja ohjausta. Ohjeen mukaisen toiminnan avulla voidaan vähentää raskausdiabeteksen uusiutumista sekä asiakkaiden sairastumista myöhemmin muun muassa diabetekseen ja metaboliseen oireyhtymään.

Puusan ja Juutin (2020, 12, 181–182) mielestä, laadullisessa tutkimuksessa tutkimusaihe voi perustua tutkijan omiin havaintoihin tai selvitystä kaipaavaan kohteeseen. Tutkijan motivaatio ja henkilökohtaiset näkemykset vaikuttavat usein aihevalintaan. Alkuvaiheessa tutkijalla voi olla aiheeseen liittyvä henkilökohtaiseen tietoon tai kokemukseen pohjautuva esiyymmärrys. Se ohjaa tutkijaa tiedon hankinnassa ja voi vaikuttaa esimerkiksi siihen, millaisia ennakkokäsityksiä hänellä on organisaatioon tai sen toimintaan liittyen.

Kehittämistyön aihe valikoitui toimeksiantajaorganisaation yhteistoiminta-alueella ilmenneistä käytännön terveydenhoitotyön tarpeista. Äitiysneuvolan terveydenhoitajat toivat vuoden 2022

syksyllä tiimikokouksessa esille raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeiseen seurantaan sekä ohjaukseen liittyvät haasteet sekä tarpeen yhtenäisten käytänteiden rakentamisesta. Kehittämistyön tekijän osallistuessa työtehtävänsä puolesta ko. kokoukseen aihe herätti välittömästi mielenkiinnon ja valikoitui kehittämistyön aiheeksi. Aihe koettiin mielenkiintoiseksi, tärkeäksi ja tarpeelliseksi. Lisäksi kehittämistyön tekijän omat kiinnostuksen kohteet painottuivat terveyden edistämiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn liittyviin aihealueisiin. Omakohtainen työkokemus raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeisen seurannan ja ohjauksen toteutuksesta terveydenhoitajan työssä tuki tutkimusaiheen tieto- ja kokemuserustaa.

Puusa ja Juuti (2020, 83, 112) korostavat tutkijan vahvan teoreettisen ymmärryksen merkitystä tutkimuksen kohteesta. Tutkija syventää tietämystään aiheeseen liittyen tutustumalla aikaisempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen. Kehittämisaiheeseen liittyvää tietoa haettiin aikaisemmista tutkimuksista ja kirjallisuudesta. Suomessa raskausdiabetekseen liittyviä tutkimuksia on julkaistu vähän. Diabetesliitto on julkaissut vuonna 2019 Raskausdiabetesselvityksen (Koski & Koivusilta 2019), joka tuo esille tietoa raskausdiabeteksen hoidon toteutumisesta sekä raskausaikana että sen päätyttyä. Muutoin raskausdiabetekseen liittyvää kirjallisuutta ja ohjausmateriaalia on runsaasti saatavilla ja lisäksi valtakunnallinen aiheeseen pohjautuva käypä hoito -suositus. Kansainvälisiä tutkimuksia raskausdiabetekseen liittyen on tehty paljonkin, mutta raskauden jälkeisestä seurannasta tutkimustietoa on vähemmän.

Aiheen tarkka ja selkeä rajaus mahdollistaa syvällisen käsityksen muodostamisen tutkimuksen kohteena olevasta aiheesta (Puusa & Juuti 2020, 12). Kehittämistyön aihe rajattiin käsittelemään synnytyksen jälkeistä raskausdiabeteksen seuranta ja ohjausta selkeän kehittämistarpeen ja aiheen merkityksellisyuden vuoksi. Yhteistoiminta-alueen äitiysneuvolapalveluihin ei ole laadittu ohjetta yhtenäisistä toimintatavoista synnytyksen jälkeiseen seurantaan liittyen. Ohjeiden puuttuminen on aiheuttanut haasteita terveydenhoitajien työhön. Tämän takia synnytyksen jälkeisen seurannan käytännöt ovat vaihdelleet alueittain, eivätkä asiakkaat ole saaneet yhteistoiminta-alueella tasalaatua palvelua.

Laadukkaat terveydenhuollon palvelut taataan näyttöön perustuvalla käytäntöjen yhtenäistämällä (Miten yhtenäisillä käytännöillä...2017). Kehitettäessä terveydenhuollon yhtenäisiä käytän-

töjä taustalla on tutkimusnäyttöön pohjautuvan toiminnan tavoittelu. Näyttöön perustuva toiminta tarjoaa laadukkaat sekä vaikuttavat, asuinpaikasta riippumattomat terveydenhuollon palvelut, joiden avulla on mahdollista edistää asiakkaiden terveyttä. (Mattila, Kaakinen, Vesterinen, Kääriäinen, Elo, Autio & Holopainen 2021, 3.) Näyttöön perustuvien menetelmien jalkauttaminen käytäntöön eli implementointi mahdollistaa terveydenhoitotyön laadun ja vaikuttavuuden (Lindholm & Laitila 2022, 881).

Toimintaohjeen laatiminen koettiin tärkeäksi sekä terveydenhuollon että asiakkaiden näkökulmasta. Terveydenhoitotyön ammattilaisen tukema raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeinen seuranta ja ohjaus on tärkeää muun muassa asiakkaiden terveellisten elintapojen sekä omahoidon tukemisen näkökulmasta. Terveydenhuollon palveluja tulee kehittää yhä asiakaslähtöisimmiksi ja turvata saumaton hoidon jatkuvuus eri toimintayksiköiden välillä. Koskaan ei voi liikaa korostaa ennaltaehkäisevän työn merkitystä ja siihen kannattaa kohdistaa yhä enemmän resursseja kaikilla terveydenhuollon palvelualueilla.

## **6.2 Kehittämistyön aikataulu**

Kehittämistyö käynnistyi aiheen valinnalla lokakuussa vuonna 2022. Aihe-ehdotuksen hyväksynnän jälkeen perehdyttiin perusteellisesti aiheeseen liittyvään aiempaan tutkimustietoon ja kirjallisuuteen. Tietoa hankittiin sekä valtakunnallisista että kansainvälisistä lähteistä. Lisäksi tehtiin tiedonhaku erilaisista tutkimusmenetelmistä ja valittiin kehittämistyön aiheeseen sopiva menetelmä. Näiden tietojen pohjalta laadittiin kehittämistyön suunnitelma, joka lähetettiin hyväksynnän jälkeen toimeksiantajan nähtäväksi. Pian tämän jälkeen laadittiin kehittämistyön toimeksiantosopimus yhteistoiminta-alueen kanssa.

Kehittämistyön kohderyhmäksi ehdotettiin toimeksiantajaorganisaation toimesta yhteistoiminta-alueen gdm-terveydenhoitajia. Kohderyhmään otettiin pian yhteyttä kehittämistyötä varten perustetun Teams-ryhmän välityksellä. Eskola, Lätti ja Vastamäki (2018, 46) toteavatkin, että suora yhteydenotto kohderyhmään on koettu tehokkaaksi. Kehittämistyöhön osallistujilta pyydettiin lupa osallistumiskutsun jakamiseen sähköpostiviestillä. Luvan saamisen jälkeen osallistumiskutsu (Ks. liite 1) lähetettiin kaikille viidelle kohderyhmän jäsenelle sähköpostitse. Ensimmäisen tapaamiskerran aikataulu sovittiin yhdessä Teams-ryhmän keskustelualueella. Suunnitelman mukaan haastat-

telut oli tarkoitus toteuttaa kahden eri Teams-tapaamiskerran aikana ja kolmas Teams-tapaamiskerta varattiin toimintaohjeen suunnittelua varten. Kehittämistyön kohderyhmä haluttiin osallistaa haastattelujen jälkeen myös toimintaohjeen suunnitteluun. Tapaamiset suunniteltiin toteutettavaksi noin kuukauden välein ja aikaa tapaamiskertaa kohden varattiin yhdeksänkymmentä minuuttia. Osallistujilla oli lupa käyttää haastatteluihin ja tapaamisiin työaika.

Ennen ensimmäistä haastattelua laadittiin kehittämistyön tarkoitusta ja tavoitteita vastaavat teemat. Haastattelukysymykset (Ks. liite 2) pohjautuivat teemoihin sekä tutkimuskysymyksiin. Ne laadittiin harkitusti ja huolellisuutta noudattaen. Kysymykset täsmennettiin vastaamaan kehittämistyön aihetta. Huomiota kiinnitettiin kysymysten mahdollisimman selkeään ja ymmärrettävään aseteluun. Kysymyksiä selkeytettiin siten, ettei saman kysymyksen sisällä kysytty kuin yhtä asiaa kerrallaan. Kysymysten toivottiin johdattelevan myös avoimeen keskusteluun. Haastattelukysymykset esitettiin hoitajakollegalla ja ne todettiin selkeiksi ja sopiviksi tavoitellun aineiston näkökulmasta. Tarvetta kysymysten muuttamiseen ei todettu.

Ensimmäinen haastattelukerta toteutettiin sovitusti Teams-tapaamisena joulukuussa 2022. Haastattelussa käytiin läpi sovitut teemat ja kysymykset hyvin kattavasti. Haastattelun aikana kohderyhmän aktiivinen keskustelu laajeni toiselle haastattelukerralle suunniteltuihin teemoihin. Koska aikataulu mahdollisti teemojen käsittelyn ja keskustelu eteni luontevasti sekä joustavasti ajateltua laajemmaksi, tehtiin päätös haastattelukertojen teemojen yhdistämisestä ensimmäiseen haastattelukertaan. Puusa ja Juuti (2020, 12, 104) toteavatkin, että haastattelu on hyvin joustava aineiston hankintamenetelmä. Lisäksi joustava tutkimusasetelma mahdollistaa aiemmin tehtyjen valintojen uudelleen käsittelyn ja tarpeen mukaan muuttamisen. Tapaamisen lopuksi sovittiin kaikille osallistujille sopivat ajankohdat kahteen seuraavaan tapaamiskertaan ja laadittiin Teams-kutsut.

Heti haastattelun jälkeen haastatteluaineiston tallenne kuunneltiin useita kertoja läpi, litteroitiin ja muutettiin kirjalliseen muotoon. Aineisto analysoitiin kirjallisen aineiston sekä haastattelun aikana tehtyjen kirjallisten muistiinpanojen ja havaintojen perusteella. Sisällön analyysin perusteella rakennettu teemoittelu kokosi aineiston kattavaksi kokonaisuudeksi. Tässä vaiheessa varmistettiin, että haastattelusta saatu aineisto vastasi tutkimuskysymyksiin, eikä tutkimuksen kannalta tarpeellista lisätietoa koettu enää saatavan uudella haastattelukerralla.

Toisen tapaamiskerran sisällön muutoksesta tiedotettiin haastatteluun osallistujia Teams-ryhmän keskusteluosiossa ennakkoon ennen sovittua tapaamista. Toiseen tapaamiseen tammikuussa vuonna 2023 osallistui kehittämistyön tekijän lisäksi kaikki viisi osallistujaa. Puusa ja Juuti (2020, 183–184) ohjaavat, että tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä varmistamalla haastattelujen aikana sekä jälkikäteen, että tutkija ja tutkittavat ovat ymmärtäneet ja tulkinneet keskusteluissa esille tulleet asiat samalla tavalla. Tammikuun tapaamiskerralla esiteltiin sekä suullisesti että Powerpoint-esityksen avulla tutkimuksen tulokset ja varmistettiin tehtyjen tulkintojen paikkansapitävyys. Tulkinnat todettiin oikeiksi ja osaa tulkinnoista täsmennettiin. Tulkintoja ei ollut tarpeen tarkastella uudelleen. Tapaamisessa käsiteltiin myös kooste marraskuussa vuonna 2022 yhteistoiminta-alueella toteutetun raskausdiabetekseen liittyvän asiakaspalautekyselyn tuloksista. Tulokset olivat hyvin samansuuntaiset terveydenhoitajien haastattelutuloksiin nähden. Asiakaspalautekyselyn tulokset huomioitiin toimintaohjeen laadinnassa.

Tammikuun tapaamisen jälkeen laadittiin toimintaohjeen luonnos haastattelussa ja toisella tapaamiskerralla esiin tulleisiin asioihin pohjautuen. Toimintaohjeen muodollista tyyliä mallinnettiin yhteistoiminta-alueen Intrassa aiemmin julkaistuista toimintaohjeista. Kolmannella tapaamiskerralla helmikuussa vuonna 2023 kohderyhmän terveydenhoitajille esiteltiin toimintaohjeen luonnos. Terveydenhoitajien esittämät muutostoiveet ja kommentit kirjattiin muistiinpanoihin ja tarvittavat muutokset toimintaohjeeseen tehtiin heti tapaamiskerran jälkeen. Kehittämistyönä muodostuneen toimintaohjeen laatimiseen haluttiin ehdottomasti osallistaa käytännön terveydenhoitotyön ammattilaiset mahdollisimman onnistuneen lopputuloksen saavuttamiseksi. Kehittämistyön tuloksena laadittu toimintaohje valmistui maaliskuussa vuonna 2023.

### **6.3 Kehittämistyöhön kohderyhmä**

Tutkimuskohteena ihmisten kokemusten kautta syntyneet käsitykset ja tulkinnat ovat arvokkaita. Tutkimuksessa kunnioitetaan ihmisiä tiedon lähteinä. Puusa ja Juuti (2020, 9, 37) korostavat, että laadullisessa tutkimuksessa on tarkoituksena ymmärtää tutkimukseen kuuluvaa ilmiötä tutkimuksen kohteena olevien ihmisten näkökulmasta. Tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena ovat ihmisten kokemukset, ajatukset, tunteet sekä tutkimuskohteen merkitys tutkittaville.

Tiedon lähteenä hyödynnetään ihmisiä heidän luonnollisissa ympäristöissään toimiessaan (Puusa & Juuti 2020, 11, 85). Laadullisen tutkimuksen kohdejoukko koostuu usein harkinnan mukaan valitusta pienestä joukosta ihmisiä. Kohdejoukon valinta tehdään tutkimusaiheen perusteella (Vilkkä 2015, 135). Tutkimuksen laatua parantaa tutkijan kyky muodostaa hyvä tutkimusasetelma sekä valita asianmukainen kohdejoukko. On tärkeää, että kohderyhmään valituilla on mahdollisimman paljon tietoa tai kokemuksia tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä tai joiden osallistuminen on muutoin merkityksellistä tutkimuksen tarkoituksen näkökulmasta. Tällöin kyseessä on harkinnanvarainen ja tarkoituksenmukainen otos. (Puusa & Juuti 2020, 106, 181). Myös Pyö ja muut (2023) ohjaavat etsimään kohderyhmän, joka kykenee parhaiten kuvaamaan tutkimusaihetta. Osallistujien valitseminen tapahtuu tarkoituksenmukaisen otannan avulla.

Kehittämistyön kohderyhmänä olivat toimeksiantajaorganisaation viisi gdm-terveydenhoitajaa, jotka työskentelevät yhteistoiminta-alueen äitiysneuvoloissa. Heidät on nimetty yhteistoiminta-alueen neuvolapalveluiden raskausdiabeteksen vastuutiimiin. Kohderyhmä valikoitui yhteistoiminta-alueen neuvolapalveluiden ylihoitajan suosituksesta tutkimusaiheeseen liittyvän asiantuntijuuden ja työkokemuksen perusteella. Terveystoimittajat työskentelevät yhteistoiminta-alueen eri yksiköissä ja eri paikkakunnilla. Vastuuhenkilöinä he omaavat tietoa raskausdiabeteksen hoitoon ja seurantaan liittyvistä käytänteistä oman työyksikkönsä lisäksi koko yhteistoiminta-alueen osalta.

Tutkittavien määrän arvioinnissa korostuu riittävä tiedonsaanti eikä lukumäärällä ole suurta merkitystä (Vilkkä 2015, 129). Puusa ja Juuti (2020) täsmentävät, että kohdejoukon suuruus on verrannollinen tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteiden kanssa. Laadullisen tutkimuksen keskittyessä yksittäistapauksiin tutkija, tutkimuskohde ja -aineisto ovat tiiviissä yhteydessä. Tällöin tutkimus tuottaa tulkinnan kohdeilmiöstä tutkittavien kokemusten pohjalta. (Puusa & Juuti 2020, 76, 84–85.) Lindfors ja Katainen (2022, 356) tuovat esille kritiikin laadullisen tutkimuksen pienestä kohdejoukosta. Laadullista tutkimusta on arvosteltu pieneen tutkimuksen kohdejoukkoon liittyvästä tulkintojen vinoutumisesta. Laadullisessa tutkimuksessa tarkoituksena ei kuitenkaan ole yleistää tuloksia, vaan tulokset koostuvat erilaisista kuvauksista, jotka ovat muodostuneet perusteellisen paneutumisen seurauksena rajattuun aineistoon.



Kohderyhmä koettiin sopivan suuruiseksi sekä parhaaksi valinnaksi tutkimusaiheen näkökulmasta. Terveystenhoitajilla on arvokasta kokemusta raskausdiabeteksen seulonnasta, hoidosta, seurannasta ja ohjauksesta sekä lapsen odotusaikana että sen jälkeen. Heillä on osaamista myös yleisesti äitiysneuvolatyöstä, jolloin heiltä saatu tieto haastattelututkimuksessa sekä tuki toimintaohjeen laatimisessa oli todella merkityksellistä. Jo kehittämistyötä suunniteltaessa koettiin, että kohderyhmän valinta on onnistunut ja jäseniltä saadaan tavoitteisiin sekä tarkoitukseen nähden riittävästi tietoa.

Teams-ryhmän keskustelualueella kehittämistyö ja sen tekijä esiteltiin aluksi osallistujille ja pyydettiin lupa lähettää tutkimukseen liittyvä ryhmähaastattelukutsu ja lisätiedot osallistujille sähköpostitse. Luvan antaneille kaikille viidelle osallistujalle lähetettiin kutsu tutkimukseen sekä kehittämistyöhön osallistumiseksi sähköpostiviestillä 8.12.2022. Teams-ryhmässä päätettiin ensimmäisen tapaamisen ajankohta joulukuulle 2022.

Puusa ja Juuti (2020, 198) pitävät tärkeänä, että tutkittava saa riittävästi tietoa tutkimuksesta, tavoitteista ja käytännön toteutuksesta sekä tulosten mahdollisista vaikutuksista. Tutkittavien kysymyksiin vastataan ja tutkittavalle annetaan riittävä harkinta-aika tutkimukseen liittyvän osallistumispäätöksen tekemiseen. Sähköpostitse lähetetyssä kutsukirjeessä kerrottiin kehittämistyön tarkoituksesta ja tavoitteista. Lisäksi osallistujia informoitiin Teams-sovelluksen avulla toteutetuista ryhmähaastatteluista, tapaamisten ajankohdista ja sisällöistä. Heitä tiedotettiin myös osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä mahdollisuudesta osallistumisen keskeyttämiseen missä kehittämistyön vaiheessa tahansa. Kutsun lähettämisen ajankohdasta laskettuna osallistujille jäi harkinta-aikaa osallistumispäätöksen tekemiseen kolmetoista vuorokautta ja se koettiin riittäväksi. Osallistujille kerrottiin myös henkilötietojen ja käsiteltävien asioiden salassapidosta sekä kehittämistyöhön liittyvien asiakirjojen asianmukaisesta tuhoamisesta.

Kutsukirjeessä osallistujia tiedotettiin siitä, että osallistumalla tapaamiskerroille osallistujat antoivat suostumuksensa sekä tutkimukseen osallistumiseen että tapaamiskertojen tallentamiseen. Tallenteen käyttötarkoitus oli aineiston litterointi myöhemmin tapaamisen jälkeen. Tapaamisten aikana laadittiin lisäksi kirjallisia muistiinpanoja. Puusa ja Juuti (2020, 103, 111) kokevat välttämättömäksi haastatteluiden tallennusta luotettavien johtopäätösten laatimiseksi puhutusta aineistosta. Tallentamisen lisäksi kehittämistyön tekijän on mahdollista tehdä muistiinpanoja.

Kohderyhmän taustatietojen kartoittaminen edesauttaa tutkijaa ymmärtämään tutkittavan lähtökohtia ja näkökulmaa, johon peilaten tutkittava tuo asioita esille. Tutkimuksen aineistoon nähden on merkityksellistä, millaisia kokemuksia ja käsityksiä tutkittavalla liittyy kohteena olevaan aiheeseen. Haastattelun aluksi tutkija voi pyytää haastateltavilta taustatietoja, kuten koulutus- ja työhistoriaa sekä aiheeseen liittyvää asiantuntemusta. (Vilkkä 2015, 131–132.) Haastattelun aluksi haastateltavia pyydettiin esittelemään itsensä ja kertomaan oman asiantuntemuksensa raskausdiabetekseen liittyen. Tämä taustatieto auttoi ymmärtämään paremmin haastateltavien lähtökohtia ja edisti syvällisemmän aineiston tavoittelua.

#### **6.4 Haastattelu aineistonhankintakeinona**

Aineiston hankinta on määrätietoista toimintaa, joka pohjautuu tutkimuksen tavoitteisiin. Aineiston hankintamenetelmää valitessa kiinnitetään huomiota sen sovellettavuuteen tutkimuksen tavoitteisiin ja tutkimuskysymyksiin nähden. Ihmisten näkökulmia tutkittaessa yleisimmin käytettyjä aineiston hankintamenetelmiä laadullisessa tutkimuksessa ovat erityyppiset haastattelumenetelmät. Haastattelulla tarkoitetaan tavoitteeseen suuntautuvaa keskustelua, joka on toteutettu tutkijan aloitteesta ja hänen johdattelemanaan. Haastattelu perustuu tietoisuuden ja ajattelun sisältöihin. Aineiston hankinnassa pyritään saavuttamaan mahdollisimman paljon tietoa ja monipuolinen käsitys tutkimuksen kohteena olevasta asiasta. Tutkijan yhteys tutkimusympäristöön voi osoittautua eduksi esimerkiksi haastattelujen suunnittelussa ja toteutuksessa (Puusa & Juuti 2020, 85, 101, 103–104, 107, 181–182).

Laadullinen tutkimus suosittaa hyödyntämään useita erilaisia tietolähteitä ja tiedon hankintamenetelmiä, jonka myötä myös tutkijan vaikutus tutkimusaineistoon minimoidaan. Tutkimusmenetelminä voidaan hyödyntää esimerkiksi haastattelua, havainnointia, dokumentoitua aineistoa tai kuva-aineistoa. Haastattelu on yleisimmin käytetty tutkimusmenetelmä, joka keskittyy tietyn tiedon hankintaan viestinnän avulla. Haastattelun avulla saadun aineiston laatu voi vaihdella huomattavasti riippuen tutkijan taidoista, tiedoista sekä kiinnostuksesta tutkimusaihetta kohtaan. (Pyö ym. 2023.)

Kehittämistyöhön liittyvä tiedonhankinta toteutettiin haastattelun avulla, koska tarkoituksena oli selvittää kohderyhmään kuuluvien terveydenhoitajien näkökulmia, kokemuksia ja mielipiteitä raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeisen seurannan ja ohjauksen käytännöistä. Haastattelun avulla oli mahdollista saada syvällisempää tietoa kohteena olevasta asiasta haastateltavien kokemusten

kautta. Aiemmat kokemukset laadullisesta tutkimuksesta sekä haastatteluiden toteuttamisesta tukevat menetelmän valintaa. Haastatteluaineistoa hyödynnettiin kehittämistyönä laaditussa toimintaohjeessa. Haastattelujen toteutus tutussa organisaatiossa edesauttoi haastattelujen suunnittelua ja toteutusta.

Haastattelussa tutkija hakee syvällistä tietoa tutkimusaiheesta ja joustava tutkimustapa mahdollistaa myös keskustelun tutkittavan kanssa (Tuomi & Sarajärvi 2002, 85). Haastattelussa aineiston hankintaa voidaan säädellä joustavasti tilanne ja tutkittavat huomioiden. Kohdehenkilöistä muodostuu aktiivisia osallistujia sekä merkityksen antajia. Haastattelun avulla pyritään saavuttamaan tutkimukselle asetetut tavoitteet sekä saamaan mahdollisimman ajantasaista ja luotettavaa tietoa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 205, 207–208.)

Kehittämistyöhön liittyvän yhteydenpidon mahdollistamiseksi luotiin Teams-ryhmä jokaisen osallistujan henkilökohtaisella suostumuksella vuoden 2022 joulukuun alussa. Ryhmän perustamisen mahdollisuuksia kartoitettiin kehittämistyön tekijän työyksikköön kuuluvan kollegan avulla, joka kuului myös kohderyhmään. Hän kysyi muiden gdm-terveydenhoitajien suostumuksen ryhmän perustamiselle. Teams-ryhmään liittyivät kaikki viisi gdm-terveydenhoitajaa sekä kehittämistyöntekijä. Sovittiin, että Teams-ryhmä poistetaan heti kehittämistyön valmistumisen jälkeen.

Haastatteluja voidaan tehdä yksilöille, ryhmille tai pareille ja ne voidaan toteuttaa esimerkiksi kasvokkain, puhelinhaastatteluina tai sähköisten menetelmien avulla. Haastattelu on koettu hyväksi menetelmäksi silloin, kun tavoitellaan tietoa ihmisten luomista merkityksistä ja tulkinnoista asioille. Se tuo esille myös ihmisten yksilölliset kokemukset. Haastattelun myötä tutkittavat välttyvät lomakkeiden täyttämiseltä, eivätkä esimerkiksi fyysiset rajoitteet ole esteenä osallistumiselle. (Puusa & Juuti 2020, 101, 104, 111–112.)

