



LAUREA

Tyypin 1 diabeetikoiden
perusterveydenhuoltoon siirtyminen ja
kokemukset hoidonohjauksen riittävydestä ja
hoidon järjestämisestä Lohjan
terveyskeskuksen diabetespoliklinikalla



Henriikka Lahti

Jemina Hellberg

Vera Mustakangas

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Tyypin 1 diabeetikoiden perusterveydenhuoltoon
siirtyminen ja kokemukset hoidonohjauksen
riittävydestä ja hoidon järjestämisestä Lohjan
terveyskeskuksen diabetespoliklinikalla

Henriikka Lahti
Jemina Hellberg
Vera Mustakangas
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu 2010

Henriikka Lahti, Jemina Hellberg ja Vera Mustakangas

Tyypin 1 diabeetikoiden perusterveydenhuoltoon siirtyminen ja kokemukset hoidonohjauksen riittävydestä ja hoidon järjestämisestä Lohjan terveyskeskuksen diabetespoliklinikalla

Vuosi 2010 Sivumäärä 46

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tyypin 1 diabeetikoiden siirtokokemuksia erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, kokemuksia hoidon järjestämisestä Lohjan terveyskeskuksen diabetespoliklinikalla sekä heidän saamaansa hoidonohjauksen riittävyttä sairastumisen jälkeen. Työn tavoitteena oli tuottaa Lohjan terveyskeskuksen diabetespoliklinikalle tietoa siirron onnistumisesta sekä tyypin 1 diabeetikoiden omahoidon osaamisesta eri osa-alueilla niin, että tuloksia voidaan hyödyntää diabetespoliklinikan kehittämisessä.

Tämä opinnäytetyö on tehty kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimusotteella. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon vuoden 2006-2007 siirtyneiltä tyypin 1 diabeetikoilta (n = 19). Tutkimuksen aineisto analysoitiin SPSS -tilasto-ohjelman avulla. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysillä.

Tutkimustulosten mukaan siirto erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon sujui vastanneiden mielestä melko hyvin. Suurimmalla osalla vastaajista oli ennakkoluuloisia odotuksia siirtoa kohtaan. Osalla odotukset olivat lähinnä kontrolliaikojen toteutumista entiseen tapaan. Joidenkin diabeetikoiden negatiiviset odotukset muuttuivat siirron myötä positiivisiksi. Palvelu Lohjan terveyskeskuksen diabetespoliklinikalla osoittautui tulosten mukaan melko riittäväksi.

Vastausten perusteella hyvän vastaanottopoliklinikan piirteiksi muodostui ilmapiiri ja kokonaisvaltainen hoito. Vastaanottopoliklinikan ilmapiirin tulisi vastanneiden mielestä olla kiireetön. Hyvänä puolena pidettiin myös vastaanottoaikojen täsmällisyyttä ja hoidonjatkuvuutta.

Tulokset diabeetikoiden kokemasta hoidonohjauksesta sairastumisen jälkeen osoittautuivat lähes kaikkien osa-alueiden kohdalla riittäväksi. Diabeetikot arvioivat hoidonohjauksen riittäväksi diabeteksestä sairautena, hoitovälineiden hankkiminen, insuliinihoidon toteuttaminen, omaseuranta, alhainen verensokeri ja korkea verensokeri saralla. Riittämättömäksi diabeetikot arvioivat ruokavalion, painonhallinnan, hoidon eri vaiheiden, liikunnan, jalkojen hoidon, lisäsairaudet ja muun lääkehoidon toteuttamisen.

Asiasanat: Tyypin 1 diabetes, hoidonohjaus, hoitoketju, hoidon laatu.

Henriikka Lahti, Jemina Hellberg, ja Vera Mustakangas

Type 1 diabetics transfer to primary health care and experience of sufficient care counselling and care arrangement at Lohja health centers diabetes clinic

Year 2010

Pages

46

The purpose of this thesis was to find out type 1 diabetes clients transfer experiences from special health care to primary health care, experiences with the quality of care in Lohja Health Center diabetes clinic and the sufficiency of care they received by counselling after getting ill. The objective was to produce information of transfer success and type 1 diabetic self-care knowhow in different areas so that the results can be used in the development of diabetes clinic at Lohja Health Center.

This thesis was carried out as a quantitative research. Research material was collected by questionnaires from type 1 diabetes (n = 19) clients transferred between years 2006-2007 from special health care to primary health care. The research material was analyzed using the SPSS statistical software. Open-ended questions were analyzed by using content analysis.

According to the results, transfer from special health care to primary health care went quite well according to the respondents. The majority of the respondents had preconceived expectations of the transfer. Some of the expectations concerned mainly the realization of the control visits as in the past. The negative expectations of some diabetics turned out to be mistaken when they went through the transfer. According to the results, the service in Lohja Health Center diabetes clinic turned out to be adequate.

Based on the responses, a good diabetes clinic offers a good atmosphere and comprehensive care. Respondents felt that diabetes clinic atmosphere should be relaxed. Punctuality and continuity of care were also appreciated.

Experiences of care counselling as received by diabetics after getting ill proved to be sufficient almost in all aspects of the care. The diabetics evaluated as adequate the following areas care counselling: diabetes as a disease, the care instrument procurement, the execution of insulin treatment, self care, low and high blood sugar. The inadequate areas were diabetic diet, weight control, different phases of the care, exercise, foot care, additional diseases and other medical treatment.

Key words: Type 1 diabetes, care counselling, care chain, care quality

SISÄLLYSLUETTELO

1	Johdanto.....	6
2	Tutkimuksen keskeiset käsitteet	7
2.1	Tyypin 1 diabetes	7
2.2	Diabeteksen hoito ja hoidonohjaus	8
2.2.1	Insuliinihoito.....	8
2.2.2	Verensokerin omaseuranta.....	9
2.2.3	Hypo- ja hyperglykemia	9
2.2.4	Diabeetikon ruokavaliosuositus.....	10
2.2.5	Liikunta.....	11
2.2.6	Diabeteksen lisäsairaudet	11
2.2.7	Diabeteksen omahoito	13
2.2.8	Hoidonohjaus	14
2.3	Hoidon järjestäminen	15
2.3.1	Tyypin 1 diabeetikon hoitoketju	15
2.3.2	Diabeetikon siirtyminen perusterveydenhuoltoon	18
2.4	Hoidon laatu	18
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimusongelmat.....	20
4	Tutkimuksen toteutus	21
4.1	Aineiston keruumenetelmä.....	21
4.2	Aineiston keruu ja kohderyhmä.....	22
4.3	Aineiston analyysi	23
5	Tulokset.....	23
5.1	Tutkimukseen osallistuneet	23
5.2	Kokemukset siirrosta erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon.....	24
5.3	Hoidon järjestäminen terveyskeskuksen diabetespoliklinikalla.....	25
5.4	Hoidonohjauksen riittävyys eri osa-alueilla	29
6	Pohdinta	32
6.1	Tulosten tarkastelu	32
6.2	Tutkimuksen eettisyys.....	33
6.3	Tutkimuksen luotettavuus	34
	Lähteet	36
	Liitteet.....	39