Haastattelut päätettiin toteuttaa ryhmähaastatteluna, koska kohderyhmän jäsenet toimivat eri paikkakunnilla ja yksilöhaastatteluiden toteuttaminen olisi vaatinut kehittämistyön tekijältä enemmän muun muassa taloudellisia ja ajallisia resursseja. Ryhmähaastattelut toteutettiin nykyaikaisen digitaalisen menetelmän, Teams-sovelluksen välityksellä. Menetelmä valittiin sen käyttökelpoisuuden vuoksi ja lisäksi ko. sovellus on yhteistoiminta-alueen toiminnassa aktiivisessa käytössä. Kaikilla osallistujilla oli aikaisempaa kokemusta sovelluksen käytöstä. Myös kehittämistyön tekijällä oli

aikaisempaa kokemusta Teams-sovelluksen käytöstä sekä työtehtävien että haastattelutilanteiden osalta. Osallistujien yhteystiedot saatiin Teams-sovellukseen aiemmin luodusta ryhmästä ja kutsutapaamisiin luotiin sovelluksen kalenterin avulla. Tapaamisiin ei osallistunut kohderyhmän ulkopuolisia henkilöitä.

Haastattelu edellyttää tutkijalta valmistautumista. Haastattelun kulkua tulee pohtia ennakkoon eri näkökulmista sekä huomioida, että kysymysten asettelulla ja tutkijan olemuksella voi olla vaikutusta tutkimusaineiston sisältöön. Koehaastattelua suositellaan tehtäväksi ennen aineiston keräämistä, jos tutkittavalla ei ole haastatteluista aiempaa kokemusta. (Puusa & Juuti 2020, 107.) Haastatteluun valmistautumiseen varattiin paljon aikaa ja valmistelut toteutettiin huolellisesti.

Haastattelukerralla käytettävät menetelmät varmistettiin toimiviksi muun muassa haastattelun tallentamiseen liittyviin ohjeisiin perehtymällä ja harjoittelemalla tallentamista ennakkoon. Kehittämistyön tekijällä oli aikaisempaa kokemusta haastattelusta tutkimusmenetelmänä, eikä koehaastattelua koettu kehittämistyössä tarpeelliseksi.

Luottamus on tärkeä osa haastatteluja. Tutkijan tehtävänä on luoda luottamuksellinen ja avoin ilmapiiri sekä motivoida haastateltavia osallistumaan haastattelutilanteeseen. Aineistonhankinnassa korostuu vuorovaikutus tutkimuksen kohdejoukon kanssa. Vuorovaikutteisessa keskustelussa osapuolilla on vaikutusta myös toisiinsa. (Puusa & Juuti 2020, 101, 103, 108.) Haastattelun etuna on usein tutkittavien hyvä tavoitettavuus ja aktiivinen osallistuminen tutkimukseen. Henkilökohtainen kontakti haastateltaviin lisää yleensä haastatteluun osallistumista. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 86.) Vuorovaikutusta tiivistämällä on mahdollista tavoittaa syvällisempi aineisto (Pyö ym. 2023).

Ennen haastatteluja luodun Teams-ryhmän avulla osallistujiin saatiin luotua yhteys heti kehittämistyön alkuvaiheessa. Kehittämistyön tekijän esittäytyminen ja yhteydenpito osallistujiin ensimmäisen tapaamisen sopimiseksi loi perustaa molemminpuoliselle vuorovaikutussuhteelle. Tutkimukseen osallistujat olivat alusta alkaen aktiivisesti mukana sekä haastattelussa että kehittämistyössä. Yhdessä hyvissä ajoin sovitut tapaamiskerrat mahdollistivat kohderyhmään kuuluvien terveydenhoitajien osallistumisen haastatteluun sovitusti työpäivien aikana.

Joulukuussa 2021 toteutettuun ryhmähaastatteluun osallistui täysipainoisesti neljä henkilöä, lisäksi yksi henkilö osallistui haastatteluun osittain. Aikaa haastattelulle varattiin yhdeksänkymmentä minuuttia, mutta haastattelun kesto oli noin 60 minuuttia. Ennen haastattelun aloitusta osallistujia muistutettiin vielä suullisesti osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä keskeyttämisen mahdollisuudesta. Osallistujia tiedotettiin vielä haastattelun tallentamisesta sekä haastattelutallenteen ja kirjallisten muistiinpanojen asianmukaisesta säilytyksestä, käytöstä ja tuhoamisesta heti kehittämistyön valmistumisen jälkeen. Puusa ja Juuti (2020, 198) muistuttavatkin, että haastattelujen nauhoittamisesta tulee tiedottaa aina haastattelun alussa. Myös haastattelutallenteiden ja kirjallisten muistiinpanojen säilyttäminen ja hävittäminen tulee kertoa tutkimukseen osallistujille.

Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2009, 206) tuovat esille myös haastatteluun liittyviä ongelmakohtia. Haastattelussa voi ilmetä tutkijaan, tutkittavaan tai tutkimustilanteeseen liittyviä virhelähteitä. Tällainen virhelähde voi olla esimerkiksi tutkittavan pelokas suhtautuminen haastattelutilanteeseen tai tutkittavan taipumus vastata haastattelukysymyksiin sosiaalisesti hyväksyttävällä tavalla. Pyö ja muut (2023) tuovat esille, että haasteeksi voi muodostua osallistujien kokemus ulkopuolisuudesta tai halu jättää kertomatta omat näkökulmansa asioihin. Tämän välttämiseksi haastatteluissa tulee huomioida myös osallistujien tasapuolisen osallistumisen mahdollisuudet.

Haastattelutilanteessa vuorovaikutus oli alusta alkaen hyvin luonnollista ja avointa kaikkien ryhmän jäsenten välillä. Gdm-terveydenhoitajien aiempi keskinäinen tuttavuus edisti vuorovaikutusta myös tutkimustilanteessa ja muissa tapaamisissa. Tutkimukseen osallistujat olivat motivoituneita kehittämistyöhön ja osallistuivat haastatteluun aktiivisesti. Haastattelussa vallitsi luottamuksellinen ilmapiiri ja osallistujat toivat asioita esille avoimesti. Haastattelun kulku ja teemat kerrottiin osallistujille suullisesti tapaamisen alussa. Lisäksi tapaamista varten laadittiin tapaamisen sisältöön liittyvä Powerpoint-esitys. Haastattelukysymykset esitettiin osallistujille yksi kerrallaan ja heille annettiin aikaa vastaamiseen sekä avoimeen, aiheeseen liittyvään keskusteluun. Osallistujien vastauksia tarkennettiin tarpeen mukaan.

Etäyhteydellä toteutetun haastattelun ajan jokaisella osallistujalla oli käytössään web-kamera, jonka avulla osallistujien ilmeiden ja eleiden havainnointi mahdollistui. Puusa ja Juuti (2020, 107) tuovatkin esille, että haastattelun aikana tutkijalla on mahdollisuus huomioida myös sanatonta

viestintää kuten ilmeitä, eleitä ja taukoja, jotka voivat antaa viitteitä erityistä huomiota tai lisäselvitystä vaativista asioista.

Haastatteluiden tallentaminen ei kehittämistyön tekijän mielestä vaikuttanut osallistujien käyttäytymiseen, aktiivisuuteen tai vastauksiin. Korona-epidemian aikana terveydenhuollon työntekijät siirtyivät osittain etätyöhön ja lähikokoukset muuttuivat etäkokouksiksi. Työntekijöillä oli kokemusta etäyhteyden välityksellä tapahtuvasta vuorovaikutuksesta sekä Teams-sovelluksen kautta toteutuneiden tapaamisten ja koulutusten tallentamisesta.

#### **6.4.1 Teemahaastattelu**

Teemahaastattelu on yksi tutkimushaastattelun lajeista (Vilkkä 2015, 124). Teemahaastattelu mahdollistaa yksilön kokemusten, uskomusten ja ajatuksien tutkimisen. Siinä korostuvat ihmisten yksilölliset tulkinat ja merkitykset mutta myös yhteisen merkitysten luominen vuorovaikutuksessa toisten kanssa. (Puusa & Juuti 2020, 111–112.) Kehittämistyössä hyödynnettiin teemahaastattelua, koska tavoitteena oli saada tietoa raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeisen seurannan ja ohjauksen hyväksi koetuista käytänteistä sekä mahdollisista kehittämisen kohteista. Haastattelun teemat muodostettiin tutkimuskysymysten ja kehittämistyön tavoitteiden pohjalta.

Teemahaastattelu etenee ennakkoon laadittujen teemojen ja tarkentavien kysymysten avulla (Puusa & Juuti 2020, 112; Tuomi & Sarajärvi 2002, 87). Haastatteluja edeltävästi tutkija on laatinut haastattelujen lähtökohdat, joiden avulla hän ohjaa haastattelun kulkua. Teemojen suunnittelu on tutkimuksen tärkeä osa-alue. Haastatteluteemojen runko muodostuu teoretiedon ja tutkijan esiymmärryksen yhdistelmästä. Onnistuneen lopputuloksen saavuttamiseksi vaaditaan tutkijan riittävää ymmärrystä tutkittavasta aiheesta ja siihen vaikuttavien asioiden kokonaisuudesta. Teemat määrittelevät pienempiä osa-alueita, joiden sisällöistä ja merkityksistä tutkija saa lisätietoa haastattelemalla osallistujia. Ne myös ohjaavat keskustelua tutkimuksen kannalta tärkeisiin asioihin ja edesauttavat mahdollisimman runsaan aineiston saamista. (Puusa & Juuti 2020, 112–113.)

Aineiston keruu toteutettiin teemahaastattelun avulla. Käsiteltävät teemat ja kysymykset oli määriteltä huolellisesti ennakkoon ja ne jäsensivät haastattelun kulkua. Sekä haastattelurunkoon kuuluvat teemat että tutkimuskysymysten sisältö pohjautuivat tutkimuksen tavoitteisiin. Kysymykset muodostettiin yksinkertaisiksi ja selkeiksi. Haastattelun aikana osallistujille esitettiin tarkentavia

kysymyksiä ja varmistettiin vastauksista tehtyjä tulkintoja. Puusa ja Juuti (2020, 106–107) korostavat, että haastattelun kysymykset tulee laatia siten, että tutkittava ymmärtää oman osaamisensa ja kokemuksensa kautta. Tiedonkeruussa joustavuus mahdollistaa tiedonhankinnan suuntaamisen tutkimuskysymyksen näkökulmasta oikeaan suuntaan.

Osa tutkijoista korostaa haastattelun aihealueiden tai haastattelukysymysten luovuttamista haastateltaville ennakoon (Puusa & Juuti 2020, 107; Tuomi & Sarajärvi 2002, 85). Toisaalta taas ennakoon annettu tieto voi vaikuttaa tutkittavien ajatuksiin ja vastauksiin epätoivotulla tavalla, jolloin myös haastatteluaineiston sisältö voi suuntautua tai rajautua ei-toivotusti (Puusa & Juuti 2020, 107). Tärkeää on joka tapauksessa kertoa tutkittaville haastattelun aihe ennakoon (Tuomi & Sarajärvi 2002, 86). Kehittämistyössä ei koettu tarpeelliseksi toimittaa haastattelukysymyksiä haastatteluun osallistuville ennakoon, vaan suhtauduttiin luottavaisesti siihen, että yksinkertaisten ja selkeiden haastattelukysymysten avulla saavutetaan kehittämistyön kannalta riittävä tietomäärä haastattelutilanteessa. Lisäksi ajateltiin, että haastattelutilanteesta tulee luonnollinen, avoin ja joustava, jos osallistujat eivät valmistele vastauksia tutkimuskysymyksiin ennakoon. Ennakoon luovutetut kysymykset voivat myös vähentää osallistujien aktiivisuutta haastattelutilanteessa. Haastattelun aihe kerrottiin tutkimukseen osallistujille sekä Teams-ryhmän ensikontaktissa että sähköpostitse lähetetyssä kutsukirjeessä. Lisäksi siitä kerrottiin osallistujille vielä ennen haastattelun alkua.

Haastattelu ei välttämättä etene ennakoon määritellyn järjestyksen mukaisesti (Kuula 2015, 128). Haastattelussa ei edetty järjestelmällisesti vaan käsiteltävien teemojen järjestys ja laajuus rakentui haastattelun edetessä. Haastateltaville luotiin mahdollisuus tuoda asioita esille myös vapaasti haastattelun aikana. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija toimii keskustelun ohjaajana ja asettaa kysymyksiä, mutta ei rajoita keskustelua liikaa. Teemahaastattelu on hyvin joustava ja vapaamuotoinen tutkimusmenetelmä, jossa tutkija kannustaa haastateltavia keskustelemaan aiheesta myös vapaasti. (Puusa & Juuti 2020, 112.)

Teemahaastattelun aikana kysymykset esitetään kaikille osallistujille, vaikka haastattelun eteneminen muuttuisi suunnitellusta käsittelyjärjestyksestä ennakoimattomasti. Haastattelun lähtökohdista ovat ennakoon määritellyt teemat, mutta useimmiten haastattelu etenee hyvin joustavasti ja muistuttaa enemmän vapaata keskustelua, kuin tarkkaa haastattelurakennetta. (Kuula 2015,

129.) Puusa ja Juuti (2020, 83) pitävät tärkeänä, että haastateltaville mahdollistetaan tilaisuus kertoa tutkittavasta aiheesta omin sanoin. Tutkittavan rooli korostuu kuuntelussa, tarkentavien kysymysten esittämisessä tai selityksen pyytämisessä. Toisaalta myös tutkittava voi pyytää tarkennusta kysymykseen tutkijalta. (Puusa & Juuti 2020, 83, 107 111.) Tutkimusaihe herätti haastateltavissa myös avointa keskustelua ja pohdintaa, joka koettiin positiivisena. Keskustelu oli hyvin avointa ja asioita käsiteltiin laaja-alaisesti eri näkökulmista. Haastattelussa keskityttiin tutkimuksen kannalta olennaisen tiedon hankintaan sekä esitettiin täsmentäviä kysymyksiä ja pyydettiin perusteluja tiedon saannin syventämiseksi.

#### **6.4.2 Ryhmähaastattelu**

Ryhmähaastattelusta puhutaan silloin, kun paikalla on useita haastateltavia yhtä aikaa. Tavoitteena on luoda keskustelua ryhmässä tutkijan määrittelemästä aiheesta ja siihen yhdistyvistä teemoista. Ryhmähaastattelussa voidaan saada esille sekä yksilöllisiä tulkintoja että koko ryhmän yhteisiä käsityksiä. Sen avulla on mahdollista tutkia hyvin erilaisia aiheita ja se mahdollistaa huomion kiinnittämisen kaikille ryhmän jäsenille yhteiseen asiaan. (Puusa & Juuti 2020, 115.) Menetelmää kannattaa käyttää etenkin silloin, kun tutkitaan tutkittavien yhteistä kantaa johonkin asiaan (Hirsjärvi & Hurme 2008, 61; Puusa & Juuti 2020, 115).

Ryhmähaastattelu on hyvin monipuolinen ja joustava menetelmä, jossa tutkija ohjaa keskustelua pysymään tutkimusaiheen ympärillä. Ryhmähaastattelussa korostuu osallistujien keskustelumahdollisuus, jota ei välttämättä synny esimerkiksi kahdenkeskisissä keskusteluissa. Haastateltavien on mahdollista keskustella ja kommentoida asiaa vapaasti keskustelun aikana. Näin haastattelulla saavutetaan monipuolinen ja merkityksellinen aineisto. (Puusa & Juuti 2020, 116.)

Menetelmän etuna on nopea tiedonsaanti usealta osallistujalta yhtä aikaa. Osallistujien haastattelu ryhmänä on myös ajallisesti ja taloudellisesti tehokkaampaa, kuin yksilöiden haastattelu. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 63.) Kehittämistyössä ryhmähaastattelu koettiin sopivaksi menetelmäksi, koska ryhmä oli kooltaan pieni. Yhdellä haastattelukerralla oli mahdollista kerätä tietoa koko ryhmältä. Lisäksi toteutus etäyhteydellä Teams-sovelluksen avulla mahdollisti eri paikkakunnalla olevien tutkittavien osallistumisen mahdollisimman vähäisellä vaivannäöllä, vähäisemmillä resursseilla ja ilman taloudellisia kustannuksia.



Haastattelussa on tärkeä jakaa huomiota tasaisesti jokaiselle ryhmän jäsenelle (Hirsjärvi & Hurme 2008, 63). Ryhmähaastattelussa tutkija jakaa huomiota kaikille ryhmään osallistuville, vaikka hän välillä kohdentaisi kysymyksen yksilöllisesti. Kysymykset, havainnointi ja analyysi voivat perustua myös yksilöllisiin tulkintoihin ja käsityksiin tutkimusaiheesta. (Puusa & Juuti 2020, 116.) Haastattelussa kiinnitettiin huomiota jokaisen osallistujan mahdollisuuksiin vastata esitettyihin kysymyksiin ja tuoda ilmi mielipiteensä asioihin. Vastausmahdollisuus varmistettiin kehittämistyön tekijän osoittamalla puheenvuorolla haastateltavalle. Haastattelussa säädeltiin keskustelun pysymistä tutkimusaiheen kannalta olennaisissa sisällöissä.

Ryhmähaastattelun heikkoudeksi voi osoittautua se, ettei jokaisen osallistujan mielipide saa välttämättä yksinään kovin suurta merkitystä. Kuitenkin ryhmän yhteinen käsitys tutkittavasta asiasta muodostuu vuorovaikutteisesti ryhmähaastattelussa. (Puusa & Juuti 2020, 116.) Koska tutkimuksen kohderyhmä koostui pienestä ryhmästä terveydenhoitajia, koettiin jokaisen osallistujan mielipide hyvin merkitykselliseksi. Yksittäiset näkökulmat ja kokemukset analysoitiin yhtä merkityksellisenä ja arvokkaana tietona kuin koko ryhmän yhteiset vastauksetkin. Tutkimuksen tuloksissa tulevat ilmi niin yksilöiden kuin ryhmänkin tulkinnoista luodut tasa-arvoiset tulkinnat.

Laadullinen tutkimus panostaa sellaisen aineiston saamiseen, jota tutkija voi tarkastella mahdollisimman monesta näkökulmasta (Alasuutari 2011, 84). Haastattelussa tavoitellaan aineistoa, jonka perusteella voidaan laatia luotettavia johtopäätöksiä tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Tutkijan on tärkeä tavoittaa tutkittavien ajatukset, mieltymykset, kokemukset sekä odotukset. (Puusa & Juuti 2020, 103.) Haastattelu toteutui suunnitellusti ja sovitusssa aikataulussa. Osallistujien määrä koettiin riittäväksi ja haastattelulla saavutettiin sisällöllisesti tavoiteltu aineisto. Terveydenhoitajilla oli hyvin yhteneväiset näkemykset kohteena olevasta asiasta sekä yhdensuuntaiset ajatukset ja ehdotukset toimintaohjeeseen liitettävistä asioista. Aineisto oli sisällöltään runsas ja monipuolinen.

## **6.5 Aineiston analyysi**

Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavien lukumäärällä ei ole suurta merkitystä, vaan ennemminkin tutkijan kyky tulkintaan ja analysointiin korostuu. Tutkijan tehtävänä on tulkita toisten tulkintoja. Aineiston analyysi sisältää kuvauksen, tulkinnan ja ymmärryksen kohdeilmiöstä. Analyysin tuloksena aineistosta pyritään tuottamaan kokonaisuus, josta voidaan laatia perusteltuja tulkintoja ja

johtopäätöksiä. Analyysin tavoitteena on saavuttaa onnistuneita tulkintoja yleisellä tasolla. (Puusa & Juuti 2020, 84–85, 103, 143, 148.) Olennaista on tutkittavan ilmiön ymmärtäminen sekä uusien näkökulmien havainnointi. Aineiston analyysin tavoitteena on ymmärtää ihmisen toimintaa, kokemuksia tai päätöksiä. (Lindfors & Katainen 2022, 354–355.)

Aineiston analyysi ja aineiston hankinta ovat tiiviissä yhteydessä. Tutkijan läsnäolo aineiston hankintavaiheessa käynnistää aineiston analyysivaiheen. Kun aineisto on hankittu, tutkimuksen analyysi etenee kaksitahoisesti: tutkija kerta aineistoa ja jäsentele sitä teemoihin, luokkiin tai kategorioihin. Samalla hän hankkii lisätietoa tutkimusaiheesta, jolla on edelleen vaikutusta kategorioiden määrittelyyn. (Puusa & Juuti 2020 143.)

Analyysimenetelmän valinta perustuu tutkimuskysymyksiin. Aineistolähtöinen analyysi alkaa haastateltavien esille tuomien kokemusten avoimesta tarkastelusta. Kehittämistyön laadullinen aineisto koostuu poikkileikkausaineistosta, jolloin se on kerätty sovittuna ajankohtana. (Lindfors & Katainen 2022, 356.) Laadullisen tutkimusaineiston analysointi on syvällistä tiedon tulkintaa tutkittavien puheen perusteella (Moilanen & Räihä 2015, 63). Aineiston analyysi toteutettiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysi on yksi laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmistä ja mahdollistaa aineiston monipuolisen tarkastelun. Analyysi etenee sekä teoria- että sisältölähtöisesti pohjautuen tulkintaan ja päättelyyn, jonka myötä kokemuksiin pohjautuvasta aineistosta tavoitellaan käsitteellistä ymmärrystä. Analyysi perustuu totuudenmukaiseen sekä uskottavaan tulkintaan ja tehtyjen ratkaisujen perusteluun. (Puusa & Juuti 2020, 148, 149.)

Aineiston keräämisen jälkeen aineisto muutetaan tutkittavaan muotoon. Haastattelun avulla kerätyn aineiston kohdalla se tarkoittaa aineiston muuttamista tallenteesta tekstiksi eli litterointia. Litteroinnissa tutkija ja aineisto ovat tiiviissä vuorovaikutuksessa, ja tutkija muodostaa käsityksen riittävästä aineistosta ja tulkinnasta tutkimuskysymysten näkökulmasta. Litteroitu aineisto helpottaa tutkimusaineiston analysointia. Litteroitu aineisto vastaa tutkittavien puhetta ja asioille antamia merkityksiä. Litteroinnin yhteydessä haastateltavien puhe ei siis muuta muotoaan. (Vilka 2015, 137–138.)

Haastatteluaineisto tallennettiin digitaaliseen muotoon Teams-sovelluksessa, jonka jälkeen se litteroitiin kokonaan kirjalliseen muotoon tekstinkäsittelyohjelma Wordin avulla. Aineiston litterointi

toteutettiin heti haastattelun jälkeen. Eskola ja muut (2018, 49) ohjaavatkin tutkijaa tekemään literoinnin mahdollisimman pian haastattelun jälkeen. Haastattelun tallenne kuunneltiin läpi useaan kertaan aineiston kokonaisuuden hahmottamiseksi ja tutkimuksen kannalta merkityksellisten asioiden havaitsemiseksi. Haastateltavien anonymiteetti säilytettiin nimeämällä heidät tunnistamattomin nimimerkein, kuten A1 ja A2.

Pelkistuksen aikana aineistosta etsittiin tutkimukselle olennaiset tiedot ja ne merkittiin korostusvärein. Epäolennaiset tiedot jätettiin pois käsiteltävästä aineistosta tarkan käsittelyn yhteydessä. Pelkistyksessä tutkimuksen kannalta epäolennaiset tiedot jätetään analysoitavan aineiston ulkopuolelle. Pelkistämistä johdattelevat tutkimuskysymykset. (Vilka 2015, 164.) Aineisto tiivistyy ja selkeytyy mutta aineistossa säilytetään kuitenkin kaikki tutkimuksen kannalta tärkeät tiedot. Pelkistämisen myötä aineiston tietopohja korostuu ja aineistosta luodaan yhtenäinen, tietoa sisältävä kokonaisuus, josta tutkija voi tehdä johtopäätöksiä. (Puusa & Juuti 2020, 149.)

Analyysivaiheessa pelkistetty aineisto etenee seuraavaksi teemoitteluun. (Ks. taulukko 2.) Teemoittelussa aineistoa luetaan läpi useita kertoja (Moilanen & Räihä 2015, 61). Teemoittelulla tarkoitetaan havaintojen luokittelua ja tulkitsemista. Aineistosta tarkastellaan yhteisiä piirteitä, samankaltaisuuksia sekä säännönmukaisuuksia. (Puusa & Juuti 2020, 152–153.) Teemoittelussa hyödynnettiin Exel-tilukko-ohjelmaa.

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi keskittyy etsimään teemoja, joita tutkittavat tuovat esille. Teemojen sisältö muodostuu aineistosta sekä itsenäisesti että suhteessa toisiin teemoihin. Kun teemat on löydetty, tiivistetään teemojen sisältö. (Moilanen & Räihä 2015, 61–62.) Samaan teemaan kuuluvat ilmaukset yhdistettiin ensin alaluokaksi, jonka jälkeen samaan teemaan kuuluvat alaluokat koottiin edelleen yläluokiksi. Lopuksi yläluokat yhdistettiin yhden, suuremman pääluokan alle. Luokat nimettiin kategorian sisältöä kuvaavalla nimellä. Kategorioiden yhdistämistä toteutettiin niin pitkälle, kuin se oli mahdollista. Aineistosta muodostui yhteensä yksitoista pääluokkaa. Jokainen kategoria edesauttaa tutkimuskysymyksiin vastaamista. (Puusa & Juuti 2020, 152–153.)

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
... (asiakassuhde kestää) jälkitarkastukseen asti	Asiakassuhde äitiysneuvolassa kestää jälkitarkastukseen asti			
Periaatteessa se minun osuus on jälkitarkastukseen asti	Äitiysneuvolan terveydenhoitajan osuus raskausdiabeteksen hoidossa kestää jälkitarkastukseen asti	Asiakassuhde äitiysneuvolassa päättyy synnytyksen jälkitarkastukseen		
Meillä jälkitarkastukseen asti käyvät äitiysneuvolassa ihan normaalisti	Raskausdiabeetikot asioivat äitiysneuvolassa jälkitarkastukseen saakka			
...niin se sitte niinku katkaa siihen, ku asiakas jää niinku minulta pois.	Asiakassuhde päättyy, kun hoitosuhde äitiysneuvolan terveydenhoitajaan loppuu.			
Ei oo siis minulle ei oo yksikään synnyttänyt sokeriasioissa nii mulla (kontrolleissa)	Äitiysneuvolan terveydenhoitajalla ei ole yhtään asiakasta kontrolleissa sokeriasioissa jälkitarkastuksen jälkeen	Asiakkaalla ei ole hoitosuhdetta äitiysneuvolan terveydenhoitajaan äitiysneuvola-asiakkuuden päätyttyä	Raskausdiabeteksen seurannan päättyminen äitiysneuvolassa synnytyksen jälkitarkastukseen	RASKAUSDIABETEKSEN HOIDON JA SEURANNAN PÄÄTTYMINEN ÄITIYSNEUVOLASSA
...ei mitään havaintoa (raskausdiabeetikoista äitiysneuvolaseurannan päätyttyä)	Terveydenhoitajalla ei ole tietoa raskausdiabeetikoista äitiysneuvolaseurannan päätyttyä.			
En oo millään tasolla hoitanut (raskausdiabeetikkoja synnytyksen jälkeen) ainakaan vuoteen	Äitiysneuvolan terveydenhoitaja ei ole hoitanut millään tasolla raskausdiabeetikkoja synnytyksen jälkeen ainakaan viimeisen vuoden aikana			
Jos nyt mietin vaikka viimestä vuotta nii eihän niistä oo kuulunu kenestäkään (raskausdiabeetikoista) yhtään mitään	Äitiysneuvolan terveydenhoitaja ei ole kuullut mitään raskausdiabeetikkoasiakkaistaan jälkitarkastuksen jälkeen viimeisen vuoden aikana.			
Oikeasti ku mietin, niin mitään havaintoa heistä (raskausdiabeetikoista), ei oo kuulunu (jälkitarkastuksen jälkeen)	Äitiysneuvolan terveydenhoitaja ei ole kuullut mitään raskausdiabeetikkoasiakkaistaan jälkitarkastuksen jälkeen			

## Taulukko 2. Esimerkki aineiston analyysin etenemisestä.

Analyysissa tarkastellaan tehtyjä tulkintoja teoreettisen viitekehyksen avulla ja vertaillaan sitä aiempaan tutkimustietoon (Vilkkä 2015, 170). Tutkimuksen uskottavuutta lisää vastaavien ilmiöiden ja tulkintojen toteaminen muiden tutkimusten avulla (Moilanen & Rähä 2015, 66). Puusa ja Juuti (2020, 111) tuovat esille, että aineiston analyysivaiheessa tutkija voi tarpeen mukaan varmistaa tutkittavilta, että hänen tekemänsä tulkinnat haastattelussa nousseista asioista ovat oikeita. Toisella tapaamiskerralla tutkija toi esille haastattelun tulokset sekä suullisesti että Powerpointesityksessä ja varmisti tehneensä oikeat tulkinnat. Osallistujat totesivat tehdyt tulkinnat oikeiksi, eikä aineistoon tullut täydennettävää tai muutettavaa tietoa.

Tutkimusaineiston logiikan toistaessa itseään ja lisääaineiston todennettu heikkous tuottaa uutta tietoa tarkoittavat kylläntymispisteen eli saturaation saavuttamista. Kun tutkija tietää, mitä hän tutkimusaineiston suhteen tavoittelee, hän kykenee myös määrittelemään kylläntymispisteen. Kylläntymispisteen määrittely aineiston kattavuuden arvioinnissa on riippuvainen tutkimuksen

tavoitteista. Tasalaatuinen eli homogeeninen kohdejoukko tekee saturaation määrittämisen helpoksi. (Vilkkä 2015, 152–153.) Aineistolähtöisen sisällönanalyysin jälkeen vahvistui, että haastattelussa saatu aineisto saavutti tutkimuksessa tavoitellun tiedon ensimmäisellä haastattelukerralla eikä lisätiedon keräämisen kohderyhmältä koettu tuovan tutkimukselle enempää tietoa tai lisäarvoa.

## 6.6 Toimintaohjeen laatiminen kehittämistyönä

Kehittäminen on käytännön toimintaa määritetyn tavoitteen saavuttamiseksi. Se koostuu erilaisien näkökulmien yhdistämisestä sekä yhteisen ymmärryksen muodostamisesta kehittämisen kohteena olevasta asiasta. Edellytys kehittämistoiminnan aloitukselle on todellisuuskäsityksen muodostaminen kohteena olevasta asiasta tosiasioiden ja tulkinnan avulla. (Toikko & Rantanen 2009, 10, 14, 36, 54.) Kehittämistyön aiheeseen perehdyttiin kehittämistyön aihevalinnasta lähtien lukemalla aiheeseen liittyvää kotimaista sekä kansainvälistä kirjallisuutta, tutkimuksia sekä suosituksia ja toimintaohjeita. Kehittämistyön tekijällä oli aiheeseen liittyvää tietoa ja kokemuksia myös oman työn kautta. Lisäksi täsmällistä, yhteistoiminta-alueeseen kohdentuvaa tietoa saatiin haastatteleamalla kohderyhmään kuuluvia terveydenhoitajia.

Kehittämistyötä ohjaavat tavoitteet ja kehittämistyön päämäärä, jotka kohdistuvat yhteistoiminta-alueen terveydenhoitajien toimintatapojen ja työn kehittämiseen. Toikko ja Rantanen (2009, 14–16, 18, 57) toteavatkin, ettei kehittämistoiminnan tavoitteena ole tutkimusongelman ratkaisu vaan pikemminkin tavoitellun lopputuloksen saavuttaminen konkreettisen toiminnan avulla. Kehittämisen kohteena on yleensä tietty yksikkö tai alue, jonka toiminnan rakenteita tai totuttuja toimintatapoja on tarkoitus muuttaa esimerkiksi käytänteiden selkeyttämiseksi. Samalla on mahdollista kiinnittää huomiota työntekijäryhmien tehtäviin ja vastuunjakoon. Perusteena kehittämiselle voivat olla esimerkiksi tämänhetkiseen tilanteeseen tai toimintaan yhdistyvät haasteet tai tulevaisuuden suunnitelmat.

Käytännönläheinen asioiden muuttaminen tai edistäminen on kehittämistyölle tyypillistä. Sen tavoitteena voi olla esimerkiksi tutkimustiedon siirtäminen käytäntöön. Tarkoituksena on luoda perusta käytännön toiminnalle, jonka tuotoksena syntyy uusia tai entistä parempia menetelmiä tai palveluja. Kehittämisen taustalla on yleensä yksi tai kaksi mahdollisimman hyvin perusteltua tavoit-

tetta, jotka tukevat toiminnan toteutusta. Kehittämistoiminnan toivottu lopputulos saa usein aikaan myös laajempia vaikutuksia, joka on tärkeä peruste kehittämistoiminnan merkitykselle. (Mts. 2009, 16–20, 57.) Kehittämistyön tavoitteet ja tarkoitus pohjautuvat juuri näihin periaatteisiin.

Toikko ja Rantanen (2009) kertovat, että kehittämisen perusteena voivat olla ulkoiset tai sisäiset tekijät tai intressit. Ulkoihin tekijöihin lukeutuvat muun muassa kilpailukyky tai muuttuneeseen toimintaympäristöön kuuluvat asiat, jolloin kehittämistyö edistyy asiantuntijälähtöisesti. Sisäisinä tekijöinä ristiriidat, visiot tai haasteet voivat olla perusteena tutkija-kehittäjä lähtöiseen kehittämiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä intressi on hyvin yleinen käsite. Intressi ilmaisee, ketkä hyötyvät kehittämisestä. Usein kehittämisen perusteena tuodaan esille kuntatalouden haasteet, mutta nykyisin kehittämistarpeen tulisi pohjautua yhä enemmän palveluiden laatuun ja saatavuuteen asiakaslähtöisyyttä ja hoitopolkujen selkeyttä unohtamatta. (Toikko & Rantanen 2009, 18–19, 55.) Terveyden edistämisen osuus terveydenhuollon kokonaiskustannuksista Suomessa on noin 3–5 %. Yhteiskunnan tulisi ymmärtää sairauksien ennaltaehkäisyn merkitys ja sen alhaiset kustannukset verrattuna sairauksien hoitokustannuksiin sekä inhimilliseen arvoon yksilölle. (Patja 2022d, 155.)

Patjan (2022d, 156, 161) näkemyksen mukaan terveyden edistämisen suunnittelu vaatii yhteiskunnallisen toiminnan laaja-alaista ymmärrystä. Terveyden edistämisen toimenpiteiden kansanterveydellinen merkitys perustuu siihen, että se koskettaa useaa eri tasoa kuten yksilöä, yhteisöä ja yhteiskuntaa. Toimenpiteiden on tärkeä tavoittaa kohderyhmänsä mahdollisimman hyvin ja muodostua vaikuttaviksi. Lisäksi on eduksi, että toimenpiteet otetaan käyttöön laaja-alaisesti ja niitä ylläpidetään sidosryhmien sekä ammattilaisten toiminnassa. Terveyden edistämisen toimenpiteet perustuvat huolelliseen suunnitteluun ja käytetyt menetelmät pohjautuvat tutkimusnäyttöön.

Terveyden edistämisen toimenpiteiden suunnittelu edellyttää muutostarpeiden tunnistamista ja kohderyhmän määrittelyn sekä tavoitteiden määrittelyn ja asettamisen. Lisäksi vaaditaan käyttäytymiseen ja sen muutokseen vaikuttavien tekijöiden tunnistamista ja tärkeimpien, vaikutettavissa olevien tekijöiden valintaa. Lisäksi terveyden edistämisen toimenpiteitä suunniteltaessa tulee valita vaikuttavat käyttäytymisen muutosmenetelmät, suunnitella toteutus ja toteuttaa toimenpa-

noa tukevat menetelmät. (Absetz 2022b, 161, 164.) Terveysvaikutusten huomioimista päätöksenteossa korostavat erilaiset lait ja toimintamallit, jotka tukevat kansanterveyden tavoitteita (Patja 2022a, 18).

Kehittämistyössä toteutuksen tarkka rajaaminen ja kohdentaminen on tärkeää. Kehittämistyön suunnittelussa toimijoiden käsitys työstä, työn tavoitteista sekä periaatteista on tärkeä tiedostaa. Kehittämistoiminnan aikaansaamaa muutosta tukee mahdollisuus käyttäjien osallistumiseen. Käyttäjakeskeinen suunnittelu antaa käyttäjille mahdollisuuden osallistua jo suunnitteluvaiheeseen.

Lopputuloksen hyödynnettävyyttä lisää toimenpiteiden suuntaaminen käyttäjien ilmaisemiin tarpeisiin aidoissa toimintaympäristöissä. Laaja-alaisen, toimintaympäristön huomioivan suunnittelun avulla kyetään varmistamaan tuloksen soveltuminen toimintaympäristön käyttöön. (Toikko & Rantanen 2009, 54, 60, 95.)

Toimintaohjetta laadittaessa otettiin huomioon haastatteluaineiston lisäksi vuoden 2022 marraskuussa yhteistoiminta-alueella toteutetun asiakaspalautekyselyn tulokset, joissa vastaajat toivat esille kokemuksiaan ja ajatuksiaan raskausdiabeteksen hoidosta. Asiakaspalautteiden todettiin olevan tiiviissä yhteydessä haastatteluissa esille tulleisiin asioihin. Esimerkiksi terveydenhoitajien epätietoisuus raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeisen seurannan toteutuspaikasta ja siten heikosti toteutettu jatko-ohjaus on yhteydessä asiakkaiden epätietoisuuden ja tyytymättömyyden kokemuksiin.

Käyttäjiltä sekä toimijoilta saatu tieto auttaa suuntaamaan kehittämistoimintaa kohti asetettuja tavoitteita. Empaattisessa kehittämisessä (*empathic design*) tietoa hyödynnetään palveluiden kehittämisessä vastaamaan paremmin käyttäjien tarpeita ja tämä ohjaa edelleen kehittämistoimintaa. Tämän seurauksena myös palveluiden laatua on mahdollista parantaa. Käyttäjien asiantuntijuus huomioidaan ja he saavat mahdollisuuden keskusteluun ja kuulluksi tulemiseen. Kun käyttäjät ovat mukana kehittämistoiminnassa, heidän näkemyksensä usein ohjaavat kehittämistoimintaa, vaikka kehittäjä onkin päävastuussa kehittämisestä. Käyttäjien osallistumisen myötä kehittäjän on mahdollista muodostaa todellinen käsitys kehittämisen tavoitteista sekä menetelmistä niiden saavuttamiseksi. Toimijoiden osallistuminen edesauttaa myös kehittämistoiminnan tuloksen saattamista käytäntöön. Juurruttaminen on oma prosessinsa, eikä se välttämättä liity varsinaiseen kehittämisprosessiin. (Toikko & Rantanen 2009, 96–97, 62–63)

Osallistavassa kehittämisessä korostuvat sekä kehittäjän osuus toiminnassa että työntekijöiden osallistuminen kehittämiseen. Usein hyödynnetään myös ryhmässä toimimista. Osallistava kehittäminen pyrkii aina muutokseen. Osallistujiksi kehittämistoimintaan on syytä valita henkilöt, joita asia koskettaa. Määritetystä ohjausryhmästä puhutaan silloin, kun kehittämistyöhön osallistuvat kehittämistyön kannalta olennaiset ihmiset. Vuorovaikutus, toimijoiden sitoutuminen ja aktiivinen osallistuminen ovat merkityksellisiä kehittämistoiminnan onnistumiseksi. Osallistujien aktiivista osallistumista tukee avoin vuorovaikutus. Keskustelussa ilmi tulleiden toisistaan eroavien näkemysten hyväksyminen ja kehittäjän aktiivinen osallistuminen vahvistavat aitoa ja tasavertaista osallistumista. Kehittämistoiminnan näkyväksi tekeminen on tärkeää toimija- ja käyttäjälähtöisyyden ohella. (Mts. 2009, 10–11, 55, 59, 93, 142.)

Kehittämistoimintaan voidaan osallistaa ihmisiä erilaisten ryhmien ja tiimien välityksellä. Niiden avulla yhdistetään osallistujat ja voidaan tehdä kehittämistoimintaan liittyviä päätöksiä. Tasavertainen ja itseohjautuva ryhmä tukee aktiivista ja tehokasta toimintaa. Jokaisen osallistujan aktiivisuus edistää kehittämisen toteuttamista. Kehittäjän vuorovaikutustaidot kuten kuuntelemisen taito ja tilan antaminen yhteiselle pohdinnalle ovat suuressa roolissa kehittämistyön toteutuksessa. Kehittäjän on tärkeä suvaita epävarmuutta, ristiriitoja sekä jatkuvaa muutosta. Usein kehittäjä joutuu hahmottamaan yhä uudelleen kohdeilmiötä sekä suuntaamaan toimintaa uudelleen. (Mts. 2009, 51, 53, 94)

Osallisuus käsittää erilaisia tapoja olla mukana sekä suunnittelussa että päätöksenteossa, jolloin ihminen kokee kuuluvuutta yhteisöön ja yhteiskuntaan, saa ilmaista mielipiteensä sekä vaikuttaa itseensä ja ympäristöönsä kohdistuviin asioihin. Se on myös vaikuttamista toimintoihin, palveluihin ja mahdollisuuksiin. Asiakasosallisuus on tila, jossa asiakas on aktiivinen osallistuja ja kokee vaikuttavansa palveluiden kehittämiseen, suunnitteluun, tuottamiseen sekä arviointiin. Samalla he tekevät päätöksiä palveluista vuorovaikutuksessa ammattilaisten ja asiantuntijoiden kanssa. Yhteiskehittämisessä asiakkaat, asiantuntijat ja ammattilaiset kehittävät asioita yhdessä. Sitä voidaan hyödyntää esimerkiksi asiakkaiden toiveita ja tarpeita vastaavien palvelupolkujen suunnitteluissa. Asiakasosallisuuden avulla voidaan lisätä ihmisten terveyttä ja hyvinvointia. Sen avulla on mahdollista lisätä sekä asiakkaiden että henkilökunnan tyytyväisyyttä ja hyvinvointia mutta myös edistää tietyn palvelun tai palvelukokonaisuuksien kustannusvaikuttavuutta. Parhaimmillaan asiakasosalli-



suus lisää toiminannan merkityksellisyyttä, luottamusta asiakkaiden omiin kykyihin ja mahdollisuuksia kohdistaa yhteiskunnan voimavaroja asiakkaiden tarpeita vastaaviin kohteisiin. (Whellams 2022, 258–260, 263.)

Asiakasosallisuuden toteutumista seuraava merkityksellisyyden kokemus ja hyvinvointia edistävä vaikutus lisäävät asiakkaan motivoitumista ja elämänhallinnan sekä itseohjautuvuuden kokemuksia. Se voi tukea vastuunottoa omasta terveydentilasta sekä terveyttä edistävien valintojen tekemistä. Whellams (2022, 264–265) korostaakin, että organisaatioiden päätöksenteossa tulee huomioida asiakasosallisuuden kautta välittynyt kokemustieto. Yhteiskehittämisen avulla mahdollistuvat myös asiakaslähtöiset ja laadukkaat palvelut, jotka perustuvat silloin asiakkaiden tarpeisiin, ovat saavutettavissa olevia sekä oikein ajoitettuja ja sijoitettuja. Vaikutukset näkyvät muun muassa asiakkaiden ja henkilöstön tyytyväisyydessä ja hyvinvoinnissa sekä palveluiden kustannusvaikuttavuudessa.

Haastattelun myötä saaduissa tutkimustuloksissa esille tulleita kehitystarpeita ja -ehdotuksia sekä hyväksi koettuja käytänteitä yhdistettiin kehittämistyönä laadittuun toimintaohjeeseen. Toimintaohje pohjautuu Raskausdiabeteksen käypä hoito -suositukseen ja se pyrittiin rakentamaan mahdollisimman hyvin koko yhteistoiminta-alueelle soveltuvaksi gdm-terveydenhoitajien näkökulmia ja tietoperustaa hyödyntäen. Toimintaohjeeseen päätyneet valinnat ratkaistiin huomioiden erilaisten toimintayksiköiden vaihtelevat resurssit ja mahdollisuudet toimintaohjeen noudattamiseen.

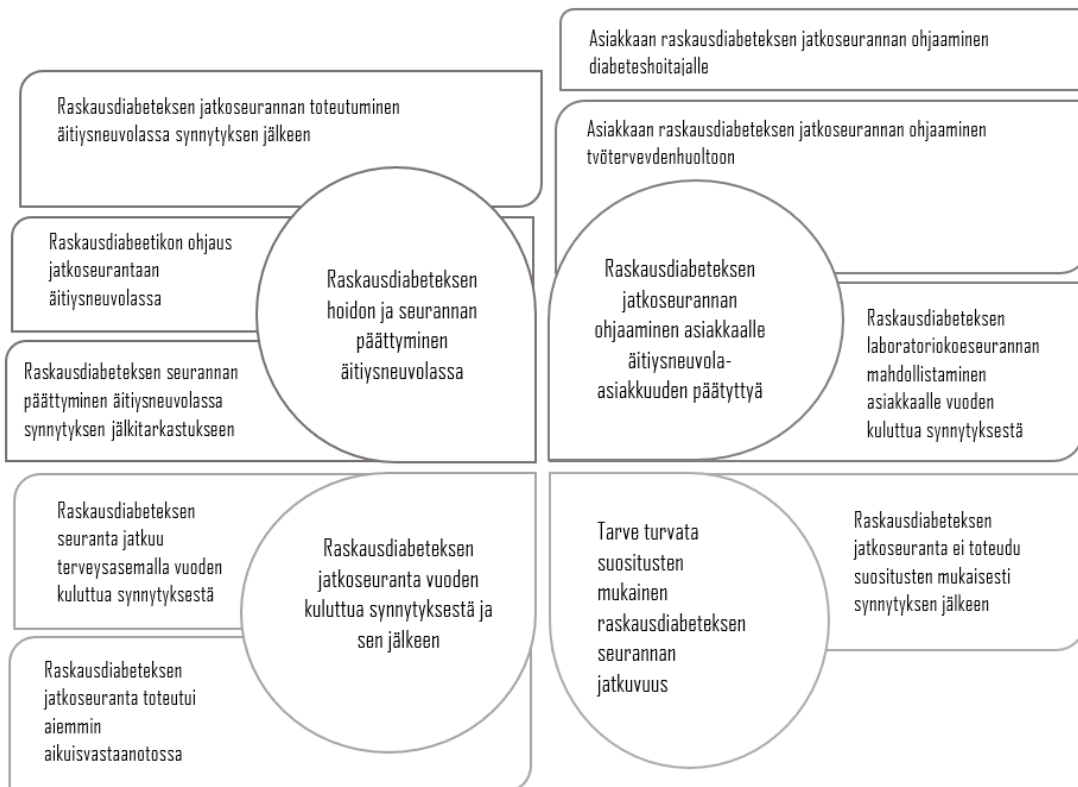
Terveydenhoitotyössä hoidon sekä palvelujen toimiva porrastus on tärkeä osa niiden laatua. Porrastuksen tavoitteena on luoda laadukas kokonaisuus, jossa huomioidaan asiakkaan etu ja resurssien tehokas käyttö. (Honkanen & Mellin 2015, 101–102.) Terveydenhoitajan työn vaikuttavuudella tarkoitetaan muun muassa palvelujen tai palveluprosessien mahdollisuuksia saada aikaan toivottuja muutoksia tai vaikutuksia esimerkiksi ihmisten terveydentilassa ja koetussa elämänlaadussa. Vaikuttavuuden rinnalla käytetään usein myös hyödyllisyyden käsitettä. Tehokkuudella tarkoitetaan vaikuttavuuden ja käytettyjen panosten välistä suhdetta. Tulos taas on muutos asiakkaan terveydentilassa, tiedoissa, käyttäytymisessä tai asenteissa. (Hakulinen-Viitanen & Pelkonen 2015, 249.)

Koski ja Koivusilta (2019, 3, 8, 13–14) korostavat tehokasta raskausdiabeteksen ehkäisyä ja hoitoa mutta myös raskauden jälkeiseen hoitoon tulisi panostaa yhä enemmän. Siksi terveydenhuoltoon on tärkeää luoda toimivia sekä saumattomia hoitopolkuja. Eri hoitotahojen erilaiset toimintaohjeet hämmentävät asiakkaita. Huomiota tulee kiinnittää yhä enemmän hoitopolkujen laatimiseen ja niiden sujuvuuteen. Suomessa yksikkö- tai aluekohtaisten toimintaohjeiden laajuus vaihtelee suuresti. Parhaimmillaan toimintaohje kattaa myös synnytyksen jälkeisen ohjauksen. Myös terveydenhoitajat kaipaavat hoitopolkuun selkeämpää vastuunjakoa, koska raskausdiabeetikoiden seurannan toteutuksessa on usein epäselvyyttä.

## **7 Kehittämistyön tulokset**

Tutkimustulosten raportoinnissa tähdätään tarkastelun kohteena olevien teemojen kokonaisvaltaiseen tarkasteluun. Analysoinnin tavoitteena on poimia keskeiset asiat, joiden avulla tutkimuksen kohdetta voidaan kuvata ja joita voidaan pitää analysoinnin perustana. (Kiviniemi 2015, 83.)

Aineiston analysoinnin tuloksena aineistosta muodostui yksitoista pääluokkaa. Jokainen pääluokka muodostuu yhdestä tai useammasta ylä- ja alaluokasta. Tutkimusaineiston pääluokat esitellään tarkemmin seuraavissa alaluvuissa. Kuviossa kaksi (Ks. kuvio 2) on esitelty aineiston analyysin ja teemoittelun seurauksena muodostuneet neljä ensimmäistä pääluokkaa (kuvion keskiosa) ja niihin liittyvät yläluokat (keskiosan ympärillä). Kuvion sisältö kuvaa yhteistoiminta-alueen nykyisiä käytänteitä raskausdiabeteksen seurannasta ja ohjauksesta synnytyksen jälkeen. Ko. kuviossa on esitetty myös tutkimuskysymykseen liittyviä yhteistoiminta-alueen hyviä käytänteitä. Kuviossa kolme (Ks. kuvio 3) on esitelty aineiston analyysin ja teemoittelun seurauksena muodostuneet seitsemän pääluokkaa ja niihin liittyvät yläluokat. Ko. kuvion sisällössä kuvataan yhteistoiminta-alueen kehittämiskohteet uuden toimintamallin luomisen näkökulmasta.



Kuvio 2. Neljä ensimmäistä aineiston analyysin tuloksena muodostunutta pääluokkaa ja niihin liittyvät yläluokat.