1 Johdanto

Diabetes on Suomessa yleinen kasansairaus. Arviolta joka kymmenes aikuinen sairastaa joko tyypin 1 tai 2 diabetesta. Tyypin 1 diabeteksen esiintyvyys on Suomessa maailman suurinta ja sen katsotaan kasvavan vuosi vuodelta. (Dehko - Diabeetikon hyvän hoidon toteuttamisen periaatteet 2008, 5.) Syitä tyypin 1 diabeteksen lisääntymiseen ei tunneta. Infektiotautien on katsottu olevan diabeteksen taustalla perintötekijöiden lisäksi. (Winell & Reunanen 2006, 13.) Diabetes on elinikäinen sairaus, mikä vaatii tyypin 1 diabeteksessa hoidoksi epäfysiologisen insuliinivalmisteen korvaamaan elimistöstä puuttuvaa luonnollista insuliinieritystä. Päivittäinen tasapainoilu heilahtelevien verensokeriarvojen ja insuliiniannosten kanssa on niin vastasairastuneelle kuin pitkään sairastuneellekin erittäin vaikeaa. Hyvän hoitotasapainon saavuttaminen vaatii sairastuneelta perusteellista diabeteksen tuntemusta, omahoidon maltillista toteuttamista ja onnistumisen kokemuksia. Diabeteksen hoito vaatii paljon niin terveydenhuoltohenkilöstöltä kuin diabeetikolta itseltään. (Dehko - Diabeetikon hyvän hoidon toteuttamisen periaatteet 2008, 5.)

Diabeteksen hoidossa hoidonohjauksella on keskeinen osa sen onnistumista. Tavoitteena on diabeetikon kokonaisvaltainen omahoidon oppiminen ja osaaminen. Hoidonohjausprosessi on elinikäinen, jolloin seuranta ja tukena oleminen sairauden eri vaiheissa on tärkeää. Hyvässä hoidossa tavoitellaan diabeetikon ja häntä hoitavan diabeteshoitajan välille yhtenäistä käsitystä hoidonohjauksen ja kuntoutuksen etenemisestä vaiheittain aina jatkuvaan ohjaukseen. (Dehko - Diabeetikon hyvän hoidon toteuttamisen periaatteet 2008, 7.)

Tyypin 1 diabeetikoiden hoito keskitetään pääsääntöisesti aluksi sairaaloiden diabetespoliklinikoille. Diabeetikoiden määrän lisääntyessä diabeetikoiden hoitovastuu on osittain siirretty myös perusterveydenhuoltoon. Kaikkialla ei ole pystytty huolehtimaan henkilöstön tyypin 1 diabeetikoiden hoidon, ohjauksen ja kuntoutuksen osaamisesta. (Dehko - Diabeetikon hyvän hoidon toteuttamisen periaatteet 2008, 5.)

Opinnäytetyö on tyypin 1 diabeetikoille tehty kyselytutkimus, mikä tehtiin Lohjan terveyskeskuksen diabetespoliklinikan tilauksesta. Opinnäytetyö tehtiin määrällisellä tutkimusotteella. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella vuonna 2006-2007 erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon siirtyneiltä tyypin 1 diabeetikoilta. Kyselyllä haluttiin kartoittaa kokemuksia siirtovaiheesta erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, kokemuksia hoidon onnistumisesta Lohjan terveyskeskuksen diabetespoliklinikalla ja hoidonohjauksen riittävydestä sairastumisen jälkeen.

2 Tutkimuksen keskeiset käsitteet

2.1 Tyypin 1 diabetes

Diabetes on energiaa tuottavan ja elämälle välttämättömän sokeriaineenvaihdunnan häiriö. Sairautta luonnehtii kroonisesti suurentunut plasman glukoosipitoisuus. (Diabeteksen Käypä hoito - suositus 2009.) Sokeriaineenvaihdunnan häiriintyminen aiheutuu joko haiman insuliinia tuottavien beetasolujen vaurioitumisesta ja siitä aiheutuvasta insuliinin puutoksesta (tyypin 1 diabetes) tai insuliiniresistenssistä ja samanaikaisesta häiriintymisestä ja riittämättömästä insuliinierityksestä (tyypin 2 diabetes). Näiden lisäksi myös rasva- ja valkuaisaineenvaihdunta ovat häiriintyneet. Sokeriaineenvaihdunnan häiriö ilmenee kohonneena verensokeripitoisuutena. (Ilanne-Parikka, Kangas, Kaprio & Rönnemaa 2006, 7-8; Saraheimo 2009a.)

Ominaista tyypin 1 diabetekselle on, että siihen sairastutaan alle 35-vuotiaana. Sairastua voi tuki missä isässä tahansa, vanhuudessakin. Tyypin 1 diabetekseen sairastumiseen vaikuttaa tietyn tyyppinen perimä yhdessä ympäristötekijöiden kanssa. Ympäristötekijöiksi arvellaan mahdollisesti virustulehduksia. Perimällä katsotaan olevan vaikutusta, mikäli äidillä on todettu tyypin 1 diabetes varhaislapsuudessa (5,3 %). Isän kautta vaikutus on hieman korkeampi (7,8 %). (Saraheimo 2009b.)

Diabetesta esiintyy koko maailmassa ja diabeetikoita on arvioitu olevan jo yli 150 miljoonaa. Näistä valtaosa, 80-90 prosenttia sairastaa aikuistyyppin eli tyypin kaksi diabetesta. (Diabeteksen Käypä hoito - suositus 2009; Ilanne-Parikka ym. 2006, 11.) Suomessa diabetekseen sairastuneita on jo yli 500 000 ja diabetes onkin yksi maamme nopeimmin lisääntyvä sairaus. Tyypin 1 diabeteksen esiintyvyys on Suomessa suurinta koko maailmassa. Vuonna 2005 alle 15-vuotiaita diabeetikoita oli 62/100 000. Luvun on katsottu kasvavan tästä. Varmaa syytä ilmaantuvuuden kasvuun ei osata sanoa, mutta kasvun takana on todennäköisesti jokin toistaiseksi tuntematon ympäristötekijä, jonka seurauksena geneettisesti altis väestö sairastuu. (Diabeteksen Käypä hoito - suositus 2009.)

Tyypin 1 diabeteksen oireet kehittyvät korkean veren sokeripitoisuuden seurauksena. Korkea veren sokeripitoisuus saa aikaan sen, että sokeria erittyy virtsaan. Tästä johtuen virtsamäärät kasvavat ja virtsaamisen tarve lisääntyy. Sen seurauksena janon tunne lisääntyy aiheutuneesta nesteen menetyksestä ja elimistö alkaa kuivua. Virtsan sisältämä suuri määrä sokeria aiheuttaa runsaan energian hukkan ja näin ollen huomattavan laihtumisen. Diabeteksen oireisiin liittyy aina myös väsymys. Tämä johtuu siitä, etteivät kudokset kykene polttamaan asianmukaisesti sokeria energiaksi insuliini puutteen takia. Lisäksi siihen vaikuttaa elimistön heikentynyt vastustuskyky ja lisääntynyt tulehdusalttius. (Saraheimo 2009a.)