## 7.1 Raskausdiabeteksen hoidon ja seurannan päätyminen äitiysneuvolassa

Tutkimuksessa nousi esille, että synnyttäneiden naisten asiakassuhde äitiysneuvolaan päättyy synnytyksen jälkitarkastukseen, eikä raskausdiabetes tee siihen poikkeusta. Äitiysneuvolan terveydenhoitaja tapaa asiakkaan neuvolassa toteutettavassa synnytyksen jälkitarkastuksessa, jolloin äitiysneuvolan terveydenhoitajan osuus asiakkaan raskausdiabeteksen hoidossa ja seurannassa päättyy.

Äitiysneuvolan terveydenhoitajat ohjaavat raskausdiabeteksen sairastaneita asiakkaita synnytyksen jälkeiseen raskausdiabeteksen seurantaan vielä synnytyksen jälkitarkastuksessa. Haastatteluun osallistuneet terveydenhoitajat kokevat asiakkaiden ohjauksen raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeiseen seurantaan toimivaksi ja selkeäksi synnytyksen jälkitarkastuksen yhteydessä. Heidän mielestään synnytyksen jälkitarkastus on ajankohdaltaan sopiva jatkoseurannan ohjaamiseen.

Jos asiakkaan raskausdiabetes on vaatinut odotusaikana lääkehoitoa, ensimmäiset synnytyksen jälkeiseen seurantaan kuuluvat laboratoriotulokset otetaan kuuden-kahtentoista viikon kuluttua synnytyksestä. Tutkimuksessa tuli esille käytäntö, että asiakkaat ovat käyneet äitiysneuvolan terveydenhoitajan ohjaamana ko. laboratoriotuloksissa synnytyksen jälkitarkastusta edeltävästi, jolloin tuloksia on mahdollista arvioida asiakkaan saapuessa synnytyksen jälkitarkastukseen. Jos laboratoriotulokset ovat poikkeavat, äitiysneuvolan terveydenhoitaja tai lääkäri laatii jatkosuunnitelman asiakkaalle jo jälkitarkastuksen yhteydessä. Sen sijaan, jos laboratoriotulokset ovat normaalit, äitiysneuvolan terveydenhoitaja ohjaa asiakasta käymään seuraavissa laboratoriotulosten seurauksissa yhden-kolmen vuoden välein.

Yksi haastatelluista toi esille käytännön, jossa asiakkaat ovat soittaneet laboratoriotuloksista äitiysneuvolan terveydenhoitajalle, jos he eivät ole käyneet suunnitelluissa laboratoriotuloksissa ennen synnytyksen jälkitarkastusta, vaan vasta sen jälkeen. Puhelinkontakti tutulle hoitajalle on koettu sekä asiakkaiden että terveydenhoitajan mielestä mielekkääksi. Terveydenhoitajan näkökulmasta puhelinkontakti luo hyväksi koetun jatkumon äitiysneuvolan terveydenhoitajan ja asiakkaan väliseen asiakassuhteeseen, kun asiakassuhde äitiysneuvolassa on muutoin päättynyt.

Haastattelusta saatu tieto osoittaa, että odotusaikana raskausajan diabetesta sairastaneilla asiakkailla on ollut tapana kysyä vuoden kuluttua synnytyksestä otettavien laboratoriotuloksia muun muassa yhteistoiminta-alueen neuvolapalveluiden puhelinpalvelusta. Kehittämistyöhön osallistuneiden äitiysneuvolan terveydenhoitajien mielestä neuvola ei ole kuitenkaan sopiva paikka raskausdiabetesasiakkaiden jatkoseurantaan äitiysneuvola-asiakkuuden päätyttyä. Terveydenhoitajat ovat yhtä mieltä siitä, ettei raskausajan diabeetikoita voida ikuisesti pitää neuvolan asiakkaina.

*”...myökään ei voida niinku pitää ikuisesti niitä niinku neuvolan asiakkaina...”*

Asiakkaiden raskausdiabeteksen jatkoseuranta ei yleensä toteudu äitiysneuvolassa synnytyksen jälkitarkastuksen jälkeen, mutta haastattelussa tuli esille yksi poikkeustapaus. Yksi haastatteluun osallistuneista kertoi asiakastapauksesta, jossa äitiysneuvolan terveydenhoitaja oli poikkeuksellisesti sopinut raskausdiabeteksen kontrollin vuoden kuluttua synnytyksestä omalle vastaanotol-

leen. Terveystenhoitaja oli antanut asiakkaalle vastaanottoajan äitiysneuvolaan lastenneuvolakäynnin yhteydessä. Vastaanottokäynti äitiysneuvolaan mahdollistui, koska terveydenhoitajalla oli tuolloin vapaita vastaanottoaikoja. Terveystenhoitaja koki sen hetkisen resurssin riittäväksi asiakkaan vastaanottamiseen, vaikka äitiysneuvolan asiakassuhde oli muutoin jo päättynyt. Hän ohjasi asiakasta käymään seurantaan kuuluvissa laboratoriokokeissa vastaanottoa edeltävästi ja kertoi asiakkaalle tulevan vastaanottokäynnin sisällöstä.

Analyysi osoitti, että pääsääntöisesti äitiysneuvolan terveydenhoitajat eivät ole vastuussa asiakkaiden raskausdiabetekseen liittyvistä kontroleista enää synnytyksen jälkitarkastuksen jälkeen. Tällöin terveydenhoitajat eivät ole kontaktissa asiakkaisiin, eikä heillä ole myöskään tietoa raskausdiabetesta sairastaneista asiakkaistaan synnytyksen jälkitarkastuksen jälkeiseltä ajalta.

## **7.2 Raskausdiabeteksen jatkoseurannan ohjaaminen asiakkaalle äitiysneuvolaasiakkuuden päättyttyä**

Äitiysneuvolan terveydenhoitajat ohjaavat asiakkaita raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeiseen jatkoseurantaan työterveydenhuoltoon tai terveysaseman diabeteshoitajille. Terveystenhoitajat kartoittavat asiakkaiden oikeutta työterveydenhuollon palveluihin sekä mahdollisuutta jatkoseurannan toteuttamiseen työterveydenhuollossa. Analyysin perusteella osa terveydenhoitajista kokee työterveydenhuollon olevan ainoa paikka, jonne he voivat ohjata asiakkaat jatkoseurantaan. Osassa toimipisteistä yksi raskausdiabeteksen jatkoseurannan vastuutahoista on terveysaseman diabeteshoitaja. Terveystenhoitajat ohjaavat asiakkaalle jatkoseurannan ja antavat äitiysneuvolan asiakassuhteen päättyessä asiakkaalle diabeteshoitajan yhteystiedot raskausdiabeteksen jatkoseurannan toteutusta varten.

Vuoden kuluttua synnytyksestä otettaviin raskausdiabeteksen seurantakokeisiin asiakkaat saavat laboratoriolähetteen pääosin äitiys- tai lastenneuvolasta. Yleensä äitiysneuvolan terveydenhoitaja laatii asiakkaille laboratoriolähetteen ennakkoon jo äitiysneuvolaasiakkuuden aikana tai hän pyytää asiakkaita soittamaan neuvolaan lähetteen saamiseksi silloin, kun laboratoriokokeet ovat ajankohtaiset. Asiakkaat saavat laboratoriolähetteen tarvittaessa myös lastenneuvolan terveydenhoitajalta lapsen neuvolakäynnin yhteydessä. Asiakkailla on ollut tapana pyytää laboratoriolähetettä myös neuvolapalveluiden puhelinpalvelusta. Työterveydenhuollon palveluihin kuuluvilla asiakkailla on ollut mahdollisuus pyytää seurantakokeiden laboratoriolähetteen myös työterveydenhuollosta.

Laboratoriokoepyyntöjen sekä näytteenoton ja seurannan toteutumisesta työterveydenhuollossa terveydenhoitajilla ei ollut kuitenkaan tarkempaa tietoa.

### **7.3 Raskausdiabeteksen jatkoseuranta vuoden kuluttua synnytyksestä ja sen jälkeen**

Vastuu raskausdiabeteksen seurannasta ja ohjauksesta neuvolapalveluissa päättyy vuoden kuluttua synnytyksestä. Haastattelussa tuli esille yksikkökohtaiset erot raskausdiabeteksen jatkoseurannan toteutumisesta terveysaseman vastaanottopalveluissa tai diabeteshoitajan vastaanotolla. Jos asiakkaat kuuluvat terveysaseman seurantaan, asiakkaat kysyvät seurantaan kuuluvien laboratoriokokeiden tuloksia terveysaseman puhelinpalvelusta ja saavat samalla ohjausta jatkoseurannan suhteen. Eräässä yhteistoiminta-alueen yksikössä oli ollut aikaisemmin tapana ohjata asiakkaita kysymään raskausdiabeteksen seurantakokeiden tulokset puhelimitse suoraan terveysaseman diabeteshoitajalta vuoden kuluttua synnytyksestä.

Yksi haastatteluun osallistuneista kertoi yksikkökohtaisesta käytännöstä, jossa asiakkaat siirtyvät jatkoseurantaan terveysaseman diabeteshoitajalle, jos vuoden kuluttua synnytyksestä otettavien laboratoriokokeiden tuloksissa on poikkeavuuksia. Vastaanottokäynnillä diabeteshoitajat laativat asiakkaille suunnitelman raskausdiabeteksen jatkoseurantaa varten. He seuraavat asiakkaiden verenpainetasoa, vyötärönympärystä ja laboratoriokokeita yhden - kolmen vuoden välein yksilöllisen arvion perusteella.

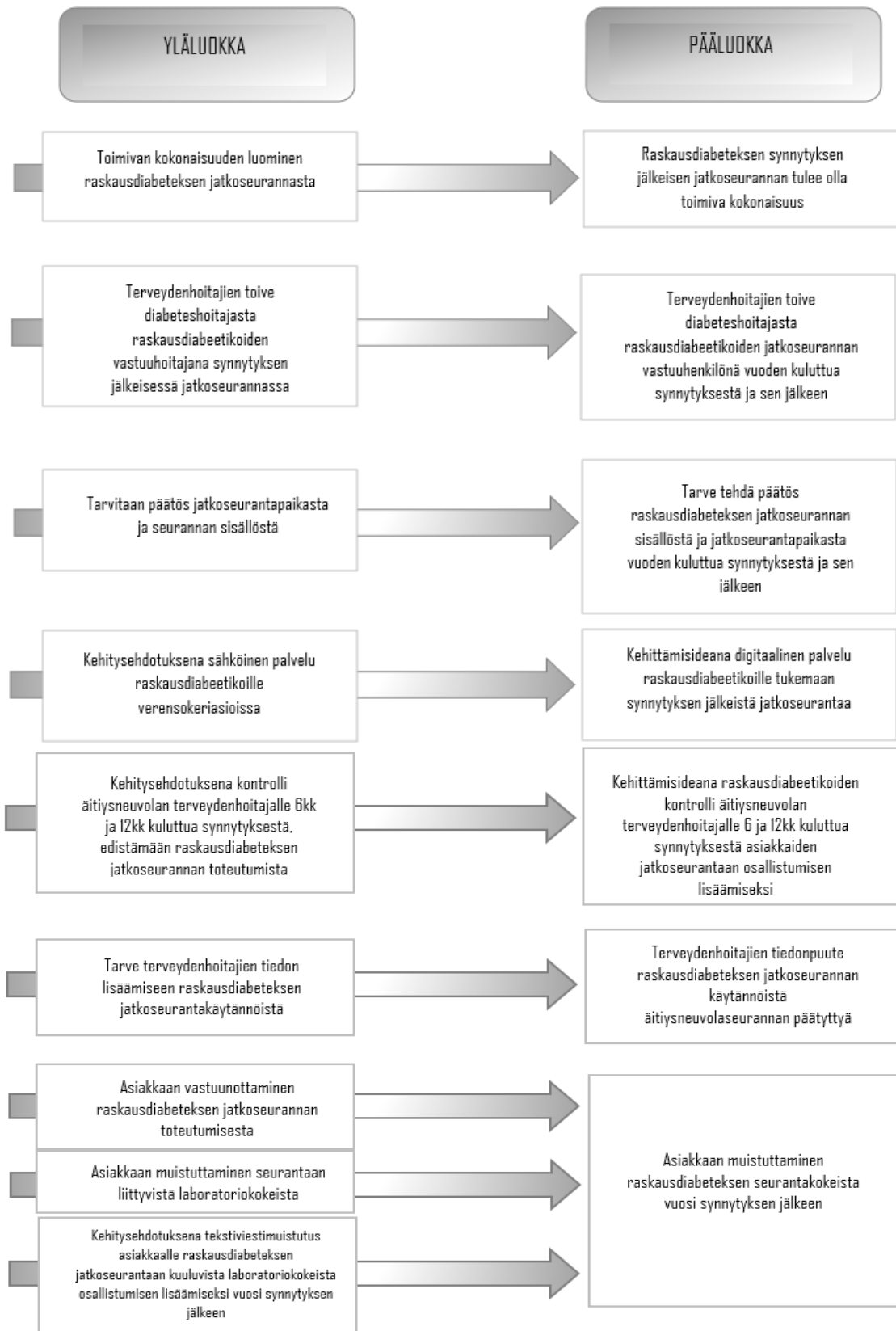
Osa haastatteluun osallistuneista terveydenhoitajista mainitsi aiemmin hyödynnettävissä olleina jatkoseurantapaikkoina myös aikuisneuvolan ja aikuisvastaanoton. Tuolloin äitiysneuvolan terveydenhoitaja ohjasi asiakkaat raskausdiabeteksen jatkoseurantaan aikuisneuvolaan tai -vastaanottoon. Terveydenhoitajat olivat kokeneet käytännön helpoksi ja toimivaksi. Terveydenhoitajat olivat sitä mieltä, että myös asiakkaiden seurantakäynnit aikuisvastaanoton terveydenhoitajan vastaanotolla toteutuivat hyvin ja suunnitellusti. Terveydenhoitajat kaipaavat jotakin vastaavaa jatkoseurannan toteutustapaa aikuisneuvola- ja aikuisvastaanottotoiminnan tilalle.

## **7.4 Tarve turvata suositusten mukainen raskausdiabeteksen seurannan jatkuvuus synnytyksen jälkeen**

Aineiston analyysi osoitti, että suositusten mukainen raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeinen seuranta ei toteudu suositusten mukaisesti, jos vuoden kuluttua synnytyksestä otettujen laboratoriotulosten tulokset ovat normaalit.

Terveystoimijat epäilevät, etteivät raskausdiabetesta sairastaneet asiakkaat saa terveysaseman vastaanottopalveluissa ohjausta, jos vuoden kuluttua synnytyksestä otettavien laboratoriotulosten tulokset ovat normaalit. He ajattelevat, että laboratoriotulosten ollessa normaalit asiakkaille kerrotaan ainoastaan tulokset ja jäävät ilman terveydenhuollon ammattihenkilön ohjausta. Tutkimustulosten perusteella myös diabeteshoitajat ottavat asiakkaat vastaanotolleen vain silloin, jos raskausdiabeteksen seurantaan liittyvissä laboratoriotuloksissa on poikkeavuuksia vuoden kohdalla synnytyksestä.

Samalla tuli ilmi myös terveydenhoitajien epätietoisuus jatkoseurantasuosituksista. Asiakkaiden kysyessä vuoden kuluttua synnytyksestä otettavien laboratoriotuloksia puhelimitse äitiysneuvolan terveydenhoitajalta, myöskään terveydenhoitaja ei ole ohjannut asiakkaalle jatkoseurantaan, jos tulokset ovat normaalit. Asiakkaat ovat ohjautuneet diabeteshoitajalle ja jatkoseurantaan vain silloin, kun laboratoriotulokset ovat poikkeavat.



Kuvio 3. Seitsemän aineiston analyysin tuloksena muodostunutta pääluokkaa ja niihin liittyvät yläluokat.



## **7.5 Raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeisen jatkoseurannan tulee olla toimiva kokonaisuus**

Terveydenhoitajat ovat yhtä mieltä siitä, että äitiysneuvola-asiakkuuden päätyttyä raskausdiabeteksen seurantaan ja ohjaukseen tarvitaan yhtenäinen linja. He pitävät tärkeänä, että raskausdiabeteksen jatkoseurannasta onnistuttaisiin yhteistoiminta-alueella luomaan jatkossa toimiva kokonaisuus.

*”...kyllähän tähän tarvitaan se yhtenäinen linja, että miten tää nyt jatkohoidetaan sitte. Silleen, et se olis niinku asiakkaan kannalta mieleinen se kokonaisuus...”*

Tutkimuksessa nousi esille toiminnan suunnittelussa huomioitavat asiat myös sen osalta, että seuranta ja ohjaus saataisiin sisällytettyä järkevästi terveydenhoitajan työhön. Terveydenhoitajat arvostavat sitä, että synnytyksen jälkeisestä raskausdiabeteksen jatkoseurannasta pystyttäisiin luomaan asiakkaan kannalta mieleinen kokonaisuus.

## **7.6 Terveydenhoitajien toive diabeteshoitajasta raskausdiabeetikoiden jatkoseurannan vastuuhenkilönä vuoden kuluttua synnytyksestä ja sen jälkeen**

Terveydenhoitajien mielestä olisi hyvä, jos diabeteshoitaja toimisi vastuuhenkilönä raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeisen seurannan toteutuksessa. Tutkimuksessa ilmeni, että terveydenhoitajilla on aiempia positiivisia kokemuksia raskausdiabeteksen jatkoseurannan toteutumisesta diabeteshoitajalla. Yhteistoiminta-alueen eräässä toimintayksikössä oli ollut aiemmin tapana, että asiakkaat kysyivät vuoden kuluttua synnytyksestä otettavien seurantakokeiden tuloksia diabeteshoitajalta puhelimitse. Terveydenhoitajat kokivat käytännön hyväksi ja selkeäksi. Heidän mielestään diabeteshoitaja pystyy ottamaan paremmin vastuun asiakkaista, joilla on riski sairastua tyyppiin 2 diabetekseen. Terveydenhoitajat arvostavat diabeteshoitajan näkemystä ja arviointikykyä myös siitä, millaisella seurantavälillä asiakkaita tulisi seurata jatkossa.

Kehittämisehdotuksena terveydenhoitajat esittivät, että diabeteshoitajat laatisivat asiakkaille laboratoriolähetteen vuoden kuluttua synnytyksestä otettaviin laboratorioskokeisiin ja asiakkaat kysyivät tulokset diabeteshoitajilta. Samanaikaisesti terveydenhoitajat pohtivat yhteistoiminta-alueen diabeteshoitajien resursseja: asiakkaiden mahdollisuuksia kontaktoitua heihin, diabeteshoitajien

resursseja laboratoriolähetteen laatimiseen sekä seurantaan kuuluvien vastaanottokäyntien järjestämiseen.

### **7.7 Tarve tehdä päätös raskausdiabeteksen jatkoseurannan sisällöstä ja jatkoseuranta paikasta vuoden kuluttua synnytyksestä ja sen jälkeen**

Terveydenhoitajien näkökulmasta yhdeksi tärkeimmäksi kehittämiskohteeksi muodostui se, että raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeisen seurannan toteutuspaikasta tulee tehdä päätös. Terveydenhoitajat kokevat sopivan jatkoseuranta paikan valinnan haasteellisena.

Toiminnan sujuvuuden ja seurannan jatkuvuuden kannalta on tärkeä sopia vastuutaho, josta asiakkaat jatkossa kysyvät raskausdiabeteksen seurantaan kuuluvien laboratoriotulosten tulokset ja jossa asiakkaiden seuranta toteutetaan äitiysneuvola-asiakkuuden päätyttyä. Yhtä lailla raskausdiabeteksen jatkoseurannan sisältö mietityttää terveydenhoitajia. Analyysin perusteella terveydenhoitajat kokevat tärkeäksi, että kaikilla työntekijöillä on jatkossa yksikkökohtainen tieto siitä, minne raskausdiabetesta sairastaneet asiakkaat ohjataan synnytyksen jälkitarkastuksen jälkeiseen seurantaan.

### **7.8 Kehittämiseksi digitaalinen palvelu raskausdiabeetikoille tukemaan synnytyksen jälkeistä jatkoseuranta**

Haastattelussa nousi esille idea verensokeriasioihin liittyvän digitaalisen palvelun kehittämisestä asiakkaille. Tällä tarkoitettiin yhteistoiminta-alueen digitaaliseen palveluun sisältyvää ”Tarvitsetko apua?” – painiketta, jonka välityksellä raskausdiabetesta sairastaneet asiakkaat voivat olla helposti yhteydessä terveydenhoitajaan saadakseen lisätietoa verensokeriin liittyvistä asioista. Digitaalisen palvelun koettiin toimivan vastaanotolla annetun ohjauksen tukena, ikään kuin mahdollisuutena saada enemmän tietoa sitä tarvitseville.

### **7.9 Kehittämiseksi raskausdiabeetikoiden kontrolli äitiysneuvolan terveydenhoitajalle 6 ja 12kk kuluttua synnytyksestä, asiakkaiden jatkoseurantaan osallistumisen lisäämiseksi**

Haastattelussa tuli esille toive, että kaikissa yhteistoiminta-alueen äitiysneuvoloissa toteutuisi jatkossa asiakkaan ja terveydenhoitajan välinen soittokontrolli raskausdiabeteksen jatkoseurantaan

kuuluvien laboratoriotuloksista äitiysneuvola-asiakkuuden päätyttyä. Samalla muodostui keskustelua myös äitiysneuvolatoiminnan vastuun laajentamisesta ja asiakkuuden pidentämisestä raskausdiabeetikoiden myöhempään vastaanottokäynteihin.

Terveydenhoitajat ehdottivat, että etenkin lääkehoitoista raskausdiabetesta sairastaneet asiakkaat kävisivät äitiysneuvolan terveydenhoitajan vastaanotolla vielä kertaalleen kuuden kuukauden kuluttua synnytyksestä. Heidän mielestään seurannan tiivistäminen ja lisäkäynnin toteutuminen voisivat lisätä asiakkaiden osallistumista raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeiseen seurantaan.

Terveydenhoitajat suunnittelivat, että kuuden kuukauden kuluttua synnytyksestä tapahtuvan vastaanottokäynnin ajanvarauksen järjestely voitaisiin toteuttaa helposti jonotusjärjestelmän avulla. Tällä he tarkoittivat sitä, että raskausdiabetesta sairastaneet asiakkaat asetettaisiin ennakkoon joko terveydenhoitaja- tai neuvolakohtaiseen jonoon, josta heidät kutsuttaisiin äitiysneuvolan terveydenhoitajan vastaanotolle kuuden kuukauden kuluttua synnytyksestä. Jonotusjärjestelmän tarve perustuu analyysin mukaan siihen, ettei terveydenhoitajien vastaanottoaikoja ole yleensä luotu valmiiksi kuuden kuukauden päähän ja vastaanottoajan varaaminen asiakkaalle valmiiksi esimerkiksi synnytyksen jälkitarkastuksen yhteydessä on haasteellista.

### **7.10 Terveydenhoitajien tiedonpuute raskausdiabeteksen jatkoseurannan käytännöistä äitiysneuvolaseurannan päätyttyä**

Terveydenhoitajat ilmaisivat haastattelussa tietämättömyytensä raskausdiabeteksen jatkoseurantakäytännöistä. Analyysin perusteella terveydenhoitajat eivät tiedä, onko asiakkaille suositeltu jatkoseuranta ylipäättään toteutunut äitiysneuvola-asiakkuuden päätyttyä. Epäselvää neuvolapalveluiden terveydenhoitajille on jatkoseurannan toteutuminen sekä terveysaseman vastaanottopalveluissa että työterveydenhuollossa.

Osa terveydenhoitajista on epätietoisia raskausdiabeetikoiden jatkoseurannan vastuuhenkilöstä terveysasemalla; kaikki terveydenhoitajat eivät tiedä, ohjautuvatko asiakkaat terveysasemalla jatkoseurantaan tietyn vastuuhoidajan, kuten diabeteshoitajan vastaanotolle. Osalla terveydenhoitajista on käsitys, ettei terveysasemalla ole raskausdiabeetikoiden osalta nimettyä vastuuhenkilöä.

Epätietoisuus on tullut esille myös neuvolan puhelinpalvelussa: terveydenhoitajat eivät tiedä, mihin terveysasemalle kuuluva asiakas tulee ohjata, jos vuoden kuluttua synnytyksestä otettavien seurantakokeiden tulokset ovat poikkeavat.

Tutkimustulokset osoittivat, ettei terveydenhoitajilla ei ole tietoa jatkoseurannan toteutumisesta työterveydenhuollossa. Terveydenhoitajat eivät tiedä pyytävätkö asiakkaat laboratoriolähetteitä seurantaan varten työterveydenhuollosta ja kuinka seuranta toteutuu. He eivät myöskään tiedä työterveydenhuollon käytäntöjä, kuinka jatkoseuranta työterveydenhuollossa toteutetaan ja ovatko asiakkaat oikeutettuja ko. palveluun työterveydenhuollossa.

### **7.11 Asiakkaan muistuttaminen raskausdiabeteksen seurantakokeista vuosi synnytyksen jälkeen**

Raskausdiabetesta sairastaneiden asiakkaiden muistuttaminen jatkoseurantaan kuuluvista laboratoriokokeista vuoden kuluttua synnytyksestä ja sen jälkeen herätti haastateltavien keskuudessa paljon keskustelua. Terveydenhoitajat kokevat muistuttamisen hyvin ristiriitaisena. Heidän mielestään asiakkaiden tulee ottaa itse vastuuta jatkoseurannan toteutumisesta, mutta toisaalta he kuitenkin kokevat asiakkaan muistuttamisen tarpeelliseksi.