2.2 Diabeteksen hoito ja hoidonohjaus

2.2.1 Insuliinihoito

Insuliinin päätehtävänä on säädellä sokeriaineenvaihduntaa. Terveellä ihmisellä insuliinia erittyy haiman Langerhansin saarekkeen beetasoluista. (Kangas & Virkamäki 2009.) Tyypin 1 diabeetikolla haiman beetasolut ovat tuntemattomasta syystä tuhoutuneet, eivätkä siis tuota insuliinia. Ruoan hiilihydraatit vaikuttavat välittömästi veren sokeripitoisuuteen.

Hiilihydraateista muodostunut sokeri saa terveellä ihmisellä aikaan insuliinituotannon vilkastumisen jonka ansiosta sokeri siirtyy solujen ravinnoksi tai maksaan varastoon. Tästä syystä verensokeri ei pääse kohoamaan. (Mustajoki 2009c.) Ilman insuliinia maksa tuottaa epätarkoituksenmukaiset määrät sokeria verenkiertoon (Kangas & Virkamäki 2009).

Insuliinihoidon periaatteena on räätälöidä insuliiniannokset ja pistosajankohdat kullekin potilaalle sopivaksi niin, että potilaan elämäntavat olisivat huomioitu mahdollisimman hyvin. Jotta insuliiniannoksia voitaisiin määrittellä kullekin potilaalle, vaaditaan kotona eri vuorokauden aikaan mitattuja verensokeriarvoja sekä hiilihydraattien laskemista aterioilla. (Mustajoki 2009c.)

Diabetesta sairastava tarvitsee ympäri vuorokauden vaikuttavaa perusinsuliinia pistoksina säätämään maksasta vapautuvaa sokeria niin yöllä kuin aterioiden välillä. Diabeetikko tarvitsee myös aterian yhteydessä käytettävää ateriainsuliinia sekä tilapäisesti kohonneen verensokerin hoitoon tarvittavan korjausinsuliinin. Ateriainsuliiniin vaikuttaa ratkaisevasti verensokeriarvo sekä aterian sisältämä hiilihydraatti määrä. Tyypin 1 diabeetikon tulee opetella arvioimaan aterian hiilihydraattipitoisuus. (Mustajoki 2009c.)

Diabeteksen puhkeamisen ja toteamisen jälkeen tarvitaan jatkuvaa ohjausta hoidon toteuttamisessa (Mustajoki 2009c). Tyypin 1 diabeteksen hoitona on jatkuva, elinikäinen insuliinihoito joko pistoksilla tai pumpulla (Diabetesliitto 2009). Insuliinihoito sovitetaan yhteen normaaliin elämänrytmiin; annostelu säädetään sopivaksi ruokailun, liikunnan, matkustamisen ja sairaspäivien mukaan. Diabeetikko oppii säätämään insuliiniannosta sairauden edetessä tilanteiden mukaan. (Mustajoki 2009c.) Kun veren sokeripitoisuus pysyy insuliinin ansioista sopivana, voidaan lisäsairauksien syntyä estää. (Diabetesliitto 2009).

Insuliinihoidon aloituksen jälkeen verensokeriarvot korjaantuvat yleensä noin neljässä päivässä, jatkossa annoksia nostetaan verensokerin omaseurannan tulosten mukaan. Kun veren sokeripitoisuudet ovat korjaantuneet, annoksia tarkistetaan harvemmin, noin 2-4 päivän välein, kunnes toistuvasti saadaan tavoitteiden mukaisia arvoja. Diabeteksella on tapana tasapainottua 4-6 viikon kuluessa. Kun alkuvaiheen hoito on saavutettu, insuliinin

tarve usein pienenee nopeasti, mutta lisääntyy myöhemmin uudelleen. Tätä vaihetta kutsutaan tilapäiseksi toipumisvaiheeksi. (Ilanne-Parikka ym. 2006, 242-243)

2.2.2 Verensokerin omaseuranta

Verensokerin omaseuranta on elintärkeää diabeteksen hoidossa. Hyvä sokeritasapaino parantaa elämänlaatua ja vähentää lisäsairauksia. Omaseurannan tarve ja tiheys ovat yksilöllisiä, ja siihen vaikuttaa esimerkiksi hoidon tavoite. (Diabeteksen hoitoon ja hoidon seurantaan tarkoitettujen välineiden tarve 2005.) Verensokerin mittaamisesta tulee olla diabeetikolle hyötyä, joten hänellä täytyy olla määritellyt hoitotavoitteet. Myös hoidonohjausta tarvitaan, jotta diabeetikko hallitsee tarkoituksenmukaisen seurantamenetelmän, välineiden huollon ja osaa säädellä hoitoaan omaseurannan avulla. (Rönnemaa & Leppiniemi 2009.)

Verensokerin omaseurantaa on kahta erilaista. Perusseurannalla saadaan systemaattista tietoa veren sokeritasapainosta ja arvioidaan hoidon sopivuutta ja tehoa suhteessa fyysiseen aktiivisuuteen ja ruokamääriin. Tihennetyssä seurannassa veren sokeritasapainoa korjataan sairauden alkuvaiheessa ja myös myöhemmin, kun omaseurannan tarve lisääntyy. Tihennettyä seurantaa tarvitaan esimerkiksi hoidon aloitusvaiheessa, kun diabeetikko on lapsi, kun insuliinihoitoon tulee muutos ja kun diabeetikon sokeritasapaino on epävaka. (Diabeteksen hoitoon ja hoidon seurantaan tarkoitettujen välineiden tarve 2005.) Diabeetikon tulee tilanteen mukaan tehdä tarvittaessa lisämittauksia, jos hän haluaa tietää verensokeriarvonsa juuri sillä hetkellä. Tällaisia tilanteita ovat pitkät automatkat ja liikuntaa edeltävä mittaus. (Rönnemaa & Leppiniemi 2009.)

2.2.3 Hypo- ja hyperglykemia

Diabetes sairauteen ja insuliinihoitoon liittyy ajoittain liian alhaiset verensokeriarvot. (Mustajoki 2009c.) Verensokeri on liian alhainen, kun veriplasman glukosiarvo on alle 4,0 mmol/l, ja tätä kutsutaan hypoglykemiaksi. Verensokeri voi laskea alle normaalin silloin, kun elimistössä on insuliinia liikaa tarpeeseen nähden, esim. kun on liikkunut paljon, syönyt niukasti tai juonut runsaasti alkoholia. (Mustajoki 2009d.)

Hypoglykemian oireita voivat olla näläntunne, heikotus, huimaus, vapina, sydämentykytys, päänsärky sekä pahoinvointi. Oireet ovat kuitenkin yksilöllisiä ja voivat vaihdella paljon. Jos verensokeri tästä laskee edelleen seurauksena voi olla tajuttomuus eli sokki. Diabeetikon onkin tärkeää opetella tunnistamaan matalan verensokerin aiheuttamat oireet. Liian alhainen verensokeri tulee tarkistaa verensokerimittarilla. Mikäli tämä ei ole mahdollista, toimitaan

niin kuin kyseessä olisi hypoglykemia. Ensiapuna hypoglykemiaan voi ottaa 10-20g nopeasti imeytyvää hiilihydraattia. Tarvittaessa annoksen voi toistaa, jos vaikutusta ei ole huomattavissa. Jos hypoglykemia on edennyt diabeetikon tajuttomuuteen, on annettava Glukagen ruisku. Mikäli vointi ei tästä korjaannu, tulee potilas toimittaa terveyskeskukseen tai sairaalan päivystykseen. (Ruuskanen 2008, 74-75.)

Hyperglykemia eli liian korkea verensokeri saattaa taas johtua insuliinin puutteesta, insuliinin heikentyneestä vaikutuksesta tai molemmista. Tyypin 1 diabeteksessa hyperglykemian hoitona on insuliini. (Diabeteksen tuoreen Käypä hoito -suosituksen tavoite: Alidiagnosoinnista parempaan hoitoon nykyistä varhemmin 2007.) Hyperglykemian voi aiheuttaa se, että diabeetikko on syönyt tavallista enemmän tai, että hän on unohtanut pistoksen. Tilanne korjaantuu yleensä itsellään, kun palataan tavalliseen ateria-pistosrytmiin. Verensokerin ollessa toistuvasti korkea tulee ottaa yhteys lääkäriin hoidon tarkistamiseksi. Hyperglykemian voi aiheuttaa myös jokin muu sairaus kuten infektio. Mikäli korkeaa verensokeria ei hoideta, tilanne pahenee ja pitkittyessään tilanne johtaa happomyrkytystilaan ja lopulta tajuttomuuteen ja koomaan. Happomyrkytyksen oireita ovat muun muassa voimakas janontunne, suun kuivuminen, pahoinvointi, oksentelu sekä asetonin haju hengityksessä. (Ruuskanen 2008, 75)

2.2.4 Diabeetikon ruokavaliosuositus

Diabeetikolle suositeltava ruoka on käytännössä samaa, jota suositellaan koko väestölle. Ruokavalio on terveellinen ja se sopii useiden kansantautien, kuten 2 tyypin diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyyn. Diabeetikon haasteena on, että hänen täytyy sovittaa yhteen ruokavalio, lääkehoito, liikunta ja joissain tapauksissa myös erityisruokavalio. (Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008.) Diabeetikon ei tarvitse käyttää sokerittomia diabetes-tuotteita, sillä sokeripitoisia ruokia saa olla ravinnossa kohtuullisesti (Mustajoki 2009c).

Diabeetikon ruokavaliosuosituksessa korostetaan rasvan laatua ja kuidun merkitystä. (Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008.) Ravintokuitua saadaan eniten kokoviljat tuotteista, kasviksista, hedelmistä ja marjoista (Mustajoki 2009c). Runsaskuituinen ruokavalio vähentää diabeetikon hypoglykemioita (alhaista verensokeria) ja on yhteydessä parempaan hoitotasapainoon. Kun rasvojen saanti pidetään kohtuullisena, ruuan ravitsemuksellinen laatu paranee ja painonhallinta helpottuu. (Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008). Ruokaa valmistettaessa käytetään ainoastaan vähän kovia eläinperäisiä rasvoja ja pehmeitä kasvirasvoja suositellaan käytettäväksi (Mustajoki 2009c).

Ravinto koostuu suurimmaksi osaksi hiilihydraateista (Mustajoki 2009c). Niiden määrä ja laatu valitaan siten, että saavutetaan mahdollisimman hyvä veren glukoositasapaino pitkän ajan kuluessa (Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008). Hiilihydraatteja sisältäviä ruoka-aineita ovat

esimerkiksi viljatuotteet, peruna, kasvikset sekä maidon ja hedelmien sokeri (Mustajoki 2009c).

Runsas suolan saanti aiheuttaa verenpaineen nousua, ja lisää riskiä saada diabeteksen lisäsairauksia (Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008). Jos suolaa käytetään, tulee sitä käyttää korkeintaan kohtuullisesti (Mustajoki 2009c). Suolan saantia voi vähentää valitsemalla vähän suolaa sisältäviä tuotteita, vähentämällä suolan käyttöä ruuan valmistuksessa ja vaihtamalla suolaan, jossa osa natriumista on korvattu kaliumilla ja magnesiumilla. (Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008.)

2.2.5 Liikunta

Diabeetikolle liikunta on monella tapaa hyödyllistä. Kun liikunta on riittävän säännöllistä, saadaan siitä suurin hyöty terveydelle ja diabetekselle. Reipas kävely ja kevyt hölkkä ovat esimerkkejä sopivasta liikunnasta, sillä ne ovat teholtaan kohtuullisia. Käytännössä diabeetikko voi harrastaa kaikenlaista liikuntaa. (Mustajoki 2009a.) Ainoastaan lisäsairaudet asettavat liikuntaan rajoituksia (Kallioniemi).

Liikunta kuluttaa verensokeria ja pistetyn insuliinin imeytyminen nopeutuu. Tämä täytyy huomioida, verensokeri saattaa laskea liian alhaiseksi. Jotta tämä estetään, täytyy verensokeri mitata ennen liikunnan harrastamista. Jos verensokeri on korkea, liikunnan harrastamista tulee siirtää ja pistää insuliinia, jotta arvo korjaantuu. Jos verensokeri taas on matala, syödään joko ylimääräistä hiilihydraattia tai vähennetään ateriainsuliinia. Kun liikunta kestää pitkään, liikunnan aikana nautittava hiilihydraatti on tärkeää. (Mustajoki 2009a.)

Yleisohjeena pidetään, että ennen räsitusta tulisi nauttia 20g hiilihydraattia ja myös tunnin välein sen aikana. 20g hiilihydraattia sisältää esimerkiksi lasillinen sokerillimonadia tai mehua ja keskikokoinen appelsiini tai banaani. Diabeetikolla tulee olla liikunnan aikana mukana jotain helppokäyttöistä hiilihydraattia. Nestemäiset ja glukoositabletit ovat parhaita, sillä ne imeytyvät nopeasti. (Mustajoki 2009a.)

2.2.6 Diabeteksen lisäsairaudet

Diabetekseen liittyy lisäsairauksia, jotka hiljalleen vuosien saatossa kehittyvät. Useimmat niistä johtuvat kohonneesta veren sokeripitoisuudesta. (Mustajoki 2009b.) Diabeteksen keston sekä huonon glukoositasapainon myötä lisäsairauksien riski nousee (Pekkonen 2008, 117.).