Haastattelussa terveydenhoitajat kertoivat, että raskausajan diabeetikoilla seurantakokeissa käyminen vuoden kuluttua synnytyksestä jää asiakkaiden omalle vastuulle. Äitiysneuvolan terveydenhoitajat eivät ole muistuttaneet asiakkaita laboratoriokokeista, vaan asiakkaiden täytyy itse huolehtia raskausdiabeteksen jatkoseurannan toteutumisesta. Yhteistoiminta-alueella on aiemmin sovittu, että lastenneuvolan terveydenhoitajat muistuttavat asiakkaita raskausdiabeteksen seurantakokeissa käymisestä, kun terveydenhoitaja tapaa perheen lapsen yksivuotisneuvolakäynnillä.

Automaattinen, yksilöllisesti ajastettu tekstiviestimuistutus asiakkaille raskausdiabeteksen jatkoseurantaan kuuluvista laboratoriokokeista sai terveydenhoitajien keskuudessa kannatusta. Terveydenhoitajien mielestä raskausdiabetesta sairastaneet asiakkaat tarvitsevat muistutusta vuoden kuluttua synnytyksestä otettavista laboratoriokokeista. He esittivät yhdeksi kehitysehdotukseksi asiakkaille lähetettävää tekstiviestimuistutusta vuoden kuluttua synnytyksestä. Terveydenhoitajat huomioivat, että aiemmin toteutetun raskausdiabeteksen asiakaspalautekyselyn tuloksista ilmeni

myös asiakkaiden toive seurantakokeista muistuttamiseen tekstiviestillä. Terveystenhoitajat korostivat tekstiviestimuistutuksen tukevan terveyden edistämistyötä.

*”...mie aattelin, et tuo muistutusviesti on kyllä sellainen niinku terveyden edistämistä parhaimmillaan...”*

Terveystenhoitajat ovat sitä mieltä, että tekstiviestimuistutus voi motivoida asiakkaita käymään suunnitelluissa jatkoseurantakokeissa ja siten lisätä asiakkaiden osallistumista raskausdiabeteksen seurantaan synnytyksen jälkeen. Parhaimmillaan tekstiviestimuistutus lisäisi asiakkaiden aktiivisuutta seurantakokeissa käymiseen ja edelleen tehostaisi diabeteksen ennaltaehkäisyä. Terveystenhoitajat toivat esille myös kustannushyöty näkökulman: asiakkaalle lähetetty tekstiviestimuistutus on todennäköisesti yhteiskunnalle edullisempaa kuin diabetespotilaiden hoitaminen.

Tutkimukseen osallistuneilla terveystenhoitajilla on positiivisia kokemuksia tekstiviestimuistutuksesta neuvolan vastaanottoaikojen osalta. Tekstiviestimuistutuksen ansiosta asiakkaiden osallistuminen neuvolan vastaanottokäynneille on lisääntynyt ja nykyisin on harvoin tilanne, että asiakas jättäisi saapumatta sovitulle vastaanottokäynnille neuvolaan. Positiiviset kokemukset vastaanottoaikojen tekstiviestimuistutuksesta tukevat kehitysajatusta muistuttaa asiakkaita raskausdiabeteksen jatkoseurantakokeista tekstiviestillä.

## **8 Pohdinta**

### **8.1 Eettisyys ja luotettavuus**

Eettisesti hyvään tutkimukseen kuuluvat tieteellinen tieto, taidot ja hyvät toimintatavat tutkimuksen toteutuksessa, tiedeyhteisössä sekä yhteydessä yhteiskuntaan. Hyvä tieteellinen käytäntö korostaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimuksen toteutuksessa, tulosten tallennuksessa ja esittämisessä mutta myös tutkimuksen ja tutkimustulosten arvioinnissa. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2023; Kuula 2011, 26, 34.) Myös luotettavuus, arvostus ja vastuunottaminen kuuluvat hyvän tieteellisen käytännön (*research integrity*) peruseriaatteisiin (Hyvä tieteellinen käytäntö...2023, 11).

Hyvän tieteellisen käytännön mukaan rehellisyys korostaa tutkimuksen avointa, oikeudenmukaista ja puolueetonta suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Lisäksi tutkimuksessa esille tulleet yksityiskohdat tulee julkaista rehellisesti ja avoimesti. Luotettavuuden käsite sisältää laadun varmistuksen tutkimuksen suunnittelussa, menetelmissä, analyysissä ja sekä voimavarojen hyödyntämisessä. Arvostuksen osoittaminen yhteiskuntaa, kollegoita, toiminnan osapuolia ja ympäristöä kohtaan on tärkeää. Tutkijan on tärkeä kantaa vastuuta tieteellisestä toiminnasta koko tutkimusprosessin ajan, aina tutkimusidean muodostumisesta vaikutusten arviointiin saakka. (Hyvä tieteellinen käytäntö...2023, 12.)

Hakalan (2018, 23–24) mukaan sisäinen luotettavuus käsittelee sitä, kuinka hyvin tutkimusmenetelmän avulla saadut tiedot vastaavat tutkimuskysymyksiin. Ulkoiseen luottavuuteen kuuluu arvio siitä, onko tutkimusmenetelmällä saavutetun aineiston tulokset yleistettävissä. Kehittämistyössä luotettavuuden arviointi sisältyi kaikkiin tutkimuksen vaiheisiin ja sitä tarkennettiin jatkuvasti kirjallisuuden tuella. Tutkimusmenetelmän vastaavuus tutkimuskysymyksiin nähden ja aineiston sisältö kehittämistyön tavoitteisiin sekä tarkoitukseen nähden saavutti kehittämistyölle asetetut tavoitteet.

Tutkijan velvollisuutena on noudattaa yleisesti määriteltyjä tutkimusperiaatteita. Tutkimuksessa hyödynnetään eettisiä periaatteita noudattavia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkija tekee päätökset oman tutkimustyönsä eettisistä ratkaisuista ja ottaa niistä vastuun. (Kuula 2011, 26, 34.) Tutkimuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja raportoinnissa tulee pyrkiä laadukkuuteen ja tieteellisen tiedon vaatimusten noudattamiseen (Kuula 2011, 35; Hyvä tieteellinen käytäntö 2023). Tutkimusta suunniteltaessa tulee huomioida aiheeseen liittyvä aikaisempi tutkimustieto, kunnioittaa sitä sekä viitata siihen asianmukaisesti (Hyvä tieteellinen käytäntö...2023, 13–14).

Kehittämistyön suunnittelu, toteutus, raportointi ja arviointi perustuivat hyvän tieteellisen käytännön periaatteisiin ja vastuunottoon. Suunnitteluvaiheessa perehdyttiin sekä valtakunnallisiin että kansainvälisiin aiheeseen liittyviin tutkimuksiin. Kehittämistyössä hyödynnettiin eri lähteistä saatua tieteellistä tietoa ja laadittiin asianmukaiset viittaukset. Aikaisempi kokemus tutkimus- ja kehittämistyöstä edesauttoi kehittämistyön toteutusta sekä sopivien menetelmien valitsemista. Kehittämistyön aikana esille tulleet yksityiskohdat raportoitiin tarkasti. Kehittämistyön aikana

korostettiin rehellisyyttä ja huolellisuutta. Arvokkaana pidettiin hyvää vuorovaikutusta kaikkiin kehittämistyössä mukana ja tukena olleisiin henkilöihin, yhteisöihin ja toimeksiantajaorganisaatioon.

Etuna laadullisessa tutkimuksessa on validiteetti eli ilmiön tarkka ja asianmukainen tutkiminen. Tutkimuksen pätevyyttä vahvistaa tutkijan ennakkoluulojen ja odotusten minimointi. Sen sijaan haittana on tulosten heikko yleistettävyyys, joka vaikuttaa tutkimuksella todennetun ilmiön soveltamista muihin vastaaviin ilmiöihin. Tutkimusta varten rakennetun teoreettisen tietopohjan suppeus voi laskea tutkimuksen arvoa. On väitetty, että laadullisessa tutkimuksessa aineison hankintaa edeltävästi tehty teoreettinen viitekehys voi johtaa puolueelliseen näkökulmaan ja vaikuttaa tutkimukseen negatiivisesti. Teoreettisen viitekehysten laatiminen edeltävästi on kuitenkin perusteltua menetelmän joustavuuden ja vaihteellisuuden vuoksi. Myös kirjallisuuteen sekä teoreettiseen taustaan perehtymistä ja eettistä arviointia tulee tehdä ennen tutkimuksen aloitusta, jo tutkimussuunnitelman tekovaiheessa. (Pyö ym. 2023.)

Tutkimussuunnitelma ja tutkimus itsessään toteutetaan teoreettiseen toistettavuuteen pohjautuen. Teoreettisella toistettavuudella tarkoitetaan sitä, että lukija päätyy tutkimustekstin perusteella samaan lopputulokseen kuin tutkimuksen tekijä. Teoreettisen toistettavuuden takaamiseksi tutkimuksen toteutus tulee kuvata mahdollisimman tarkasti sekä havainnollistaa tehdyt päätelmät ja tulokset. Silti tutkimus ei ole koskaan toistettavissa juuri samanlaisena, vaan jokainen laadullisella menetelmällä toteutettu tutkimus on ainutlaatuinen. (Vilka 2015, 45, 197–198.)

Osana kehittämistyötä toteutetun haastattelututkimuksen perusta pohjautui laadukkaisiin, hyväksi koettuihin sekä näyttöön perustuviin menetelmiin. Kehittämistyössä hyödynnettiin laaja-alaisesti tieteellisen tutkimuksen mukaisia metodeja sekä välineitä ja pyrittiin laadullisesti parhaaseen lopputulokseen. Sekä tiedon keruun pohjana olleessa tutkimuksellisessa osuudessa että kehittämistyön toteutuksessa korostettiin huolellisuutta ja tarkkuutta. Tiedon lisääntymisen ja syventymisen myötä kehittyneitä osaamista hyödynnettiin toteutusvaiheessa aktiivisesti kehittämistyön eri osa-alueilla koko prosessin ajan. Teoreettisen toistettavuuden mahdollisuutta ja arviointia haluttiin edistää kehittämistyössä avoimesti sekä teksteinä että kuvioina esitettyjen ja avoimesti julkaistujen ratkaisujen avulla. Tutkimuksen ainutlaatuisuus pohjautuu muun muassa tutkijan yksilöllisyyteen, kohderyhmään, tutkimustilanteeseen sekä toteutus- ja analysointitapoihin.

Ihmistieteiden eettisiin periaatteisiin kuuluvat tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioitus, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyys ja tietosuoja. Itsemääräämisoikeuden kunnioitukseen liittyvät muun muassa tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus, riittävä tiedonsaanti tutkimuksesta, sen toteutuksesta sekä tietojen käyttötarkoituksesta. Tutkittavilla tulee olla riittävästi tietoa tutkimuksesta ennen osallistumispäätöksen tekemistä. Lisäksi osallistujia on tärkeä informoida osallistumiseen liittyvästä ajankäytöstä. Yksi tutkimusetiikan ehdottomista säännöistä on vapaaehtoisuus tutkimukseen osallistumiseen. Osallistujia täytyy informoida osallistumisen vapaaehtoisuudesta, joka on voimassa koko tutkimuksen ajan. Tutkittavalla on oikeus keskeyttää tai perua osallistumisensa tutkimukseen missä tutkimuksen vaiheessa tahansa ja myös takautuvasti ilman perusteluja (Kuula 2011, 22–23, 61–62, 87, 106–107).

Kuula (2011, 105, 121) ohjeistaa, että tutkittavien motivaatiota lisää tieto tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista sekä tutkimustulosten hyödyntämisestä. Tutkittaville tulee kertoa tutkijan yhteystiedot ja organisaatio, aineiston keruumenetelmä, tutkimukseen osallistumisen aikataulusuunnitelma, kohderyhmän valinnan perusteet sekä aineiston käyttötarkoitus, käsittely ja säilyttäminen. Tutkimuksen kohderyhmän ja tutkittavien valintaan liittyvät perusteet tulee tuoda julki myös tutkittaville jo siinä vaiheessa, kun heitä lähestytään ensimmäisen kerran tutkimukseen liittyen.

Kehittämistyön kohdejoukon valinta perusteltiin osallistujille kutsukirjeessä sekä suullisesti ensimmäisellä tapaamiskerralla, haastatteluja edeltävästi. Kohderyhmään suhtauduttiin koko kehittämistyön ajan kunnioittavasti. Kehittämistyöhön osallistuneiden terveydenhoitajien yhteystiedot saatiin kehittämistyötä varten perustetusta Teams-ryhmästä. Ryhmän perusti kehittämistyön tekijän kollega, joka kuului osaksi kohdejoukkoa. Hän pyysi jokaiselta osallistujilta luvan Teams-ryhmän perustamiseen. Ryhmän perustamisen jälkeen kehittämistyön tekijä esitteli itsensä Teams-ryhmän keskustelupalstalla ja osallistujilta pyydettiin lupa kutsukirjeen lähettämiseksi heille sähköpostitse. Luvan saamisen jälkeen jokaiselle osallistujalle lähetettiin sähköpostitse kutsukirje, jossa oli tarkemmat tiedot kehittämistyöstä sekä tutkimukseen osallistumisesta.

Vilka (2015, 189, 191) painottaa, että tutkittaville lähetetyllä saatekirjeellä voi olla merkittävä vaikutus tutkimuksen onnistumiseen ja se voi jopa ratkaista tutkittavan päätöksen tutkimukseen osal-



listumisesta. Saatekirjeen avulla tutkittava voidaan vakuuttaa tutkimuksesta sekä motivoida osallistumaan tutkimukseen. Tutkimuksen kohteelle on tärkeä korostaa osallistumisen merkitystä. Kehittämistyön kohderyhmälle lähetettiin kutsu ryhmähaastatteluun (kts. Liite 1) sähköpostitse. Kutsukirjeessä tuotiin esille kehittämistyön tekijän kiinnostus kehittämistyön aiheeseen liittyen sekä perustelut aihevalinnalle. Kutsukirjeen teksti luotiin mahdollisimman innostavaksi ja lukijoiden motivaatiota nostattavaksi, jotta heidän olisi helppo tehdä myönteinen päätös kehittämistyöhön osallistumisesta. Kohderyhmän osallistumista kohtaan osoitettiin suurta arvostusta kutsukirjeessä, haastattelutilanteessa sekä myöhemmillä tapaamiskerroilla. Terveystieteilijältä saatua tietoa ja tukea kohtaan osoitettiin suurta kiitollisuutta koko kehittämistyön toteutuksen ajan.

Tutkimuksen luottamuksellisuus liittyy yksittäisten ihmisten tietojen käsittelyyn sekä näiden tietojen käyttöön liittyviin lupauksiin. Lupaukset aineiston käyttöön liittyen annetaan tutkimukseen osallistujille jo tutkimukseen osallistumista valmisteltaessa. Näin tutkittava voi luottaa siihen, että aineiston käyttö, käsittely ja säilytys toteutuvat sovitusti. Asioista tiedottaminen voi tapahtua esimerkiksi tutkimuksen saatekirjeessä. Tutkimuksessa on tärkeää välttää tutkittaviin kohdistuvia fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja taloudellisia vahinkoja. Psykkisten vahinkojen välttämiseksi tulee tutkittavia kunnioittaa kaikissa vuorovaikutustilanteissa. (Kuula 2011, 62–64, 99, 102.)

Osallistujille jaettiin tietoa tutkimuksesta sekä tietojen käyttötarkoituksesta kutsukirjeessä. Kehittämistyöhön liittyvät tapaamiset oli myös aikataulutettu jo valmiiksi kuukauden tarkkuudella. Ensimmäisen tapaamisen tarkka aikataulutus tehtiin Teams-ryhmän keskusteluosiossa ennakkoon ja muiden tapaamiskertojen tarkempi aikataulutus tehtiin yhdessä ensimmäisen tapaamisen aikana. Osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä keskeyttämisen mahdollisuudesta tiedotettiin osallistujia kutsukirjeessä sekä vielä suullisesti ensimmäisellä tapaamiskerralla ennen ryhmähaastattelua. Osallistujilla oli myös mahdollisuus esittää kehittämistyön tekijälle kysymyksiä sekä Teams-ryhmässä että sähköpostitse. Osallistujiin kohdistuvia vahinkoja onnistuttiin välttämään ennakkoon hyvin suunnitellulla toiminnalla. Myös tietosuojan noudattamisesta sekä yksityisyyden suojaamisesta kerrottiin osallistujille ennen haastattelun alkamista.

Tutkimuksen avoimuuteen ja kontrolloitavuuteen kuuluvat salassapitovelvollisuus ja vaitiolovelvollisuus tutkimuksen sisältöön liittyviin tietoihin liittyen (Vilka 2015, 46). Tutkimuksen aineisto tallennetaan tieteelliseen tietoon liittyvien vaatimusten mukaisesti (Hyvä tieteellinen käytäntö 2023).

Kuula (2011, 106, 111, 117, 129) ohjeistaa, että äänen tai kuvan tallentamisesta tulee kertoa osallistujille ennen kuin he ovat tehneet päätöksen tutkimukseen osallistumisesta. Jos ääni- ja kuvatalenteisiin liittyy arkaluonteisia asioita, tulee tallentamiseen sekä tallenteiden säilyttämiseen tutkimustarkoituksessa pyytää erillinen suullinen ja kirjallinen lupa tutkittavilta. Tärkeää on kertoa osallistujille, että äänitallennetta käsittelee ainoastaan tutkija. Haastattelut eivät vaadi tutkimus-suostumusta, jos aineiston tietoja ei yhdistetä viranomaisilta saatuihin tietoihin tai jos arkaluontoisia tietoja sisältävää aineistoa ei ole tarkoitus säilyttää tunnisteellisena esimerkiksi jatkotutkimuksia varten.

Tutkimukseen osallistujia informoitiin haastattelujen tallentamisesta kutsukirjeessä. Tutkimusaiheen näkökulmasta ennalta tiedettiin, ettei tutkimusaineiston tallenne tule sisältämään arkaluonteisia asioita. Sen vuoksi päädyttiin ratkaisuun, että tutkimukseen osallistuja antoi luvan äänen ja kuvan tallentamiseen sekä suostumuksensa tutkimukseen osallistumisen osallistumalla haastateluun. Tutkimusaineiston ja muistiinpanojen asianmukainen tuhoaminen tuotiin ilmi kirjallisesti kutsukirjeessä ja suullisesti haastattelun yhteydessä. Ainoastaan kehittämistyön tekijä käsittelee aineistoa ja aineistoa hyödynnettiin kehittämistyönä muodostuneen toimintaohjeen laatimisessa.

Tutkimukseen osallistujat eivät saa olla tunnistettavissa tutkimuksen teksteistä. Anonymisoidussa aineistossa suorat ja epäsuorat tunnisteet muokataan tai poistetaan kokonaan, jolloin yksittäisiä henkilöitä ei voida tunnistaa aineistosta. Laadullisen tutkimusaineiston yleisin anonymisoinnin tapa on erisnimien muuttaminen peitenimiksi. Muutokset tehdään jo aineiston litteroinnin yhteydessä. (Mts. 64, 113, 215.) Ryhmähaastattelu tallennettiin Teams-sovelluksen avulla ja aineistoa säilytettiin tallenteena osallistujien keskinäisessä Teams-ryhmässä toimeksiantajaorganisaation sisäisessä Teams-sovelluksessa. Litteroinnin jälkeen aineistoa säilytettiin kirjallisessa muodossa Word-tiedostossa kehittämistyöntekijän oppilaitoksen OneDrive-palvelussa sekä varmuuskopiona käyttäjän henkilökohtaisessa tiedostossa raportointiin saakka. Litteroinnin yhteydessä tutkimukseen osallistuneiden nimet muutettiin siten, etteivät henkilöt olleet tunnistettavissa (A1, A2 jne.) Lisäksi haastatteluissa mainitut paikkakunnat ja toimintayksiköt poistettiin kirjallisesta aineistosta anonymiteetin säilyttämiseksi.

Tutkimusaineisto on tarkoitettu ainoastaan tutkimuskäyttöön ja tutkimustulokset tulee kirjata sekä raportoida huolellisesti. Raportoinnissa ja julkaisussa tyyli tulee säilyttää asiallisena ja asenteeltaan neutraalina. Tutkimustulokset julkaistaan avoimesti ja aiheeseen liittyvät aikaisemmat tutkimukset tulee huomioida sekä kunnioittaa niitä omassa tutkimuksessaan. (Mts. 35–36, 63, 115.) Tutkimusaineisto muodosti tärkeän perustan kehittämistyönä laaditulle toimintaohjeelle. Tutkimustulokset kirjattiin sekä raportoitin huolellisesti ja avoimesti. Kehittämistyön menetelmäosuudessa viitattiin aikaisempaan tutkimustietoon asianmukaisesti ja kunnioittavasti. Tutkimustuloksia verrattiin raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeiseen seurantaan ja ohjaukseen liittyviin aiempiin tutkimuksiin.

Laadullinen tutkimus ei pyri tulosten yleistämiseen (Tuomi & Sarajärvi 2002, 86). Kehittämistyön osana tehdyn haastattelun tuloksia ei ollut tarkoitus yleistää, vaan saadun aineiston tarkoituksena oli tukea toimintaohjeen laatimista ja toimia sen tietopohjana. Kohderyhmä koostui yhteistoiminta-alueen viiden eri kunnan ja toimintayksikön terveydenhoitajista. Yhteistoiminta-alueeseen kuuluu yhteensä kolmetoista kuntaa. Tutkimustulokset luovat kuitenkin käsityksen yhteistoiminta-alueen yleisistä käytännöistä.

Kehittämistyössä arvioinnin kohteena on myös vaikuttavuus. Vaikuttavuus tarkoittaa toiminnan seurauksena syntyneitä muutoksia ihmisen terveydentilassa tai hyvinvoinnissa. Vaikuttavuudella voidaan tarkoittaa myös tietyn toiminnan seurauksena muodostunutta tiettyä todennäköisyyttä tuottaa toivottuja vaikutuksia. Kustannusvaikuttavuudella tarkoitetaan vaikutusten aikaansaamiseksi syntyneiden kustannusten yhteyttä vaikuttavuuteen. Vaikuttavuuden arviointia hankaloittaa suorituksen ja vaikutuksen välinen ajallinen yhteys, joka voi tulla ilmi viiveellä. (Torkki, Martikainen, Mäki-Opas 2022, 190–191.)

Torkki, Martikainen ja Mäki-Opas (2022) ohjeistavat, että terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vaikuttavuutta tulisi arvioida usealla eri tasolla. Mikrotasolla keskitytään tarkastelemaan asiakkaita, kuten toiminnan aikaansaamia muutoksia yksilöiden terveydessä ja hyvinvoinnissa tai asiakastyöhön asetettuja tavoitteita. Mesotason arvioinnissa sen sijaan kohteena ovat järjestelmät ja organisaatiot sekä niiden osuus terveyden ja hyvinvoinnin tukemisessa, kuten organisaation tavoitteiden saavuttaminen sekä tehokkuus- ja kustannusvaikuttavuus. Makrotasolla arvioidaan yh-

teiskuntaa, kuten sitä, kuinka yhteiskunnallisten tavoitteiden saavuttaminen hyvinvoinnin edistämisen ja kustannusten hallinnan suhteen on onnistunut. Toimintamallin vaikuttavuuden arviointi edellyttää kokonaisvaltaista käsitystä terveydestä ja hyvinvoinnista, tutkimusmenetelmien hyödyntämistä ja näiden tietojen yhdistämistä. Siten voidaan saada käsitys toimintamallin vaikutuksista eri yhteiskuntatasoilla. (Torkki, Martikainen & Mäki-Opas 2022, 192.) Vaikuttavuuden arvioinnin tulos voi olla esimerkiksi toiminnan kautta muodostuneet uudet yhteistyömuodot (Patja 2022b, 379).

Vaikutus sen sijaan on intervention seurauksena tullut muutos yksittäisen ihmisen tilassa, joka vaatii arviointia varten vertailukohteen: saatiinko tietty vaikutus aikaan ko. toiminnalla, vai johtiko vaikutukseen jokin muu syy. Vaikutukset ovat mitattavissa yksilötasolla, josta voidaan muodostaa edelleen laajempaa asiakasryhmän vaikuttavuustietoa. Terveyden edistämiseen liittyvässä toiminnassa haasteellista on usein todentaa, mitkä tekijät ovat aikaansaaneet muutokset ihmisen terveydessä tai hyvinvoinnissa, ja mikä on eri tapahtumien osuus vaikutusten aikaansaamisessa. (Torkki, Martikainen, Mäki-Opas 2022, 190–191.) Terveyden edistämisen toimintaan liittyvä hyöty voi olla esimerkiksi yksilöllinen kokemus elämänlaadun paranemisesta (Patja 2022b, 378).

Kehittämistyön aikana vaikuttavuuden ja vaikutusten arviointia ei ollut mahdollista toteuttaa, koska toimintaohje ja uudet toimintatavat otetaan käyttöön vasta kehittämistyön valmistumisen jälkeen. Kehittämistyöllä tavoiteltiin yksilö-, yhteisö- sekä yhteiskuntatasoista vaikuttamista. Terveyttä edistävät toimenpiteet terveystalvelujen suunnittelussa, aiempaa tehokkaammassa seurannassa ja ohjauksessa ovat jo itsessään vaikuttavia yksilö- ja yhteisötasolla. Vaikutusten aikaansaaaminen ko. tasolla muodostaa pitkällä aikatahtimella vaikuttavuutta myös yhteiskuntatasolla terveydentilan paranemisena sekä sairastavuuden ja sairastuvuuden vähenemisenä useissa eri sairausryhmissä.