Huono hoitotasapaino on merkittävin elinmuutoksille altistava tekijä, myös perintötekijöillä on ositettu olevan merkitystä (Rönnemaa 2006, 390.). Huono hoitotasapaino sekä diabeteksen pitkä kesto lisäävät nefropatian, retinopatian ja neuropatian riskiä. Ylivoimaisesti tärkeimpänä pidetään hyvää sokeritasapainoa, mikä vähentää lisäsairauksien ilmaantumisen sekä etenemisriskiä. Verenpaineen pitäminen normaalina, tavoiteltavassa viitealueessa, vaikuttaa lisäsairauksien ilmaantuvuuteen sekä hidastaa niiden etenemistä. (Aho, Summanen & Komulainen 2009; Pekkonen 2008, 119.)

Retinopatia eli diabeettinen silmänsairaus on lähes joka toisen tyypin 1 diabeetikon vaiva (Seppänen 2009.). Diabeettinen retinopatia kehittyy salakavalasti eikä yleensä anna aikoihin mitään oireita. Seulonta onkin tärkeää oireettomille. Sillä pyritään löytämään ensimmäiset muutokset ja toteamaan retinopatian eteneminen. Valkuaisen erittyminen virtsaan, diabeettinen munuaissairaus ja anemia, lisäävät myös retinopatian vaaraa. (Aho, Summanen & Komulainen 2009.)

Nefropatia on merkittävin munuaisenvajaatoimintaan ja keinomunuaishoitoon johtava sairaus. Perimän lisäksi tärkeimmät riskitekijät huonon glukoositasapainon ja korkean verenpaineen lisäksi on tupakka. (Pekkonen 2008, 119) Lisääntynyt valkuaisen erittyminen virtsaan eli mikroalbuminuria on diabeettisen nefropatian varhaisin merkki. Diabeetikon mikroalbuminuria ennustaa myös suurentunutta kuolemanvaaraa sydän- ja verisuonitauteihin. Mikroalbuminuriaa tulee seuloa vuosittain tyypin 1 diabeetikoilta, taudin kestänyt yli viisi vuotta. (Diabeteksen munuaiskomplikaatioista Käypä hoito - suositus.) Korkeilla rasva-arvoilla katsotaan olevan diabeettisen nefropatian kehittymistä ja etenemistä lisäävä vaikutus. Tästä johtuen kolesterolilääkitys saatetaan harkita hyvinkin varhaisessa vaiheessa. Tupakointi näyttää myös edistävän nefropatian muodostumista ja etenemistä, tämän vuoksi suositellaankin tupakoinnin lopettamista. (Diabeteksen munuaiskomplikaatioista Käypä hoito - suositus.)

Diabeteksestä voi ajan saatossa aiheutua hermostomuutoksia, jota kutsutaan neuropatiaksi. Neuropatian syntymekanismia ei tarkalleen tunneta, mutta huono glukoositasapaino on tärkein riskitekijä. Se voi ilmetä tuntohäiriönä tai kipuna raajojen alueella, jalkojen virheasentona, suolisto-oireina tai vaikka huimauksena. Hyvään glukoositasapainoon sekä tupakoinnin lopettamiseen kannustaminen edesauttavat oireiden lievittämistä. (Pekkonen 2008, 119.) Diabeettinen neuropatia voidaan jakaa kahtia somaattiseen (tahdosta riippuvaan hermostoon) sekä autonomiseen (tahdosta riippumattomaan hermostoon) neuropatiaan. Somaattinen neuropatia vioittaa joko tuntohermoja, jotka viestittävät esimerkiksi kipuaistimuksia aivoihin tai liikehermoja, jotka tuovat aivoista käskyn lihaksille, silloin kun haluamme niiden supistuvan. Autonominen hermosto säätelee mm. suoliston toimintaa, sydämen sykintätaajuutta, verenpainettamme sekä miehillä siittimen jäykistymistä.

Tyyppin 1 diabeteksessa osalle tulee aivan taudin alkuvaiheessa insuliinihoidon aloittamisen yhteydessä kivulias neuropatia, joka kuitenkin korjautuu 1-2 vuoden kuluessa. Tätä kutsutaan akuutiksi neuropatiaksi. Varsinainen neuropatia voi alkaa ilmaantua 10-15 vuoden kuluttua diabeteksen puhkeamisesta. (Rönnemaa 2009.)

2.2.7 Diabeteksen omahoito

Diabetes on elinikäinen sairaus, mikä vaatii säännöllistä ja jatkuvaa seuranta. (Ruuskanen 2008, 71.) Onnistuneen hoidon perustana on omahoito, joka lähtee liikkeelle diabeetikon omista tarpeista. Oman hoitonsa asiantuntijana diabeetikko vastaa omasta terveydestään ja jokapäiväisestä hoidostaan. (Diabetesliitto 2010.) Keskeistä diabeteksen hoidossa on, että diabeetikko itse oppii ne asiat, mitä hän tarvitsee hoitonsa onnistumiseen.

Hoitohenkilökunnan tehtävänä on taata diabeetikolle tieto, taito ja tarvittavat välineet sairauden hoitoon. (Saraheimo 2009c.) Hoitoon liittyvien asioiden tiedostaminen sekä hyvään hoitotasapainoon pääseminen vaatii pitkäjänteistä työtä niin diabeetikolta kuin hoitopaikaltakin (Ruuskanen 2008, 71; Saraheimo 2009c).

Omahoidon ja seurannan ansiosta diabeetikko oppii tunnistamaan elimistössä tapahtuvat muutokset erilaisissa tilanteissa (Ruuskanen 2008, 71). Diabeteksen omahoidolla pystytään ehkäisemään diabetekseen liittyviä elinmuutoksia, kuten silmänpohja-, munuais- ja hermomuutoksia. Lisäksi tavoitteiden mukaisella hoidolla pystytään ehkäisemään sydän- ja verisuonisairauksia pitämällä verenpaine ja rasva-arvot tavoiteltavissa rajoissa. (Saraheimo 2009c)

Käsitys diabeetikon oman hoidon osuudesta on korostunut lähivuosina ratkaisevasti. Aiempi passiivinen rooli, "jossa lääkäri määräsi ja potilas totteli" on muuttunut täysin ja nykyisin ajatellaan, että diabeetikon omalla osuudella hoidossa on ratkaiseva merkitys. Keskeiseen asemaan ovat nousseet hoitoon sopeutuminen, oppiminen ja hoidonohjaus. Lisäksi on huomattu hoitoon sitoutumisen tärkeys hoitotulosten saavuttamisessa. (Saraheimo 2009c.)

Välttämätöntä diabeteksen hyvässä hoidossa on verensokeriarvon omaseuranta. Se mahdollistaa insuliinin oikean annostelun vaihtelevan tarpeen mukaan. Verensokerin omaseuranta on myös tarpeen edeltävästi lääkärin tai diabeteshoitajan käyntiä. Verensokeriarvon ohella on hyvä kirjata ylös myös hiilihydraatit, insuliiniannokset ja mahdollinen liikunta. Jotta hyvä sokeritasapaino saavutetaan, vaatii se useita mittauksia päivän aikana. (Mustajoki 2009c.)

Hoidolla tavoitellaan aina oireettomuutta ja päivittäistä hyvinvointia. Päivittäiseen hyvinvointiin vaikuttaa paljolti se, miten diabeetikko osaa sovittaa yhteen verensokeripitoisuuden vaikuttavia tekijöitä. Kun hoidon perusasiat ovat hallinnassa, on

mahdollista saavuttaa asetetut hoitotavoitteet niin, että arki luistaa ja erityistilanteistakin selvitään. (Saraheimo 2009c.)

2.2.8 Hoidonohjaus

Potilaslähtöisyys on laadukkaan hoidonohjauksen lähtökohta. Se perustuu potilaan ihmisarvon kunnioittamiselle ja hänestä välittämiseen. (Kyngäs 2008, 27.) Hoidonohjauksen tavoitteena on tukea sellaisia terveyskäyttäytymiseen liittyviä muutoksia, joilla on merkitystä terveydentilaan ja joiden avulla saavutetaan pitkällä aikavälillä vaikutuksia ja tuloksia sairauden hoidossa. Tavoitteena on myös auttaa potilaita omaksumaansairauden edellyttämiä elämäntapamuutoksia sekä tukea mahdollisuuksia hyvään ja monipuoliseen elämään sairaudesta huolimatta. (Kukkurainen & Kyngäs 2007.) Diabeteksen hoidonohjaus toteutuu pääasiassa osastoilla, poliklinikoilla sekä vastaanotoilla ja työterveyshuollossa. Lähtökohtana ohjauksessa ovat diabeetikon omat tavat ja tottumukset, näitä pyritään muuttamaan mahdollisimman vähän. Haasteen tähän tuovat eri-ikäisten ja eri elämäntilanteissa olevien ihmisten ohjaaminen sekä hoidonohjauksen lähtötilanne. Hoidon alkuohjaus sisältää diabetekseen liittyvät perusasiat. Sairastumisikästä ja yleisvoinnista riippuu toteutetaanko alkuohjaus sairaalan osastolla vai poliklininisesti. Ammattilaisten ohjauksessa tietoja syvennetään ja opetellaan pidemmän ajan kuluessa. (Ruuskanen 2008, 63.)

Ohjauksen tulee olla vuorovaikutteista, lähteä ohjattavan sen hetkisistä tarpeista ottaen huomioon, että pitkäaikaisen sairauden asiantuntija on usein potilas itse. Kyse ei ole opetuksesta jossa ammattilaiset siirtävät tietoa potilaalle. Ohjaustilanteessa käytettävä menetelmä tulisi tukea yksilöllistä tapaa oppia. Ohjaajan ja ohjattavan tulisi olla mahdollisimman hyvässä vuorovaikutuksessa keskenään. (Kukkurainen & Kyngäs 2007.) Hoidonohjauksen tavoitteena on mahdollistaa itsehoidon onnistuminen parhaalla mahdollisella tavalla huomioon ottaen diabeetikon ikä sekä elämäntilanne. Työelämä aloitteleva nuori tai eläkeikä lähentyvä iäkäs diabeetikko sijoittuvat elämänsaarella varsin eri ikäryhmiin, joten tavoitteissa tulee huomioida yksilöllisyys. (Pekkonen 2008, 107.) Päämääränä on jokapäiväinen hyvinvointi diabeteksestä huolimatta sekä mahdollisten liitännäissairauksien välttäminen. (Ruuskanen 2008, 63.)

Hoitopaikassa ohjaukseen osallistuvien työnjaon tulisi olla selvä. Osallistujien tulisi kokoontua säännöllisesti ja varmistaa, että käsitys hoitokeinoista ja hoidon toteuttamisesta on sama. (Diabeteksen Käypähoito suositus 2009.) Olennaista on hoidon oikea aikaisuus, suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus ja jatkuvuus sekä liiallinen ja turha potilaan kuormittaminen. (Diabeteksen käypähoitosuositus 2009; Koivikko ym. 2010.) Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tyyppin 1 diabeteksen alueellisen hoitosuosituksen (2010) mukaan hoidonohjaus tulisi sisältyä kaikkiin ammatillisiin kontakteihin, joissa diabeetikko

tavataan. Hoitosuosituksen mukaan hoidonohjauksen tulisi sisältää tietoa muun muassa diabeteksestä, lisäsairauksista ja niiden ehkäisystä, ruokavaliosta, omaseurannasta ja tulosten hyödyntämisestä, insuliinihoidon omasäädöstä, hiilihydraattien laskemisesta, hoitoväsymyksestä ja stressin tunnistamisesta. (Koivikko ym. 2010.)

Rissanen (2005) tekemän tutkimuksen mukaan tyypin 1 diabeetikoiden hoidonohjauksen suunnittelua ohjaa pääsääntöisesti diabeetikon yksilölliset, sen hetkiset tarpeet. Hoidonohjauksen suunnitteluun vaikuttaa myös asiantuntijan määrittelevät tarpeet, kuten hoitotasapainoa kuvaavat GHb_{1c} - arvo ja omaseuranta sekä dokumentoitu tieto. Hoidonohjauksen onnistumisen kannalta tärkeänä pidettiin asiantuntemusta diabeteshoitajalta ja -lääkäriltä. (Rissanen 2005, 29.)