Kehittämistoiminnalla tavoiteltiin mahdollista myöhempää toimintamallin jalkauttamista ja levittämistä laajemmin hyödynnettäväksi yhteistoiminta-alueen ulkopuolelle tai soveltaen eri asiakasryhmille. Tällä haettiin laajempaa vaikuttavuutta. Mäki-Opas, Absetz ja Martikainen (2022, 198–199) kuitenkin mainitsevat, että terveyden edistämisen yhdeksi haasteeksi muodostuu usein toimintamallien jalkauttaminen, levittäminen ja vakiinnuttaminen käytäntöön. Terveyden ja hyvinvoinnin

edistämiseen liittyvä skaalaaminen tarkoittaa toimenpiteiden toteuttamista laajuudeltaan sellaisessa mittakaavassa, että sillä on merkitystä koko väestön terveyteen ja hyvinvointiin. Skaalaamiseen kuuluvat panokset kuten saatavuuden, laajuuden, laadun tai tehokkuuden lisääminen sekä tuotokset kuten kattavuuden ja käytön parantaminen. Siihen liittyvät myös vaikuttavuus kuten sairastavuuden väheneminen ja terveyden paraneminen sekä kustannusvaikuttavuus eli käytettyjen resurssien suhde muodostuneeseen vaikuttavuuteen. Skaalaaminen on käytännössä muun muassa toimenpiteen tai palvelun levittämistä laajempaan käyttöön esimerkiksi maantieteellisesti eri alueille tai tietyistä kohderyhmästä laajempiin kohderyhmiin.

Skaalaamiseen liittyy aina laadullinen toimintatavan muuttaminen, joka mahdollistaa toiminnan muutoksen aikaisempaa laaja-alaisemmaksi. Siihen kuuluu myös tietyn palvelusisällön laajentaminen suuremmaksi kokonaisuudeksi, esimerkiksi liittämällä yhdeksi kokonaisuudeksi elintapamuutoksen, omahoidon ja vertaistuen. Skaalaamisessa korostetaan merkittävän lisähyödyn tavoittelua väestön terveydentilassa ja palvelun tehokkuutta voidaan lisätä esimerkiksi digitaalisten palveluiden avulla. Esimerkiksi omahoitoa tukevat digitaaliset palvelut voivat muodostaa merkittävää terveyshyötyä suhteessa kustannuksiin. Väestötasolla vaikuttavuus voi olla suuri, vaikka yksilötasolla toimenpiteen vaikutus olisi vähäinen verrattuna tehokkaampaan ohjaustapaan. (Mts. 199–200.)

Kehittämistyön myötä yhteistoiminta-alueen toimintatapoja muutettiin raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeisen seurannan ja ohjauksen osalta laaja-alaisemmaksi ja perusteellisemmaksi. Seuranta tiivistettiin ja sen jatkuvuutta tuettiin. Uuden toimintaohjeen mukainen toiminta pohjautuu yhä enemmän asiakaslähtöisyyteen ja vastaa yhä paremmin asiakkaiden tarpeisiin. Toimintaohjeen mukaisella terveydenhoitotyöllä edistetään asiakkaiden terveydentilaa, ennaltaehkäistään sairastuvuutta sekä mahdollistetaan varhainen terveysongelmien havaitseminen sekä niihin puuttuminen. Terveydenhoitajien toiminta painottuu yhä enemmän asiakkaiden elintapamuutosten mahdollistamiseen ja tukemiseen erilaisten menetelmien avulla. Synnytyksen jälkeistä seuranta selkiytettiin sekä toteutuspaikan että sisällön suhteen. Terveydenhuollon palvelua laajennettiin hyödyntämällä esimerkiksi moniammatillista yhteistyötä, vertaistukea sekä digitaalisia menetelmiä. Toimintaohjeen jalkauttamisen uskotaan sujuvan luontevasti toimeksiantajaorganisaation tuella.

## 8.2 Keskeisten tulosten tarkastelu ja pohdinta

Kehittämistyön tavoitteena oli yhteistoiminta-alueen terveydenhoitotyön käytänteiden yhtenäistäminen sekä raskausdiabeteksen seurannan ja ohjauksen tehostaminen synnytyksen jälkeen. Lisäksi pyrittiin raskausdiabeteksen uusiutumisen sekä myöhemmän sairastuvuuden vähentämiseen. Tutkimuskysymysten avulla kartoitettiin yhteistoiminta-alueen hyviä käytänteitä sekä mahdollisia kehittämistarpeita raskausdiabeetikkojen seurannassa ja ohjauksessa synnytyksen jälkeen.

Kehittämistyöhön osallistuneiden terveydenhoitajien näkökulmasta raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeiset seurannat äitiysneuvola-asiakkuuden päätyttyä ovat toteutuneet osalta heikosti. Raskausdiabetesselvityksen tulokset tukevat tätä käsitystä (Koski & Koivusilta 2019, 11). Selvityksen mukaan suurin osa asiakkaista (65 %) on tietoisia glukoosirasituskokeen ajankohdasta mutta laboratoriokoeseuranta toteutui vain 39 %: lla vastaajista. Yhdistyneessä kuningaskunnassa (UK) tehdyssä tutkimuksessa vuoden kuluttua synnytyksestä alle 60 % raskausdiabetesta sairastaneista naisista osallistui suunnitellusti laboratorioseurantaan ja toisen vuoden aikana enää alle 40 %. (Daly ym. 2018.)

Kehittämistyössä ensisijaisen tärkeää oli tehdä päätös jatkoseurannan vastuutahoista sekä tarkentaa Käypä hoito -suosituksen mukaisen seurannan sisältöä. Aineiston analyysi osoitti, että terveydenhoitajat kokivat äitiysneuvola-asiakkuuden jälkeisen seurannan hyvin epäselväksi. Raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeiseen seurantaan tarvittiin toimintaohje, joka selkeyttää hoitajan työtä ja asiakasohjausta sekä neuvolapalveluissa että perusterveydenhuollossa. Tämä koettiin tärkeäksi, koska toteutuneilla seurannoilla ja elintapaohjauksella on merkittävä osuus raskausdiabeteksen uusiutumisen ja sairauksien ennaltaehkäisyssä.

Myös Mäki, Korhonen ja Kurki (2020) vahvistavat, että käypä hoito -suositukseen perustuvat yhtenäiset ja selkeät ohjeet tukevat terveydenhuollon ammattilaisten työtä raskausdiabeteksen uusiutumisen ehkäisyssä. Raskausdiabetes käypä hoito -suositus (2022) on samaa mieltä siitä, että yhtenäisten seulontakriteereiden, seurannan ja hoidon avulla on mahdollista ehkäistä raskausdiabeteksen uusiutumista. Koski ja Koivusilta (2019, 8, 13, 17–18) korostavat saumatto-

mien hoitopolkujen rakentamista sekä yhtenäisiä hoitopolkuja ja toimintaohjeita. Terveydenhoitajien on todettu kaipaavan hoitopolkuihin selkeämpää vastuunjakoa epäselvyyksien välttämiseksi. Toimintaohjeiden on tärkeä käsittää laajuudeltaan myös synnytyksen jälkeinen seuranta ja ohjaus.

Myös tutkimustulokset osoittavat, että raskausdiabeteksen hoidon jatkuvuudessa on synnytyksen jälkeen haasteita. Raskausdiabetesselvityksen perusteella raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeiseen aikaan liittyvät hoitopolut sekä seurannat koettiin vähäiseksi ja riittämättömäksi myös diabeteksen ennaltaehkäisyn näkökulmasta (Koski & Koivusilta 2019, 10–11). Mäki, Korhonen ja Kurki (2020) esittävät yhdeksi syyksi seurannan jatkuvuuden haasteisiin vaihtelevat alueelliset käytännöt sekä eroavaisuudet seurannan vastuutahoissa. Seurannan jatkuvuus heikkenee, jos epäselvyys jatkoseurannan toteutuksesta välittyy myös asiakkaalle. Tämän toivat esille myös kehittämistyöhön osallistuneet terveydenhoitajat. Käypä hoito -suositusten mukaisen seurannan ja ohjauksen toteutuksesta tulisi sopia alueellisesti, laatia kirjalliset ohjeistukset käytännön toimintaan liittyen sekä tiedottaa niistä terveydenhuollon ammattilaisia. (Mäki, Korhonen & Kurki 2020.)

Toimintaohjeen (Ks. liite 3) toivotaan tukevan seurannan jatkuvuutta ja lisäävän turvallisuuden ja luottavaisuuden tunteita. Toimintaohje on rakennettu yhdessä kohderyhmään kuuluvien terveydenhoitajien kanssa. Valmis toimintaohje esiteltiin yhteistoiminta-alueen gdm-tiimin jäsenille ja neuvolapalveluiden ylihoitajalle, joilta pyydettiin myös arviota ja avoimia kommentteja toimintaohjeesta. Toimintaohje tullaan esittelemään äitiysneuvolapalveluiden terveydenhoitajille sekä vastaanottopalveluiden esihenkilöille ja hoitajille. Tämän koetaan parantavan ohjeen jalkauttamista ja lisäävän terveydenhuollon ammattilaisten tietoisuutta toimintaohjeeseen liittyen. Toimintaohje tulee ammattilaisten hyödynnettäväksi yhteistoiminta-alueen Intraan. Toimintaohje rakennettiin malliltaan Y-kirjaimen muotoon. Elintapa- ja lääkehoitoisen raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeisen alkuseurannan eroavaisuudet on kuvainnollisesti sijoitettu Y-kirjaimen haaroiksi. Alkaen 6kk kuluttua synnytyksestä seurannan sisällöt yhtenäistyvät ja muodostavat kuvion alaosan.

Aineiston analyysin perusteella yhteistoiminta-alueen toimintatapoihin ja jatkoseurannan toteutukseen liittyvää epävarmuutta ja -tietoisuutta on aiheuttanut se, että alueelta ovat puuttuneet toimintaa yhtenäistävät ja selkeyttävät ohjeet. Sillä on ollut vaikutusta myös asiakasohjaukseen, jonka myötä myös asiakkaat ovat tuoneet asiakaspalautekyselyssä ilmi kokemuksiaan jatkoseurannan epäselvyydestä. Tämä kokonaisuus vaikuttaa väistämättä edelleen asiakkaiden omahoitoon ja

seurantaan sitoutumiseen. Lisäksi seurantojen toteutuminen on jäänyt terveydenhoitajille avoimeksi. Seurantojen jatkuvuutta ei pystytty turvaamaan riittävän hyvin ja osittain sekin on vaikuttanut asiakkaiden jättäytymiseen raskausdiabetekseen liittyvistä seurannoista. Toimintaohjeen toivotaan selkeyttävän ja yhtenäistävän hoitajien toimintaa mutta myös parantavan asiakastytyväisyyttä.

Toimintaohje selkeyttää synnytyksen jälkeistä seurantaan myös perusterveydenhuollossa sekä sisällön että vastuunjaon osalta. Seurannan siirtyessä perusterveydenhuoltoon vastuuhenkilön ratkaisuun vaikuttivat terveydenhoitajien aiemmat positiiviset kokemukset diabeteshoitajien osaamisesta raskausdiabetesasiakkaiden kohdalla. Terveydenhoitajat arvostavat diabeteshoitajan laaja-alaista osaamista sekä asiakasohjauksen taitoja.

Tutkimustulosten perusteella raskausdiabeetikot ovat kokeneet, että synnytyksen jälkeinen ohjaus on ollut huonolaatuista. Osa asiakkaista koki, etteivät he saaneet lainkaan ohjausta ja osa koki saaneensa liian vähän ohjausta. Asiakkaat toivat ilmi tarpeensa konkreettiseen ja selkeään ohjaukseen sekä tukeen. (Koski & Koivusilta 2019, 10–11.) Sekä prediabeteksen että tyypin 2 diabeteksen varhainen tunnistaminen ja ennaltaehkäisy on todettu tärkeäksi (Huopio ym. 2014). Kehittämistyössä hyödynnetyt yhteistoiminta-alueen asiakaspalautekyselyn tulokset ovat samansuuntaisia. Tulokset huomioitiin toimintaohjeen laatimisessa ja asioita pyrittiin parantamaan seurantaan liittyvillä ratkaisuilla.

Asiakkaiden osallistumista seurantaan haluttiin tehostaa ja tarjota heille tukea terveydenhuollon palveluista tiivistämällä synnytyksen jälkeistä seurantaan. Asiakkaiden motivaation ja osallistumisen tukeminen mahdollistaa muun muassa riskitekijöiden kartoituksen sekä elintapaohjauksen, joilla on merkittävä osuus sairauksien ennaltaehkäisyssä ja varhaisessa tunnistamisessa. Daly ja muut (2018) ovat sitä mieltä, että synnytyksen jälkeistä seurantaan tehostamalla voidaan varmistaa asiakkaiden ymmärrystä kohonneesta diabetesriskistä ja tarjota mahdollisuus tiedon antamiseen ja elintapamuutoksissa tukemiseen. Myös Raskausdiabetesselvityksessä tuli ilmi, että asiakkaat toivovat seurantaan liittyviä kiireettömiä tapaamisia, tukea ja kannustusta seurantaan. Lisäksi he toivovat yksilöllistä ja konkreettista ohjausta, jossa huomioidaan asiakkaan voimavarat. Asiakkaiden osallistaminen palveluihin on tärkeää, jonka vuoksi jatkoseurantaan liittyvät suunnitelmat tulee



laatia asiakkaiden yksilölliset tarpeet ja toiveet huomioiden. Asiakkaille tulee antaa riittävästi tietoa raskausdiabetekseen liittyen ja hoitopolkua tulee vahvistaa parempien palveluiden järjestämiseksi. (Koski & Koivusilta 2019, 14, 17.)

Huopio ja muut (2014) ovat sitä mieltä, että vaikka asiakkaat ovat tietoisia kohonneesta diabetesriskistä, he eivät ole motivoituneita elintapamuutosten toteuttamiseen. Tämän vuoksi elintapamuutoksia tukevat toimenpiteet synnytyksen jälkeen ovat tarpeellisia. Seurannan ja ohjauksen järjestäminen on tärkeää ja siihen tulisi panostaa etenkin niiden asiakkaiden kohdalla, joilla todetaan poikkeava glukoosinsietokyky. Tähän perustuen toimintaohjetta laadittaessa on kiinnitetty huomiota sekä asiakkaiden tietoisuuden lisäämiseen että tehokkaaseen elintapaohjaukseen. Myös seurantaan kuuluvat erilaiset mittaukset ja tutkimukset tukevat elintapamuutosten käynnistämistä, toteuttamista sekä arviointia. Toimintaohjeeseen kirjatut viiterajat nopeuttavat terveydenhoitajan tekemää terveydentilan ja hyvinvoinnin arviointia.

RADIEL-tutkimuksesta saatujen tulosten mukaan tehostettu elintapaohjaus on hyödyllistä ainoastaan niille asiakkaille, joilla on merkittävä perinnöllinen riski sairastua tyyppin 2 diabetekseen (Terveelliset elintavat auttavat...2022). Elintapaohjauksesta on osoitettu olevan hyötyä usein eri tutkimusten perusteella. Elintapaohjaus kuuluu kuitenkin osaksi jokaista äitiysneuvolan vastaanottokäyntiä sekä synnytyksen jälkeisiä seurantakäyntejä ja sen merkitys on vuosien varrella vain korostunut minkä tahansa sairausryhmän ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Muun muassa Brown ja muut (2017) tuovat esille, että elintapaohjauksen on todettu auttavan naisia saavuttamaan painotavoitteensa synnytyksen jälkeen sekä pienentävän synnytyksen jälkeisen masennuksen riskiä. Tarnanen, Kaaja ja Melander (2023) toteavat, että terveellisillä elämäntavoilla on merkittävä vaikutus raskausdiabeteksen uusiutumisen riskin vähenemiseen. Myös Raskausdiabeteksen käypä hoito -suositus (2022) sekä Kaaja ja Vääräsmäki (2019) painottavat, että elintapoihin ja painonhallintaan vaikuttaminen ennen seuraavaa raskautta on tärkeää. Painonpudotuksen hyödyistä raskausdiabeteksen uusiutumiseen on julkaistu myös tutkimusnäyttöä (Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022). Patjan (2022d, 154) mielestä myös epäsuora toiminta voi olla vaikuttavaa, jos se kohdistuu suureen ihmisryhmään ja sen avulla ehkäistävä haitta on merkityksellinen.

Puhkalan ja muiden (2013) tutkimuksen mukaan jo synnytystä seuraavan vuoden aikana tutkimusryhmään osallistuneilla suomalaisnaisilla vyötärön ympärys ja paastoglukoositaso oli suurentunut

yli tavoitetason. Myös verenpainetaso oli kohonnut viiterajan yläpuolelle, ja HDL-kolesterolitaso oli laskenut viiterajan alapuolelle. Lähes viidennelle osallistujista, joilla oli suurentunut gdm-riski raskauden alkuvaiheessa, oli kehittynyt metabolinen oireyhtymä vuoden kuluttua synnytyksestä. Myös tämän tutkimuksen tulokset korostavat synnytyksen jälkeisen seurannan ja elintapaohjauksen merkitystä.

Synnytyksen jälkeinen seurantavastuu päätettiin jakaa selkeästi äitiysneuvolan terveydenhoitajien ja diabeteshoitajien kesken. Sovittiin, ettei asiakkaita ohjata ensisijaisesti työterveydenhuoltoon, vaan asiakkaat voivat hakeutua sinne omasta tahdostaan. Tämä päätös tehtiin työterveydenhuollon asiakkuussopimusten eroavaisuuksien vuoksi, eikä asiakkaiden ohjaaminen työterveydenhuoltoon välttämättä selkeytä toimintaa toivotulla tavalla. Äitiysneuvolan seurantavastuun pidentämisen koettiin turvaavan seurannan jatkuvuutta, kun asiakas saa asioida hänelle tutussa toimintaympäristössä ja parhaimmillaan jatkaa asiakkuutta tutun terveydenhoitajan vastaanotolla vielä vuoden ajan synnytyksen jälkeen.

Dennisonin ja muiden (2019) laatiman kirjallisuuskatsauksen mukaan asiakkaiden synnytyksen jälkeiseen seurantaan osallistumiseen vaikuttavat suhde terveydenhuoltoon, tapaamisten ja laboratoriokokeiden järjestäminen sekä huoli diabeteksestä. He korostavat, että asiakkaiden tietoisuutta kohonneesta tyyppin 2 diabeteksen riskistä tulee lisätä. Asiakkaita tulee tukea ja motivoida yhä enemmän osallistumaan seurantakokeisiin, jonka myötä diabeteksen ennaltaehkäisyä voidaan tehostaa. Toimintaohjetta laadittaessa koettiin, että seurannan jatkuminen äitiysneuvolassa ensimmäisen synnytyksen jälkeisen vuoden ajan ja selkeä vastuunjako lisäävät asiakkaiden osallistumista seurantoihin, motivoivat omahoitoon sekä edesauttavat sairauksien ennaltaehkäisyssä ja raskausdiabeteksen uusiutumisessa.

Toimintaohjeeseen haluttiin sisällyttää vertaistuen mahdollistaminen asiakkaille. Vertaistuen merkitys hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä sekä ylläpitämisessä on merkittävä. Raskausdiabetesselvityksessä ilmeni, kuinka tärkeäksi asiakkaat vertaistuen kokevat ja hakeutuivat vertaistuen piiriin myös oma-aloitteisesti digitaalisia menetelmiä hyödyntäen. He esittivät toiveen myös vertaistuesta osana terveydenhuollon palveluja. (Koski & Koivusilta 2019, 12.)

Terveydenhoitajat ehdottivat myös digitaalisen palvelun kehittämistä synnytyksen jälkeisen raskausdiabeteksen seurannan ja omahoidon tueksi sekä osallisuuden ja motivaation lisäämiseksi. Myöhemmissä kohderyhmän tapaamisissa tuli kuitenkin esille, että yhteistoiminta-alueella oli haastattelun jälkeen otettu käyttöön palvelu, jossa asiakas voi jättää verkkoajanvarauksen kautta yhteydenottopyynnön suoraan gdm-hoitajalle. Tämän koettiin vastaavan haastattelussa esille tuotua ajatusta digitaalisesta palvelusta, eikä uuden palvelun kehittämiseksi koettu nyt tarvetta.

Seurantaan sitouttamisen tueksi otettiin uutena palveluna käyttöön yhteistoiminta-alueen asiakkaiden tekstiviestimuistutus seurantaan kuuluvista laboratorionkokeista vuoden kuluttua synnytyksestä. Tekstiviestimuistutus on tarkoitettu lähettämään suoraan potilastietojärjestelmästä asiakkaalle. Nykyaikainen teknologia mahdollistaa asiakkaan muistuttamisen tekstiviestitse yksilöllisesti oikeassa ajankohdassa potilastietojärjestelmään kirjattujen tietojen perusteella. Tekstiviestimuistutusta ei ole tässä käyttötarkoituksessa yhteistoiminta-alueella aiemmin hyödynnetty ja sen vuoksi siitä tehtiin kehitysehdotus Meitan IT-palveluihin. Kehittämistyön valmistumisvaiheessa suunnitellun tekstiviestimuistutuksen kehittämistoimenpiteet potilastietojärjestelmään olivat kesken. Tekstiviestimuistutuksen avulla pyritään lisäämään asiakkaiden aktiivisuutta ja osallisuutta seurantaan kuuluviin laboratorionkokeisiin. Laboratorionkokeiden tuloksiin liittyvien yhteydenottojen perusteella asiakkaiden toivotaan ohjautuvan jatkossa myös suositusten mukaisesti seurantoihin. Tämän ikään kuin ketjureaktiona toimivan tapahtumaketjun toivotaan tehostavan raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeistä seurantaan merkittävästi ja siten vaikuttavan myös asiakkaiden terveydentilan ja hyvinvoinnin paranemiseen sekä sairauksien ennaltaehkäisyyn.

Kosken ja Koivusillan (2019, 15) toteuttaman raskausdiabetesselvityksen myötä saadut tutkimustulokset osoittavat, että raskausdiabeteksen seurantavastuun jääminen asiakkaalle on hyvin yleistä. Kutsujärjestelmää ei yleisesti hyödynnetä ja muistuttaminen on tapahtunut ainoastaan lastenneuvolan terveydenhoitajien toimesta. Tanskalaisen tutkimuksen tulokset kuitenkin osoittavat, että asiakkaiden muistuttaminen synnytyksen jälkeisistä seurantakokeista on hyödyllistä ja sen avulla voidaan lisätä asiakkaiden seurantaan sitoutumista. Tutkimuksessa todettiin, että sähköpostitse lähetetty muistutusviesti lisäsi naisten seurantaan osallistumisen todennäköisyyttä 20 %. Muistutusviesti vuoden kuluttua synnytyksestä lisää merkittävästi naisten osallistumista seurantakokeisiin ja siitä hyötyivät eniten uudelleensynnyttäjät, joiden kiireinen arki voi vaikuttaa seurantaan osallistumiseen. (Nielsen ym. 2023.) Yhteistoiminta-alueella oli saatu aiemmin positiivista

näyttää asiakkaiden osallistumisen lisääntymisestä neuvola-aikojen tekstiviestimuistutuksen ansiota.

Koivun ja Koskisillan (2019, 15) mukaan synnytyksen jälkeisen seurannan sisällöt eivät ole aina toteutuneet käypä hoito -suositusten mukaisesti. Suositukseen kuuluvat painon, verenpaineen ja kolesteroliarvojen seurannat ovat toteutuneet hyvin (70 %) mutta esimerkiksi vyötärönympäryksen mittausta on toteuttanut vain puolet hoitajista, ja heistäkin suurin osa on maininnut mittauksen tapahtuvan asiakkaan toimesta. Laadittuun toimintaohjeeseen sisältyvät mittaukset on päätetty käypä hoito -suositusten mukaisesti ja määritelty terveydenhuollon ammattilaisen toteuttamiksi. Asiakkaiden omatoimiset mittaukset vaativat huolellisen opastuksen ja ohjauksen, eikä kotimitauksilla välttämättä saavuteta yhtä luotettavia tuloksia.

Toimintaohjeeseen luotiin omat osa-alueensa niin neuvolapalveluissa kuin vastaanottopalveluissakin tapahtuvaa seuranta varten. Toimintaohje on hyödynnettävissä sekä äitiysneuvolan että perusterveydenhuollon palveluissa. Toimintaohjeen sisältö laadittiin mahdollisimman selkeäksi mutta perusteelliseksi siten, että kuka tahansa terveydenhoitotyön ammattilainen voi työssään hyödyntää toimintaohjetta ilman aiheeseen liittyvää erikoisosaamista. Toimintaohjeeseen lisättiin viitteelliset vastaanottoajat kohderyhmän terveydenhoitajien toivomuksesta. Terveydenhoitajat toivoivat myös tilastointiohjeiden liittämistä toimintaohjeeseen, mutta tilastointiohjeiden päivityksen ajoittuessa juuri kehittämistyön valmistumisen yhteyteen, päädyttiin ko. lisäyksestä luopua. Toimintaohjeesta muodostui toivottu, terveydenhoitotyötä ohjaava, monipuolinen kokonaisuus. Raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeinen seuranta vaatii terveydenhuollon eri tahoilta saumatonta yhteistyötä asiakkaan tarvitsemien palveluiden järjestämiseksi, jota toimintaohjeen avulla halutaan edistää. Synnytyksen jälkeisen seurannan toteutumisella suositusten mukaisesti on merkittävä vaikutus myös terveydenhuollon kustannusten näkökulmasta.