2.3 Hoidon järjestäminen

2.3.1 Tyypin 1 diabeetikon hoitoketju

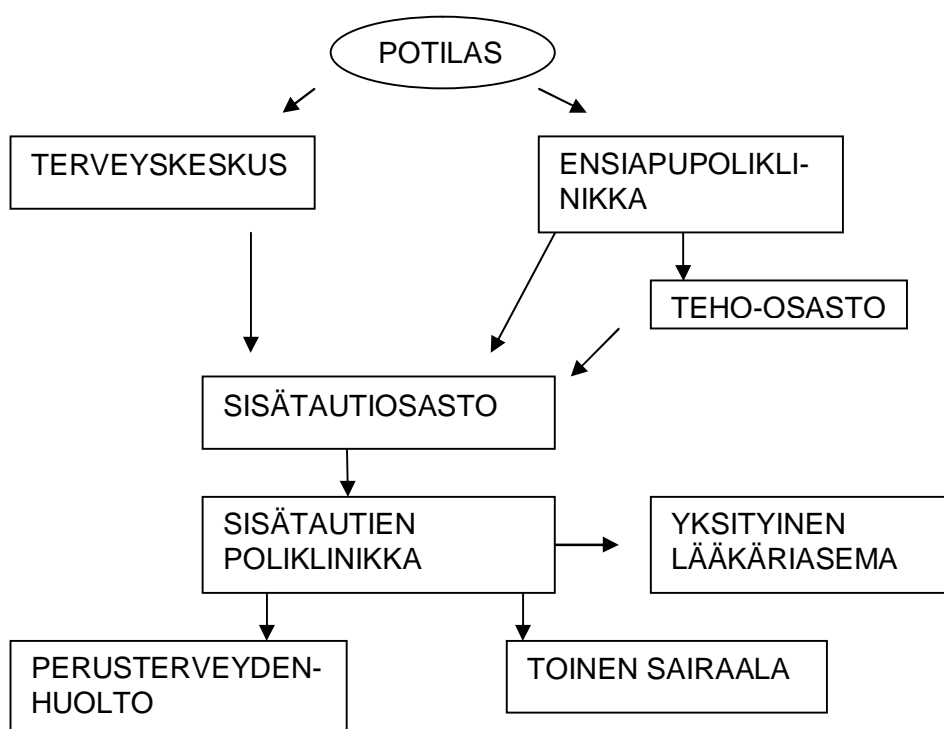
Ryynänen ym. (2006) muut kuvaavat hoitoketjun potilaan siirtymiseksi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Hoitoketju malli hallitsee terveydenhuoltoa Suomessa käyttäen paljon energiaa potilaan siirtämiseen vastuurajojen yli. Hoitoketju syntyy hoitoon osallistuvien tahojen neuvottelusta sekä kirjallisuustiedosta. Hoitoketju on Ryynäsen työryhmän mukaan tehty siirtämään potilasta koskevaa vastuuta ja rahoitusta organisaatorajan yli toiseen organisaatioon. (Ryynänen, Kukkonen, Myllykangas, Lammintakanen & Kinnunen 2006, 286-287.)

Immonen (2008, 7.) esittää Stakesiin (1999) viitaten hoitoketjun tarkoittavan asiakkaan hoitoprosessia koskevaa tietojoukkoa. Hoitoketju kertoo hoitotapahtumista, hoidon vaiheista, suunnitelmista, päätöksistä sekä asiakkaan taustatiedoista.

Diabeteksen hoitoketjun tarkoituksena ja tavoitteena on yhtenäistää ja tuoda selkeyttä hoitokäytänteisiin. Lisäksi hoitoketjulla halutaan tehostaa diabeteksen hoitoa sairaanhoitopiirin alueella. Hoitoketjussa mukana työskentelevät perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lääkärit ja muu henkilöstö. Mukana voi toimia myös työterveyshuolto. (Tyypin 1 ja tyypin 2 diabeteksen hoitoketju 2010.) Käypä Hoito - suosituksiin perustuen on tehty eri puolilla Suomea eri organisaatioissa hoitoketjumalleja. Näistä on tuotettu alueellisia hoitoketjuja sekä hoitoketjukäsikirjoja. Alueelliset hoitoketjukäytänteet selkeyttävät työnjakoa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Hoitoketju käytänteet ohjaavat resurssien käyttöä. Apua saa myös potilaiden hoidon suunnitteluun sekä oikea-aikaisen hoidon saantiin. (Immonen 2008, 10)

Hoitoketju määrittää työnjaon tietyn sairauden välillä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen välillä. Sen tarkoituksena on kuvata hoitosuosituksen määrittelemät ohjeet mitä missäkin organisaatiossa tehdään ja kuka tekee. (Immonen 2008, 9.) Hoitoketju jakaa siis tehtävät erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Perusterveydenhuollon tehtävänä on keskittää tyyppin 1 ja tyyppin 2 diabeetikoiden hoito diabetesteille, jotka käsittävät, paikkakunnista riippuen, lääkärin ja diabeteshoitajan palvelun. (Tyyppin 1 ja tyyppin 2 diabeteksen hoitoketju 2010.) Perusterveydenhuollon vastuualueeseen kuuluvat myös alkukartoitukset; kartoitus käsittää potilaan anamneesin, diabetekseen liittyvät oireet ja niiden kesto, kliinisen tutkimuksen ja laboratoriotutkimukset. (Alkukartoitus 2009; Tyyppin 1 ja tyyppin 2 diabeteksen hoitoketju 2010.) Perusterveydenhuollon tehtäviin kuuluu myös vastata hoidonohjauksen järjestämisestä, toteutuksesta ja sen sisällöstä (Tyyppin 1 ja tyyppin 2 diabeteksen hoitoketju 2010.).

Diabeteksen hoidon aloituksessa avainasemassa ovat perusterveydenhuollon lääkärit ja hoitajat. Epäily tyyppin 1 diabeteksestä oireiden perusteella tulee diagnosoida päivystystutkimuksin. Potilaan yleistila sekä virtsassa tai plasmassa ketoaineiden esiintyminen ratkaisee hoidonaloituksen kiireellisyyden. Jos potilaalla ilmenee selviä merkkejä diabeteksestä, on se aihe kirjoittaa päivystyslähete erikoissairaanhoidonyksikköön. (Tyyppin 1 diabeteksen hoitosuositus 2005.)



Kaavio 1: Diabeetikon hoitoketju (Tyyppin 1 ja tyyppin 2 diabeteksen hoitoketju 2010)

Erikoissairaanhoito vastaa tuoreiden tyypin 1 diabeetikoiden hoidosta. Tuore diabeetikko siirtyy perusterveydenhuollosta saadulla läheteellä erikoissairaanhoitoon. Aikuisen erikoissairaanhoitajakso kestää yleensä 2-3 vuotta, joka pitää sisällään perusopetusajan. Hoito voi kuitenkin jatkua kauemminkin, mikäli diabetes on todettu olevan poikkeuksellisen vaikeahoitoinen tai hoitoon liittyy aktiivisen hoidon piiriin kuuluvia komplikaatioita. (Tyypin 1 ja tyypin 2 diabeteksen hoitoketju 2010.) Lisäksi erikoissairaanhoito ottaa vastaan tyypin 1 diabeetikoita, jotka siirtyvät iän vuoksi lastenpoliklinikalta. Näiden diabeetikoiden hoito erikoissairaanhoidossa kestää ainakin kahden vuoden ajan. (Tyypin 1 ja tyypin 2 diabeteksen hoitoketju 2010.) Mikäli potilas on hyväkuntoinen, eikä omaa metabolisia häiriöitä ja on halukas polikliiniseen hoitoon, voi hoidon aloittaa avohoidossa ammattitaitoisen diabetestiimin toimesta. Hoidon aloittaminen avohoidon puolella edellyttää varautumista diabeetikon yhteydenottoihin virka-ajan ulkopuolella sekä ohjeistamaan diabeetikkoa kirjallisin ohjein. (Tyypin 1 diabeteksen hoitosuositus 2005.)