### **8.3 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet**

Yhtenäisen toimintamallin puuttuminen on aiheuttanut yhteistoiminta-alueen terveydenhoitajien keskuudessa epävarmuutta sekä -tietoisuutta jatkoseurannan toteutuksesta. Tämä epävarmuus on välittynyt myös asiakkaille asiakaspalauttekyseilyn tulosten perusteella. Toimintaohjeen odotetaan yhtenäistävän ja selkeyttävän terveydenhuollon käytäntöjä jatkossa. Toimintaohje luo tarkat, käypä hoito -suositusten mukaiset puitteet asiakkaiden seurannalle ja ohjaukselle sekä turvaa

myös seurannan toteutusta sekä jatkuvuutta asiakaslähtöisesti. Toimintaohjeen mukainen toiminta vahvistaa asiakkaan hallinnan tunnetta ja aktiivista toimijuutta, koska hyvä asiakaskokemus syntyy osallisuuden sekä merkityksellisyyden kokemuksista.

Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista kartoittaa raskausdiabeetikoiden synnytyksen jälkeisen seurannan toteutumista uuden toimintaohjeen käyttöönoton jälkeen. Tieto siitä, ovatko asiakkaat sitoutuneet aiempaa paremmin synnytyksen jälkeiseen seurantaan ja kuinka he suhtautuvat tiivistettyyn seurantaan olisi tärkeää ennaltaehkäisevien ja terveyttä edistävien palveluiden kehittämisen näkökulmasta. Asiakkaiden kokemuksia ja asiakastyytyvääsyyttä voitaisiin kartoittaa esimerkiksi asiakaspalautekyselyn avulla tietyn ajan kuluttua toimintaohjeen käyttöönotosta. Tärkeää olisi toisaalta selvittää myös äitiysneuvolan terveydenhoitajien tai vastaanottopalveluiden hoitajien kokemuksia toimintaohjeen käytöstä ja ohjauksen sujuvuudesta uuden toimintamallin käytön aikana.

Lisäksi olisi tärkeää selvittää toimintaohjeen mukaisen terveydenhoitotyön vaikuttavuutta. Mielenkiintoista olisi saada tietoa siitä, onko seurannan ja ohjauksen tehostumisella todennettavissa laajempaa vaikutusta yhteistoiminta-alueen tyypin 2 diabeteksen sairastuvuuteen tai raskausdiabeteksen uusiutumiseen pidemmällä aikavälillä.

## Lähteet

A 338/2011. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Annettu 6.4.2011. Viitattu 29.10.2022. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>.

Absetz, P. 2022a. Terveyden edistäminen terveydenhuollon asiakas- ja potilaskohtaamisissa. Julkaisussa Terveyden edistäminen. Toim. K. Patja, P. Absetz & P. Rautava. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 325–330.

Absetz, P. 2022b. Terveyden edistämisen suunnittelu ja arviointi. Julkaisussa Terveyden edistäminen. Toim. K. Patja, P. Absetz & P. Rautava. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 160–170.

Access to diabetes care. N.d. About World Diabetes Day 14 November. Viitattu 5.12.2022. <https://worlddiabetesday.org/about/theme/>.

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. 4. uud. p. Tampere: Vastapaino.

Alfadhli, E.M. 2015. Gestational diabetes mellitus. Saudi Medical Journal 2015, 36, 399–406. Viitattu 18.12.2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4404472/>.

Brown, J., Alwan, N.A., West, J., Brown, S., McKinlay C.J., Farrar, D. & Crowther C.A. 2017. Lifestyle interventions for the treatment of women with gestational diabetes. Pubmed. Julkaistu 4.5.2017. Viitattu 22.3.2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28472859/>.

Daly, B., Toulis K.A., Thomas, N., Gokhale, K., Martin, J., Webber, J., Keerthy D., Jolly K., Saravanan P. & Nirantharakumar K. 2018. Increased risk of ischemic heart disease, hypertension, and type 2 diabetes in women with previous gestational diabetes mellitus, a target group in general practice for preventive interventions: A population-based cohort study. PLOS Medicine, 16, 7. Julkaistu 16.1.2018. Viitattu 19.12.2022. <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002488>.

Dennison, R.A., Fox, R.A., Ward, R.J., Griffin, S.J. & Usher-Smith, J.A. 2019. Women's views on screening for Type 2 diabetes after gestational diabetes: a systematic review, qualitative synthesis and recommendations for increasing uptake. Wiley Online Library. Julkaistu 18.7.2019. Viitattu 28.3.2023. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dme.14081>.

Dyslipidemiat. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Sisätauti-lääkärien Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2022 (viitattu 8.4.2023). Saatavilla internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).

Elintapaohjauksen tarkistuslista – työkalu elintapaohjauksen yhdyspintapalvelujen suunnitteluun ja valmisteluun. 2022. Kansanterveyden neuvottelukunta, Rakenteet ja menetelmät -jaosto/ Elintapaohjauksen työryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaistu 29.6.2022. Viitattu 5.12.2022. <https://valtioneuvosto.fi/documents/1271139/132877911/ElintapaohjauksenTarkistuslista.pdf/4e07bded-6dd0-61e4-f742-59d03252e998/ElintapaohjauksenTarkistuslista.pdf?t=1662720718208>.

- Eskola, J., Lätti, J. & Vastamäki, J. 2018. Teemahaastattelu: Lyhyt selviytymisopas. Julkaisussa Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalla tutkijalle. Toim. R. Valli. Jyväskylä: PS-kustannus, 27–51.
- Haarala, P. & Mellin, O-K. 2015. Kansanterveystyö ja terveyden edistäminen. Julkaisussa Terveydenhoitajan osaaminen. Toim. H. Haarala, H. Honkanen, O-K. Mellin & T. Tervaskanto-Mäentausta. 2. uud. p. Helsinki: Edita, 26–45.
- Haarala, P. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2015. Terveydenhoitaja ammattina. Julkaisussa Terveydenhoitajan osaaminen. Toim. H. Haarala, H. Honkanen, O-K. Mellin & T. Tervaskanto-Mäentausta. Helsinki: Edita, 7–24.
- Hakala, J.T. 2018. Toimivan tutkimusmenetelmän löytäminen. Julkaisussa Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalla tutkijalle. Toim. R. Valli. Jyväskylä: PS-kustannus, 14–26.
- Hakkarainen, H. 2022. Raskausdiabeteksen uusiutuminen. Näytönastekatsaus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Duodecim Käypä hoito. Julkaistu 31.5.2022. Viitattu 11.1.2023. <https://www.kaypahoito.fi/nak08017>.
- Hakulinen, T. & Koivumäki, T. 2022. Elämäntavoista keskustelu ja terveysneuvonta. Duodecim-terveysportti. Neuko-tietokanta. Julkaistu 20.1.2022. Viitattu 11.1.2023. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/nko/article/nla00087?toc=1112236> bc.
- Hakulinen, T., Korpilahti, U. & Wedenoja, S. 2021. Synnytyksen jälkeen kotikäynti tai vastaanottoikänti 1–7 vrk kuluttua kotiutuksesta. Duodecim Terveysportti. Neuko-tietokanta. Viim. muutos 23.2.2023. Viitattu 10.3.2023. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/nko/article/nla00025?toc=1112236>.
- Hakulinen, T., Uotila-Laine, H. & Korpilahti, U. 2022. Äitiysneuvolapalvelut. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Duodecim Terveysportti. Neuko-tietokanta. Viitattu 12.11.2022. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/nko/article/nla00091?toc=1112236>.
- Hakulinen-Viitanen, T. & Pelkonen, M. 2015. Terveydenhoitajan työn vaikuttavuuden lisääminen neuvolatyössä. Julkaisussa Terveydenhoitajan osaaminen. Toim. H. Haarala, H. Honkanen, O-K. Mellin & T. Tervaskanto-Mäentausta. Helsinki: Edita, 248–279.
- Health promotion. 2016. World Health Organization. Julkaistu 20.8.2016. Viitattu 5.12.2022. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/health-promotion>.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University press.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Honkanen, H. & Mellin, O-K. 2015. Terveyden edistämisen työmenetelmiä terveydenhoitajan työssä. Julkaisussa Terveydenhoitajan osaaminen. Toim. P. Haarala, H. Honkanen, O-K. Mellin & T. Tervaskanto-Mäentausta. Helsinki: Edita, 85–218.

Honkanen, H., Mellin, O-K. & Haarala, P. 2015. Lasta odottava ja alle kouluikäisen lapsen perhe terveydenhoitajan asiakkaana. Julkaisussa *Terveydenhoitajan osaaminen*. Toim. P. Haarala, H. Honkanen, O-K. Mellin & T. Tervaskanto-Mäentausta. Helsinki: Edita, 220–247.

Huopio, H., Hakkarainen, H., Pääkkönen, M., Kuulasmaa, T., Voutilainen, R., Heinonen, S. & Cedergberg, H. 2014. Long-term changes in glucose metabolism after gestational diabetes: a double cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 296. Julkaistu 30.8.2014. Viitattu 14.3.2023. <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2393-14-296>.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. N.d. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 5.12.2022. <https://stm.fi/terveyden-edistaminen>.

Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). 2023. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). Viitattu 1.4.2023. <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2023. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023. Viitattu 1.4.2023. [https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje\\_2023.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf).

Hyvän hoidon avaimet raskausdiabeteksen jälkeen. Potilasohje. Diabetesliitto. Viitattu 12.1.2023. <https://www.vantaa.fi/sites/default/files/document/Potilasohje%20Hyv%C3%A4n%20hoidon%20avaimet%20raskausdiabeteksen%20j%C3%A4lkeen%20%28Diabetesliitto%202019%29.pdf>.

Islab Laboratorion tutkimusohjekirja, N.d. Islab laboratorionkeskus. Viitattu 9.4.2023. <http://webohjekirja.mylabservices.fi/ISLAB/>.

Johns, E.C., Denison, F.C., Norman, J.E. & Reynolds, R.M. 2018. Gestational Diabetes Mellitus: Mechanisms, Treatment, and Complications. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 29, 11, 743–754. Julkaistu 5.10.2018. Viitattu 18.12.2022. [https://www.cell.com/trends/endocrinology-metabolism/fulltext/S1043-2760\(18\)30165-6?returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1043276018301656%3Fshowall%3Dtrue](https://www.cell.com/trends/endocrinology-metabolism/fulltext/S1043-2760(18)30165-6?returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1043276018301656%3Fshowall%3Dtrue).

Kaaja, R. & Vääräsmäki, M. 2019. Raskausdiabetes. Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim oppiportti. Viitattu 27.10.2022. <https://janet.finna.fi/>, Oppiportti.

Kampmann, U., Madsen, L.R., Skajaa, G.O., Iversen, D.S., Moeller, N. & Ovesen, P. 2015. Gestational diabetes: A clinical update. *World Journal of Diabetes*, 6, 8, 1065-1072. Julkaistu 7/2015. Viitattu 27.12.2022. [https://www.researchgate.net/publication/280692002\\_Gestational\\_diabetes\\_A\\_clinical\\_update](https://www.researchgate.net/publication/280692002_Gestational_diabetes_A_clinical_update).

Kettunen, J., Miettinen, P.J., Laitinen, K., Tikkanen, M. & Tuomi, T. 2018. MODY-diabetes ja raskaus. *Duodecim*, 134, 20, 2015–2023. Viitattu 28.12.2022. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/305731/duo14554.pdf?sequence=1>.

Kiviniemi, K. 2015. Laadullinen tutkimus prosessina. Julkaisussa *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Toim. R. Valli & J. Aaltola. Jyväskylä: PS-kustannus. 74–88.



Kohonnut verenpaine. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020 (viitattu 9.4.2023). Saatavilla internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).

Koivusalo S.B., Rönö K., Klemetti M.M., Roine R.P., Lindstöm J., Erkkola M., Kaaja R.J., Pöyhönen-Alho M., Tiitinen A., Huvinen E., Andersson S., Laivuori H., Valkama A., Meinilä J., Kautiainen H., Eriksson J.G. & Stach-Lempinen B. 2016. Gestational Diabetes Mellitus Can Be Prevented by Lifestyle Intervention: The Finnish Gestational Diabetes Prevention Study (RADIEL): A Randomized Controlled Trial. *Diabetes care*, 39, 1, 24–30. Julkaistu 30.7.2015. Viitattu 2.11.2022. <https://diabetesjournals.org/care/article/39/1/24/31648/Gestational-Diabetes-Mellitus-Can-Be-Prevented-by>.

Korhonen, U. 2023. Apulaisylilääkäri. Siun sote. Tiedonanto Teams-viestillä 31.3.2023.

Koski, S. & Koivusilta, K. 2019. Raskausdiabetesselvitys. Suomen Diabetesliitto ry. Viitattu 29.12.2022. [https://www.diabetes.fi/files/10918/Raskausdiabetesselvitys\\_2019.pdf](https://www.diabetes.fi/files/10918/Raskausdiabetesselvitys_2019.pdf).

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

L 1326/2010. Terveystalolaki. Annettu 30.12.2010. Viim. muutos 8.7.2022. Viitattu 29.10.2022. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

L 66/1972. Kansanterveyslaki. Annettu 28.1.1972. Viitattu 10.3.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1972/19720066>.

L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Annettu 17.8.1992. Viitattu 1.11.2022. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Leinonen, M. 2021. Raskaudenaikainen diabetes ja sen lääkehoito: Lääkehoito ja raskaus -tutkimushankkeen selvitys 2004–2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Julkaistu 20.4.2021. Viitattu 27.12.2022. <https://www.slideshare.net/THLfi/raskaudenaikainen-diabetes-ja-sen-laakehoito>.

Lindfors, P. & Katainen, A. 2022. Terveystalouden vaikuttavien ja terveyden edistämiseen liittyvien tekijöiden laadullinen tutkimus. Julkaisussa Terveiden edistäminen. Toim. K. Patja, P. Absetz & P. Rautava. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 353–360.

Lindholm, L.H. & Laitila, M. 2022. Työkaluja näyttöön perustuvien menetelmien käyttöönoton edistämiseksi. *Duodecim* 138, 881–888. Viitattu 10.4.2023. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo16839.pdf>.

Luoto, R. 2019. Liikuntasuositukset raskauden aikana. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 135, 21, 2079–2084. Viitattu 4.4.2023. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15211>.

Luoto, R. 2022. Terveystaloustieteellisiä näkökulmia raskausdiabetekseen. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Käypä hoito. Viitattu 29.12.2022. <https://www.kaypahoito.fi/nix01967>.

Lääkehoito ja raskaus. N.d. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 27.12.2022. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/laakehoito-ja-raskaus>.

Mattila, O., Kaakinen, P., Vesterinen, S., Kääriäinen, M., Elo, S., Autio, A-L. & Holopainen, A. 2021. Yhtenäisten käytäntöjen kehittämällä parempaa potilasturvallisuutta. Lumen, 2. Julkaistu 2/2021. Viitattu 10.4.2023. <https://www.lapinamk.fi/loader.aspx?id=9d708ddb-ac8d-454b-9bf2-730e349b2870>.

McIntyre, H., Ctalano, P., Zhang, C., Desoye, G., Mathiesen, E. & Damm, P. 2019. Gestational diabetes mellitus. Nature Reviews disease primers, 5, 47. Julkaistu 11.7.2019. Viitattu 19.10.2022. <https://www.nature.com/articles/s41572-019-0098-8>.

Metsälä, M. & Piironen, J. 2022. Raskausdiabetes terveydenhoitajan näkökulmasta. Siun soten äitiysneuvolan koulutuspäivän luento 22.11.2022.

Miten yhtenäisillä käytännöillä päästään tuloksiin? 2017. Hoitotyön tutkimussäätiö. ePressi. Viitattu 10.4.2023. <https://www.epressi.com/tiedotteet/tiede-ja-tutkimus/miten-yhtenaisilla-kaytannoilla-paastaan-tuloksiin.html?customer=782>.

Mitä raskausdiabeteksellä tarkoitetaan? N.d. Terveyskylä.fi. Viitattu 23.10.2022. <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/raskaus-ja-synnytys/raskausajan-ongelmat/raskausdiabetes/mit%C3%A4-raskausdiabeteksella-tarkoitetaan>.

Moilanen, P. & Räihä, P. 2015. Merkitysrakenteiden tulkinta. Julkaisussa Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Toim. R. Valli & J. Aaltola. Jyväskylä: PS-kustannus, 52–73.

Mäki, P., Korhonen, U. & Kurki, M. 2020. Raskausdiabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon on keinoja – synnytyksen jälkeisen seurannan kehittäminen tärkeää. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen blogi. Julkaistu 28.9.2020. Viitattu 29.12.2022. <https://blogi.thl.fi/raskausdiabeteksen-ehkaisyyn-ja-hoitoon-on-keinoja-synnytyksen-jalkeisen-seurannan-kehittaminen-tarkeaa/>.

Mäki-Opas, T., Absetz, P. & Martikainen, J. 2022. Rajatuista hankkeista laajamittaiseen toimeenpääntöön. Julkaisussa Terveiden edistäminen. Toim. K. Patja, P. Absetz & P. Rautava. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 198–213.

Nielsen, J.H., Fonager, K., Kristensen, J.K. & Overgaard, C. 2023. Effect of an electronic reminder of follow-up screening after pregnancy complicated by gestational diabetes mellitus: a randomized controlled trial. BMC Public Health 23, 153. Julkaistu 23.1.2023. Viitattu 28.3.2023. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-023-15060-9#ref-CR27>.

Ottawa Charter for Health Promotion. 1986. World Health Organization. Julkaistu 16.6.2012. Viitattu 5.1.2023. <https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>.

Otto, G. 2019. Gestational diabetes mellitus. Nature Reviews Disease Primers, 5, 48. Julkaistu 11.7.2019. Viitattu 19.10.2022. <https://www.nature.com/articles/s41572-019-0104-1>.

Painoindeksi ja vyötärön ympäryys. 2020. Käypä hoito -työryhmä Lihavuus (lapset, nuoret, aikuiset). Duodecim Käypä hoito. Julkaistu 3.3.2020. Viitattu 9.4.2023. <https://www.kaypahoito.fi/nix00163>.

Pajunen, A. 2022. Vaikuttamiseen sisältyviä arvovalintoja. Julkaisussa *Terveyden edistäminen*. Toim. K. Patja, P. Absetz & P. Rautava. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 211–213.

Patja, K. 2022a. Terveyden edistämisen määritelmät. Julkaisussa *Terveyden edistäminen*. Toim. K. Patja, P. Absetz & P. Rautava. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 12–18.

Patja, K. 2022b. Näyttöön perustuva terveyden edistäminen. Julkaisussa *Terveyden edistäminen*. Toim. K. Patja, P. Absetz & P. Rautava. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 377–389.

Patja, K. 2022c. Elintavat ja terveys. Julkaisussa *Terveyden edistäminen*. Toim. K. Patja, P. Absetz & P. Rautava. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 86–91.

Patja, K. 2022d. Terveyden edistämisen toiminnan tasot. Julkaisussa *Terveyden edistäminen*. Toim. K. Patja, P. Absetz & P. Rautava. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 152–159.

Patja, K., Absetz, P. & Rautava, P. 2022. Tulevaisuuden terveyden edistäminen. Julkaisussa *Terveyden edistäminen*. Toim. K. Patja, P. Absetz & P. Rautava. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 428–432.

Pennanen, T. 2022. Raskausdiabetes jo joka viidennellä odottavalla äidillä. *Lääkärilehti*. Julkaistu 31.5.2022. Viitattu 1.11.2022. <https://www.laakarilehti.fi/terveydenhuolto/raskausdiabetes-jo-joka-viidennella-odottavalla-aidilla/>.

Perinataalilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2018. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 49/2019*. Julkaistu 19.12.2019. Viitattu 21.1.2023. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138998/Tr49\\_19.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138998/Tr49_19.pdf?sequence=5&isAllowed=y).

Perinataalilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2021. Synnyttäjien keski-ikä nousee yhä. 2022. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 41/2022*. Julkaistu 28.11.2022. Viitattu 21.1.2023. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/145615/Perinataalilasto%202021.pdf?sequence=5&isAllowed=y>.

Poola-Kella, S., Steinman, R.A., Mesmar, B. & Malek, R. 2018. Gestational Diabetes Mellitus: Postpartum Risk and Follow Up. *Reviews on Recent Clinical Trials*, 13, 1, 5–14. Viitattu 22.3.2023. <https://www.ingentaconnect.com/content/ben/rrct/2018/00000013/00000001/art00005>.

Puhkala, J., Kinnunen, T.I., Vasankari, T., Kukkonen-Harjula, K., Raitanen, J. & Luoto, R. 2013. Prevalence of Metabolic Syndrome One Year after Delivery in Finnish Women at Increased Risk for Gestational Diabetes Mellitus during Pregnancy. *Journal of Pregnancy*, 2013. Julkaistu 20.3.2013. Viitattu 27.3.2023. <https://www.hindawi.com/journals/jp/2013/139049/>.

Puusa, A. & Juuti, P. 2020. *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Helsinki: Gaudeamus.

Pyo, J., Lee, W., Choi, E.Y., Jang, S.G. & Ock, M. 2023. Qualitative Research in Healthcare: Necessity and Characteristics. *Journal of Preventive Medicine & Public Health*, 56, 1, 12-20. Julkaistu 10.1.2023. Viitattu 5.4.2023. <https://www.jpmp.org/journal/view.php?doi=10.3961/jpmp.22.451>.

Päivitetty raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus korostaa terveyttä edistävien elintapojen tukemista. 2022. Duodecim. Julkaistu 30.5.2022. Viitattu 27.12.2022. <https://www.duodecim.fi/2022/05/31/paivitetty-raskausdiabeteksen-kaypa-hoito-suositus-korostaa-terveytta-edistavien-elintapojen-tukemista/>.

Rantala, E. & Mäki, P. 2022. Terveyskäyttäytymiseen vaikuttavat tekijät elinympäristössä. Julkaisussa Terveiden edistäminen. Toim. K. Patja, P. Absetz & P. Rautava. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 106–115.

Raskaana olevat ja imettävät. N.d. Ruokavirasto. Viitattu 19.12.2022. <https://www.ruokavirasto.fi/elintarvikkeet/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemus--ja-ruokasuositukset/raskaana-olevat-ja-imettavat/>.

Raskausdiabeteksen lääkehoito. N.d. Terveyskylä.fi. Viitattu 27.12.2022. <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/raskaus-ja-synnytys/raskausajan-ongelmat/raskausdiabetes/raskausdiabeteksen-%C3%A4%C3%A4kehoito>.

Raskausdiabeteksen seulonta, diagnostiikka, hoito ja seuranta. 2022. Käypä hoito -kuvat. Käypä hoito -työryhmä Raskausdiabetes. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Viitattu 28.12.2022. <https://www.kaypahoito.fi/imk00382>.

Raskausdiabeteksen toteaminen ja sokerirasitus. N.d. Terveyskylä.fi. Viitattu 20.12.2022. <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/raskaus-ja-synnytys/raskausajan-ongelmat/raskausdiabetes/raskausdiabeteksen-toteaminen-ja-sokerirasitus>.

Raskausdiabetes. 2022. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkärisseuran Duodecimin, Suomen Diabetesliiton lääkärieneuvoston ja Suomen Gynekologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkärisseura Duodecim, 2022 (viitattu 23.10.2022). Saatavilla Internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).

Raskausdiabetes. N.d. Diabetesliitto. Viitattu 12.12.2022. <https://www.diabetes.fi/diabetes/raskausdiabetes#29a132e9>.

Raskausdiabetes asiakaskyselyn tulokset 2022. Julkaistu Siun soten sisäisessä koulutustilaisuudessa 22.11.2022.

Raskausdiabetes ja synnytys. N.d. Terveyskylä.fi. Viitattu 20.12.2022. <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/raskaus-ja-synnytys/raskausajan-ongelmat/raskausdiabetes/raskausdiabetes-ja-synnytys#:~:text=Raskausdiabetes%20korjaantuu%20l%C3%A4hes%20aina%20heti%20synnytyksen%20l%C3%A4lkeen%20ja,synnytyksest%C3%A4.%20Muutoin%20sokerirasitustesti%20tehd%C3%A4n%2012%20kuukauden%20kuluttua%20synnytyksest%C3%A4>.

Raskausdiabetes yleistyy voimakkaasti – merkittävin seuraus on sikiön liiallinen kasvu. 2021. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Julkaistu 21.4.2021. Viitattu 25.10.2022. <https://thl.fi/fi/-/raskausdiabetes-yleistyy-voimakkaasti-merkittavin-seuraus-on-sikion-liiallinen-kasvu>.

Raskaus- ja imetyisaika. N.d. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 19.12.2022. <https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus/ravitsemussuositukset/raskaus-ja-imetyisaika>.

Ruohomäki, A., Toffol, E., Upadhyaya, S., Keski-Nisula, L., Pekkanen, J., Lampi, J., Voutilainen, S., Tuomainen, T.-P., Heinonen, S., Kumpulainen, K., Pasanen, M. & Lehto, S.M. 2018. The association between gestational diabetes mellitus and postpartum depressive symptomatology: A prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 241, 263–268. Julkaistu 15.8.2018. Viitattu 19.12.2022. [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/305683/1\\_s2.0\\_S0165032718305482\\_main.pdf?sequence=1](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/305683/1_s2.0_S0165032718305482_main.pdf?sequence=1).

Sankilampi, U. 2022. Makrosomian määritelmä. Duodecim käypä hoito. Viitattu 23.2.2023. <https://www.kaypahoito.fi/nix01964>.

Ståhl, T. 2022. Kunnat terveyden edistäjänä. Julkaisussa *Terveyden edistäminen*. Toim. K. Patja, P. Absetz & P. Rautava. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 239–248.

Tarnanen, K., Kaaja, R., Kinnunen, T. & Vuorela, P. 2013. Raskausdiabeteksen huolellinen hoito edistää sekä odottavan äidin että syntyvän lapsen hyvinvointia. Viitattu 19.12.2022. <https://www.kaypahoito.fi/khp00076#s5>.

Tarnanen, K., Kaaja, R. & Meinander, T. 2023. Raskausdiabetes. Käyvän hoidon potilasversiot. Julkaistu 12.1.2023. Viitattu 12.1.2023. <https://www.terveyskirjasto.fi/khp00076>.

Tertti, K. 2019. Raskausdiabetes. *Yleislääkäri*, Suomen yleislääkärit gpf ry:n jäsenlehti, 34, 3, 13–16. Julkaistu 26.4.2019. Viitattu 23.10.2022. <https://www.lukusali.fi/index.html?p=Suomen%20yleisl%C3%A4%C3%A4k%C3%A4rit%20GPF%20ry&i=7a99be4c-839f-11e9-bb0c-00155d64030a>.

Terveelliset elintavat auttavat ehkäisemään raskausdiabetesta niillä, joilla perinnöllinen riski on suurin. 2022. Helsingin yliopisto. Julkaistu 4.5.2022. Viitattu 23.3.2023. <https://www.helsinki.fi/fi/uutiset/terveempi-maailma/terveelliset-elintavat-auttavat-ehkaisemaan-raskausdiabetesta-niilla-joilla-perinnollinen-riski-suurin>.

Terveyden edistämisen laatusuositus. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 5.12.2022. [https://stm.fi/documents/1271139/1359643/terveydenlaatusuositus\\_1.pdf/adbcbaf5-7cad-4e36-86bc-77fac9769466/terveydenlaatusuositus\\_1.pdf.pdf/terveydenlaatusuositus\\_1.pdf?t=1432298816000](https://stm.fi/documents/1271139/1359643/terveydenlaatusuositus_1.pdf/adbcbaf5-7cad-4e36-86bc-77fac9769466/terveydenlaatusuositus_1.pdf.pdf/terveydenlaatusuositus_1.pdf?t=1432298816000).

Tiitinen, A. 2022. Raskausdiabetes. Lääkirikirja Duodecim. Duodecim terveyskirjasto. Julkaistu 28.4.2022. Viitattu 21.1.2023. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00168>.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: näkökulmia kehittämisssessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Torkki, P., Martikainen, J. & Mäki-Opas, T. 2022. Terveyden edistämisen vaikuttavuuden arviointi. Julkaisussa *Terveyden edistäminen*. Toim. K. Patja, P. Absetz & P. Rautava. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 189–196.

Tunturi, S. 2021. Glukoosikoe, oraalinen, lyhyt, eli ”sokerirasituskoe” (Pt-Gluk-R). Laboratoriotutkimusten tulkinta. Duodecim Terveyskirjasto. Julkaistu 1.7.2021. Viitattu 18.12.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/snk03093>.

Tuomi, J. & Sarajärvi A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tyyppin 2 diabetes. 2020. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäri-seura Duodecim, 2020 (viitattu 9.4.2023). Saatavilla Internetissä: [www.kaypa-hoito.fi](http://www.kaypa-hoito.fi).

Uotila, J. 2022. Raskausdiabetes. Duodecim terveystietokanta. Viitattu 14.12.2022. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/nko/article/nla00094?toc=1112236>.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Wang, Y., Lu, S., Xu, X., Zhang, L., Yang, J. & Hu, W. 2022. The interactive effects of pre-pregnancy body mass index, thyroid function, and blood lipid levels on the risk of gestational diabetes mellitus: a crossover analysis. BMC Pregnancy and Childbirth, 22, 580. Julkaistu 20.7.2022. Viitattu 12.1.2023. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-022-04908-4>.

Wedenoja, S., Korpilahti, U. & Hakulinen, T. 2023. Synnytyksen jälkitarkastus 5–12 viikon kuluttua synnytyksestä. Duodecim terveystietokanta. Viitattu 10.3.2023. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/nko/article/nla00026?toc=1112236>.

Whellams, A. 2022. Osallistaminen ja terveyden edistäminen. Julkaisussa Terveyden edistäminen. Toim. K. Patja, P. Absetz & P. Rautava. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 257–274.

Yleistietoa kansantaudeista. N.d. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 12.2.2023. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>.

Äitiysneuvola. N.d. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 10.3.2023. <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/sote-palvelut/aitiys-ja-lastenneuvola/aitiysneuvola>.

Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. 2013. Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä. Toim. R. Klemetti & T. Hakulinen-Viitanen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy. Viitattu 31.10.2022. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110521/THL\\_OPA2013\\_029\\_verkko.pdf](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110521/THL_OPA2013_029_verkko.pdf).

## Liitteet

### Liite 1. Kutsu ryhmähaastatteluun

Hei!

Olen toisen vuoden terveydenhoitaja (yamk) opiskelija Jyväskylän ammattikorkeakoulusta.

Teen opinnäytetyönä yhteistoiminta-alueellenne kehittämistyön, jonka aiheena on raskausdiabeteksen seuranta ja ohjaus synnytyksen jälkeen. Kehittämistyön tarkoituksena on luoda yhteistoiminta-alueenne äitiysneuvolapalveluihin toimintaohje raskausajan diabeteksen synnytyksen jälkeiseen seurantaan ja ohjaukseen. Tavoitteena on yhtenäistää käytänteitä, tehostaa ohjausta ja seurantaa sekä vähentää raskausdiabeteksen uusiutumista ja myöhempää sairastuvuutta.

Olen kiinnostunut alueenne raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeisen ohjauksen ja seurannan nykytilasta, kehittämistarpeista ja hyväksi koetuista käytänteistä. Olette valikoituneet kohdejoukokseni, koska teillä on arvokasta tietoa käytännön terveydenhoitotyöstä ja sen avulla voimme yhdessä luoda hyvän perustan uuden toimintamallin kehittämiseksi.

Toivoisin saavani teiltä aiheeseen liittyvää tietoa kehittämistyötäni varten Teams-tapaamisten yhteydessä toteutettavina ryhmähaastatteluina. Tapaamisemme ovat kerran kuukaudessa joulukuun 2022 ja helmikuun 2023 välisenä aikana. Haastattelut toteutetaan joului- ja tammikuun tapaamiskerroilla. Ryhmähaastattelussa esitän teille muutamia teemaan liittyviä kysymyksiä ja varaan aikaa myös vapaamuotoiselle keskustelulle sekä ideoinnille aiheeseen liittyen.

Ryhmähaastatteluihin ja kehittämistyöhön osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja osallistumisen voi halutessaan keskeyttää missä tahansa kehittämistyön vaiheessa. Ryhmähaastattelut ovat luottamuksellisia ja osallistujien nimet sekä käsitellyt asiat tulevat ainoastaan tutkijan tietoon. Osallistumalla tapaamiskerroille hyväksyt tutkimukseen osallistumisen ja tapaamiskertojen tallentamisen. Tutkimuksessa saadut tiedot hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua.

Lieksassa 20.11.2022

Johanna Nevalainen

## Liite 2. Haastattelurunko

### Ensimmäinen haastattelukerta

- Millaiseksi koette raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeisen seurannan ja ohjauksen alueellanne tällä hetkellä?
- Minne raskausajan diabeetikot omassa työyksikössänne ohjautuvat synnytyksen jälkeisiin kontroleihin?
- Kuinka alueenne raskausajan diabeetikot tavoittavat heille kuuluvat palvelut synnytyksen jälkeen?
- Onko palveluihin hakeutuminen asiakkaiden omalla vastuulla vai saavatko he esimerkiksi muistutuksen kontroleista terveydenhuollosta?
- Millainen käsitys teillä on alueenne raskausdiabeetikkojen kontrolloiden toteutumisesta?
- Mitä kehitettävää alueellanne on synnytyksen jälkeisessä raskausdiabeetikkojen seurannassa ja ohjauksessa?
- Mitkä asiat koette alueellanne toimiviksi raskausdiabeetikkojen seurannassa ja ohjauksessa synnytyksen jälkeen?

### Toinen haastattelukerta

- Mitä odotuksia teillä on tulevaan toimintaohjeeseen liittyen?
- Mitkä asiat koette tärkeäksi huomioida uuden toimintaohjeen laatimisessa?
- Missä toimintayksikössä raskausajan diabeetikoiden synnytyksen jälkeinen seuranta ja ohjaus tulisi mielestänne toteuttaa jatkossa?
- Onko jatkoseurannasta ja -ohjauksesta tarpeen muistuttaa synnyttäneitä naisia? Jos on, niin kuinka muistutus tulisi toteuttaa?
- Onko synnytyksen jälkeinen raskausdiabeteksen seuranta ja ohjaus mahdollista toteuttaa alueellanne Raskausdiabetes käypä hoito -suosituksen mukaisesti?
- Vaatiiko Raskausdiabetes käypä hoito -suosituksen toteuttaminen työyksikössänne jonkinlaisia toiminnan muutoksia? Jos vaatii, niin mitä ne ovat?



## Liite 3. Toimintaohje

## LÄÄKEHOITOISEN RASKAUSDIABETEKSEN SYNNYTYKSEN JÄLKEINEN SEURANTA JA OHJAUS

AJANKOHTA	KÄYNNIN SISÄLTÖ JA TERVEYSNEUVONTA	TUTKIMUKSET JA VIITERAJAT
<p><b>Terveydenhoitajan kotikäynti tai vastaanotto 1.–7. vuorokauden kuluttua kotiutuksesta</b></p> <p>Ajanvaraus kotikäynti 180 min. tai vastaanottokäynti 90 min.</p>	<p>Kartoita terveydentila ja arjen sujuminen.</p> <p>Kartoita terveystottumukset ja anna elintapaohjausta. Tue terveellisten elämäntapojen noudattamisessa.</p> <p>Arvioi yksilöllinen veren glukoosipitoisuuden omaseurannan tarve ja ohjaa omaseurannan jatko.</p> <p>Ohjaa asiakasta käymään glukoosirasituskokeessa ennen synnytyksen jälkitarkastusta. Glukoosirasituskoe voidaan ottaa aikaisintaan kuuden viikon kuluttua synnytyksestä. Varmista laboratoriolähetteen voimassaolo ja kertaa ajanvaraus- sekä näytteenotto-ohjeet</p> <p>Varmista, että pysyvä Raskausdiabetes-diagnoosi on kirjattu potilastietojärjestelmään myöhemmän riskiarvion ja seurannan huomioimiseksi.</p>	<p><i>Glukoosipitoisuuden viiterajat omaseurannassa: paastoarvo 4-6mmol/l ja 2h aterian jälkeen alle 8,9mmol/l</i></p> <p><b>Pt-Gluk-R1 (1483)</b></p>
<p><b>Synnytyksen jälkitarkastus 5–12 viikon kuluttua synnytyksestä</b></p> <p>Ajanvaraus terveydenhoitajalle 90 min. tai terveydenhoitaja ja lääkäri 30 min. + 30 min.</p>	<p>Arvioi glukoosirasituskokeen tulokset.</p> <div data-bbox="491 927 922 1128" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Jos glukoosirasituskokeen tulos on normaali, seuraava kontrolli on vuoden kuluttua synnytyksestä.</p> <p>Jos glukoosirasituskokeen tuloksen perusteella todetaan kohonnut paastoarvo (IFG) ja/tai heikentynyt glukoosinsieto (IGT), ohjaa asiakas jatkoseurantaan terveysaseman diabeteshoitajalle.</p> </div> <p>Jos asiakas ei ole käynyt glukoosirasituskokeessa ennen jälkitarkastusta, ohjaa asiakasta käymään kokeessa mahdollisimman pian ja soittamaan tuloksista äitiysneuvolan terveydenhoitajalle tai neuvolan puhelinpalveluun.</p> <p>Arvioi veren glukoosipitoisuuden omaseurannan tulokset ja jatkoseurannan tarve. Ohjaa omaseurannan jatko.</p> <p>Kartoita terveydentila ja arjen sujuminen.</p> <p>Kartoita terveystottumukset ja anna elintapaohjausta. Tue terveellisten elintapojen noudattamisessa.</p> <p>Informoi kohonneesta sairastumisriskistä mm. diabetekseen sekä raskausdiabeteksen uusiutumisen ehkäisemisestä.</p> <p>Tue raskausdiabeteksen jatkoseurantaan sitoutumisessa.</p> <p>Arvioi tarve 6kk kontrolliin. Muutoin seuraava kontrolli on vuoden kuluttua synnytyksestä äitiysneuvolan terveydenhoitajan vastaanotolla.</p> <p>Laadi laboratoriolähetteet vuoden kuluttua synnytyksestä otettavia laboratoriotuloksia varten ja kertaa laboratorion ajanvaraus- sekä näytteenotto-ohjeet.</p> <p>Kerro mahdollisuudesta yhteydenottoopyyntöön gdm-terveydenhoitajalle verkkoajanvarauksen kautta (Toimipaikka: Perhekeskus Joensuu).</p> <p>Ohjaa asiakasta ottamaan yhteyttä äitiysneuvolan terveydenhoitajaan tai neuvolapalveluiden puhelinpalveluun vastaanottoajan varaamiseksi, kun synnytyksestä on kulunut vuosi aikaa.</p>	<p><i>Glukoosipitoisuuden viiterajat: paastoarvo alle 6,1 mmol/l ja 2h arvo alle 7,8 mmol/l.</i></p> <p><i>Glukoosipitoisuuden viiterajat omaseurannassa: paastoarvo 4-6mmol/l ja 2h aterian jälkeen alle 8,9mmol/l</i></p> <p><b>Pituus, paino ja BMI</b>  <i>BMI:n viiteraja 18,5- 25 kg/m<sup>2</sup></i></p> <p><b>Verenpaine</b>  <i>Vastaanotolla mitatun verenpainetason viiteraja elintapahoito huomioiden alle 140/90mmHg, kotiseurantatason viiteraja alle 135/85mmHg</i></p> <p><b>Pt-Gluk-R1 (1483) tai B -HbA1c (6128) ja Pf-Gluk (1472), fP-Kol (4515), fP-Kol-HDL (4516), fP-Kol-LDL (4599), fP-Trigly (4568)</b></p>

## ELINTAPAHOITOISEN RASKAUSDIABETEKSEN SYNNYTYKSEN JÄLKEINEN SEURANTA JA OHJAUS

AJANKOHTA	KÄYNNIN SISÄLTÖ JA TERVEYSNEUVONTA	TUTKIMUKSET JA VIITERAJAT
<p><b>Terveydenhoitajan kotikäynti tai vastaanotto 1.–7. vuorokauden kuluttua kotiutuksesta</b></p> <p>Ajanvaraus kotikäynti 180 min. tai vastaanottokäynti 90 min.</p>	<p>Kartoita terveydentila ja arjen sujuminen.</p> <p>Kartoita terveystottumukset ja anna elintapaohjausta. Tue terveellisten elämäntapojen noudattamisessa.</p> <p>Varmista, että pysyvä Raskausdiabetesdiagnoosi on kirjattu potilastietojärjestelmään myöhemmän riskiarvion ja seurannan huomioimiseksi.</p>	
<p><b>Synnytyksen jälkitarkastus 5–12 viikon kuluttua synnytyksestä</b></p> <p>Ajanvaraus terveydenhoitajalle 90 min. tai terveydenhoitaja ja lääkäri 30 min. + 30 min.</p>	<p>Kartoita terveydentila ja arjen sujuminen.</p> <p>Kartoita terveystottumukset ja anna elintapaohjausta. Tue terveellisten elintapojen noudattamisessa.</p> <p>Informoi kohonneesta sairastumisriskistä mm. diabetekseen sekä raskausdiabeteksen uusiutumisen ehkäisemisestä</p> <p>Tue raskausdiabeteksen jatkoseurantaan sitoutumisessa.</p> <p>Arvioi tarve 6kk kontrolliin (ensisijainen lääkehoitoa saaneille raskausdiabeetikoille).</p> <p>Muutoin seuraava kontrolli on vuoden kuluttua synnytyksestä äitiysneuvolan terveydenhoitajan vastaanotolla.</p> <p>Laadi laboratoriolähetteet vuoden kuluttua synnytyksestä otettavia laboratorioskokeita varten ja kertaa laboratorion ajanvaraus- sekä näytteenotto-ohjeet.</p> <p>Kerro mahdollisuudesta yhteydenottopyyntöön gdm-terveydenhoitajalle verkkoajanvarauksen kautta (Toimipaikka: Perhekeskus Joensuu).</p> <p>Ohjaa asiakasta ottamaan yhteyttä äitiysneuvolan terveydenhoitajaan tai neuvolapalveluiden puhelinpalveluun vastaanottoajan varaamiseksi, kun synnytyksestä on kulunut vuosi aikaa.</p>	<p><b>Pituus, paino ja BMI</b>  <i>BMI:n viiteraja 18,5- 25 kg/m<sup>2</sup></i></p> <p><b>Verenpaine</b>  <i>Vastaanotolla mitatun verenpainetason viiteraja elintapaohito huomioiden alle 140/90mmHg, kotiseurantatason viiteraja alle 135/85mmHg</i></p> <p><b>Pt-Gluk-R1 (1483) tai B -HbA1c (6128) ja Pf-Gluk (1472), fP-Kol (4515), fP-Kol-HDL (4516), fP-Kol-LDL (4599), fP-Trigly (4568)</b></p>

## LÄÄKE- JA ELINTAPAHOITOISEN RASKAUSDIABETEKSEN SYNNYTYKSEN JÄLKEINEN SEURANTA JA OHJAUS

**Kontrolli äitiysneuvolan****terveydenhoitajan vastaanotolla 6kk kuluttua synnytyksestä (yksilöllisen arvion perusteella)**

Ajanvaraus terveydenhoitajalle 60 min.

Vastaanotto äitiysneuvolan terveydenhoitajalle tai gdm-terveydenhoitajalle etävastaanottona

Kartoita terveydentila ja arjen sujuminen.

Kartoita terveystottumukset ja anna elintapaohjausta. Tue terveellisten elintapojen noudattamisessa.

Arvioi veren glukoosipitoisuuden omaseurannan tulokset ja jatkoseurannan tarve. Ohjaa omaseurannan jatko. Tue raskausdiabeteksen jatkoseurantaan sitoutumisessa.

Ohjaa jatkoseuranta: Seuraava kontrolli on 6kk:n kuluttua. Soitto laboratoriotutkimuksissa käynnin jälkeen äitiysneuvolan terveydenhoitajalle tai neuvolan puhelinpalveluun, josta ajanvaraus äitiysneuvolan terveydenhoitajalle.

Asiakas saa tekstiviestimuistutuksen seurantaan kuuluvista laboratoriotutkimuksista vuoden kuluttua synnytyksestä. Tarkasta tekstiviestilupa.

Kerro mahdollisuudesta yhteydenottopyyntöön gdm-terveydenhoitajalle verkkoajanvarauksen kautta (Toimipaikka: Perhekeskus Joensuu).

**Kontrolli äitiysneuvolan****terveydenhoitajan vastaanotolla vuoden kuluttua synnytyksestä**

Ajanvaraus terveydenhoitajalle 60 min.

Kun asiakas ottaa yhteyttä, varaa hänelle vastaanottoaika äitiysneuvolan terveydenhoitajalle

Arvioi laboratoriotutkimusten tulokset.

Jos glukoosikokeen tulokset ovat normaalit, seurantaväli on kolme vuotta.

Jos glukoosikokeen tuloksen perusteella todetaan kohonnut paastoarvo (IFG) ja/tai heikentynyt glukoosinsieto (IGT) seurantaväli on yksi vuosi.

Arvioi yksilöllisesti sopiva seurantaväli ja seurannan kesto diabeteksen riskitekijät huomioiden.

Kartoita terveydentila ja arjen sujuminen.

Kartoita terveystottumukset ja anna elintapaohjausta. Tue terveellisten elintapojen noudattamisessa.

Informoi kohonneesta sairastumisriskistä mm. diabetekseen sekä raskausdiabeteksen uusiutumisen ehkäisystä.

Tue raskausdiabeteksen jatkoseurantaan sitoutumisessa.

Ohjaa jatkoseuranta: Kerro ajankohtaisista vertaistukimahdollisuuksista ja Diabetesliiton verkkokursseista. Informoi jatkoseurannan siirtymisestä terveysaseman diabeteshoitajalle. Ohjaa asiakasta soittamaan terveysaseman puhelinpalveluun, kun seuraavat seurantakokeet ovat ajankohtaiset. Halutessaan asiakas voi hakeutua myös työterveydenhuollon seurantaan.

**Pituus, paino ja BMI***BMI:n viiteraja 18,5- 25 kg/m<sup>2</sup>***Verenpaine***Vastaanotolla mitattu verenpainetaso elintapaohito huomioiden alle 140/90mmHg, kotiseurantatasa alle 135/85mmHg**Glukoosipitoisuuden viiterajat omaseurannassa: paastoarvo 4-6mmol/l ja 2h aterian jälkeen alle 8,9mmol/l**Glukoosipitoisuuden viiterajat: paastoarvo alle 6,1 mmol/l, 2h arvo alle 7,8 mmol/l, HbA1c alle 48mmol/mol.***Pituus, paino ja BMI***BMI:n viiteraja 18,5- 25 kg/m<sup>2</sup>***Vyötärönympäryys***Viiteraja alle 80cm***Verenpaine***Vastaanotolla mitatun verenpainetason viiteraja elintapaohito huomioiden alle 140/90mmHg, kotiseurantatason viiteraja alle 135/85mmHg*

## LÄÄKE- JA ELINTAPAHOITOISEN RASKAUSDIABETEKSEN SYNNYTYKSEN JÄLKEINEN SEURANTA JA OHJAUS

<b>Kontrolli kahden vuoden kuluttua synnytyksestä ja sen jälkeen</b>	Asiakas ottaa yhteyttä terveysaseman puhelinpalveluun tai työterveydenhuoltoon. Laadi laboratoriolähetteet seurantakokeita varten ja varaa vastaanottoaika terveysaseman diabeteshoitajalle. Ohjaa asiakasta käymään laboratoriokokeissa ennen vastaanottoaika.	<b>Pt-Gluk-R1 (1483) tai B-HbA1c (6128) ja Pf-Gluk (1472), fP-Kol (4515), fP-Kol-HDL (4516), fP-Kol-LDL (4599), fP-Trigly (4568), P-ALAT (1024)</b>
Ajanvaraus diabeteshoitajalle 75 min	Jos glukoosirasituskokeen tulos on normaali, seurantaväli on kolme vuotta.	<i>Glukoosipitoisuuden viiterajat: paastoarvo alle 6,1 mmol/l, 2h arvo alle 7,8 mmol/l, HbA1c alle 48mmol/mol.</i>
	Jos glukoosirasituskokeen tuloksen perusteella todetaan kohonnut paastoarvo (IFG) ja/tai heikentynyt glukoosinsieto (IGT) seurantaväli on yksi vuosi.	<i>Lipidipitoisuuden viiterajat: LDL-kolesteroli alle 3mmol/l, triglyseridipitoisuus alle 1,7mmol/l, HDL-kolesterolipitoisuus yli 1,2mmol/l</i>
	Huomioi matalammat LDL-kolesterolin viiterajat suurentuneen riskin potilailla, kts. Dyslipidemiat käypä hoito -suositus.	<i>Alat-arvon viiteraja alle 35 U/l</i>
	Kartoita terveydentila.	<b>Pituus, paino ja BMI</b> <i>BMI:n viiteraja 18,5- 25 kg/m<sup>2</sup></i>
	Kartoita terveystottumukset ja anna elintapaohjausta. Tue terveellisten elintapojen noudattamisessa.	<b>Vyötärön ympäryys</b> <i>Viiteraja alle 80cm</i>
	Tue raskausdiabeteksen jatkoseurantaan sitoutumisessa.	<b>Verenpaine</b> <i>Vastaanotolla mitatun verenpainetason viiteraja elintapaohito huomioiden alle 140/90mmHg, kotiseurantatason viiteraja alle 135/85mmHg</i>
	Arvioi ja ohjaa yksilöllisesti sopiva seurantaväli ja seurannan kesto diabeteksen riskitekijät huomioiden. Lipidipitoisuutta tulee seurata yhtä tiheästi kuin plasman glukoositasoa.	
	Seurantasuunnitelma kirjataan asiakkaan terveys- ja hoitosuunnitelmaan hoidon jatkuvuuden takaamiseksi	

Toimintaohjeen lähteet: Dyslipidemiat: Käypä hoito -suositus, 2022; Islab Laboratorion tutkimusohjekirja n.d.; Kohonnut verenpaine: Käypä hoito -suositus, 2020; Tyypin 2 diabetes: Käypä hoito -suositus, 2020; Painoindeksi ja vyötärön ympäryys 2020; Raskausdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2022.