Erikoissairaanhoidon tehtäviin kuuluu myös ottaa konsultaatioita perusterveydenhuollosta. Konsultaatioita voivat olla diabeetikko, jolla on todettu elinmuutoksia tai diabeetikko, jonka motivaatio hoitoon on hyvä, mutta, jonka hyvää hoitotasapaino ei ole saavutettu. Erikoissairaanhoidon konsultaatioihin kuuluvat myös munuaistaudit, silmätaudit, jalkaongelmat, ja kardiologia. (Tyypin 1 ja tyypin 2 diabeteksen hoitoketju 2010.)

Hoidon seurannan arviointikäynnit ovat 3-6 kuukauden välein, vuosittain tai 1-3 vuoden välein riippuen käynnin sisällöstä. 3-6 kuukauden välein arvioidaan diabeetikon omaseurannan toteutuminen ja ongelmat, kartoitetaan elämäntapoja ja liikkumista, otetaan laboratoriokokeena pitkäaikaisverensokeriarvo, tarkastetaan insuliinipistospaikat sekä tarkastetaan verenpaine. Vuosittain tarkastetaan hampaiden ja jalkojen kunto, otetaan laboratoriokokeena kreatiniini arvo sekä mitataan virtsan mikroalbumiini. 1-3 vuoden välein aikuisen diabeetikon fyysisen suorituskyvyn muutokset arvioidaan, silmänpohjat kuvataan ja maksa-arvo ALAT, lipidit ja TSH arvot kontrolloidaan laboratoriotutkimuksilla. (Tyypin 1 ja tyypin 2 diabeteksen hoitoketju 2010.)

Immonen (2008,16) on tutkimukseensa koonnut hoitoketjun hyötyjä ja kritiikkejä. Hyödyiksi hän muun muassa luettelee moniammatillisuuden, resurssien tehokkaamman käytön, paremman hoidon laadun, tiedonkulun ja tulokset. Hoitoketju jättää pois päällekkäisen työn diabeetikon hoidossa sekä antaa diabeetikon itse osallistua hoitoonsa. Hoitoketjun kritiikkinä Immonen pitää sen laadinnan yksipuolisuutta, sen tähtäämistä vain resurssien säästöön ja ettei se sovi moniongelmaisille. (Immonen 2008, 16.)

2.3.2 Diabeetikon siirtyminen perusterveydenhuoltoon

Ei ole olemassa yhtenäistä linjaa milloin siirron perusterveydenhuoltoon tulisi tapahtua. Kaikki ovat yksilöllisiä ja tarvitsee yksilöllisen hoidon ja hoitopolun. Diabeetikon jatkohoidon siirtyminen tulee kysymykseen yleensä silloin, kun diabeetikko on saavuttanut riittävän hoitotasapainon ja hoidon jatkamiseen ei tarvita enää erikoissairaanhoidoa.

Siirtymisen tullessa ajankohtaiseksi tulee huomioida seuraavia asioita. Siirtymisestä tulisi sopia hyvissä ajoin potilaan kanssa. Uuden hoitopaikan kanssa tulee varmistaa potilaan siirtyminen sekä hoitoon liittyvät seikat ajoissa ennen siirtymistä. Siirto voi viedä yllättävän pitkän ajan, joten tulisi huolehtia, että diabeetikolla on riittävästi lääkkeitä. Ennen siirtoa, tulee uuteen hoitopaikkaan ilmoittaa potilaan tietoja. Uuteen hoitopaikkaan tulee lähettää potilastietojen lisäksi myös siirtoepikriisi. Ennen ensimmäistä käyntiä olisi hyvä tarjota diabeetikolle mahdollisuus ottaa yhteyttä uuteen hoitopaikkaan. (Tyypin 1 diabeteksen hoitosuositus 2005.)

Lohjalla tyypin 1 diabeetikoiden siirto perusterveydenhuoltoon on tehostunut vuonna 2005 tehdyn diabetestyöryhmä hankkeen myötä. Hoidon organisointia lähdettiin työryhmässä miettimään diabeetikoiden määrän lisääntyttyä. Muutos lähti liikkeelle muun muassa hoitotarvikkeiden keskittämällä, työnjaon uudelleen suunnittelemisella ja diabeteslääkärin työaika lisäämällä. Hoitotarvikkeiden keskittämällä saatiin diabeetikoiden hoitoon lisää resursseja ja näin ollen diabeteshoitajille jäi enemmän aikaa diabeetikoiden hoitoon. Hoitovastuut diabeetikoiden kesken jaettiin myös uudella tavalla. Diabeteshoitajan tehtäväksi jäi huolehtia ongelmallisista diabeetikoista sekä insuliinihoitoisista tyypin 2 ja monipistoshoidoista diabeetikoista. Aikuisterveydenhoitajan tehtäväksi puolestaan jäi muun aikuisneuvonnan ohella hyvässä hoitotasapainossa olevat tablettihoitoiset diabeetikot. Kun diabeteslääkärin työaika saatiin lisättyä ja diabeteshoitajilta keskitettyä tarvikkejakelu vastaanottohoitajalle, voitiin terveyskeskuksessa aloittaa diabetespoliklinikan toiminta. Muutosten myötä alettiin osa tyypin 1 diabeetikoiden pitkäaikaiseurannat siirtää erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, Lohjan terveyskeskukseen. Hankkeessa käytettyjen eri menetelmien myötä saatiin aikaiseksi tuloksia, joiden mukaan muun muassa jono diabeteshoitajalle lyheni 3kk:sta viikkoon ja diabeetikoiden erikoissairaanhoidon lähettäminen väheni. (Juselius 2009)

2.4 Hoidon laatu

Diabeetikoiden hoitotasapainot vaihtelevat maassamme alueittain. Se, että diabeetikoiden määrä on noussut viime vuosina suuresti, on johtanut tyypin 2 diabeetikoiden hoidon siirtymiseen yhä useammin suoraan perusterveydenhuoltoon. Erikoissairaanhoidossa

hoitovastuulla olevien diabeetikoiden määrä on kokonaisuudessa hivenen vähentynyt. (Diabeetikoiden hoidon taso vaihtelee paikkakunnittain 2009, 8.)

Diabeetikoiden hoidon laatumittaus (2008) osoitti diabeteksen hoidon ja hoitotasapainon parantuneen vuosi vuodelta. Laatumittaus toi esille puutteita palvelujärjestelmässä, kuten muun muassa lääkäripulan vaikutukset hoitotuloksiin. Diabeetikot eivät ole tasa-arvoisessa asemassa eri puolilla maata. Merkittävää parannusta huomattiin aikuistyyppin diabeetikoilla verensokeritasapainon ja veren rasvojen osalla. Sen sijaan painon nousu huomattiin olevan jatkuvassa hitaassa nousussa. Valtimotautien kokonaisriski katsottiin merkittäväksi kummankin tyyppin diabeetikoilla. Laatumittaus osoitti LDL kolesterolin, verenpaineen ja tupakoinnin riskien olevan korkeat juuri tyyppin 1 diabeetikoilla. Parempaan suuntaan ovat edenneet riskitekijät, joihin on mahdollista lääkkein vaikuttaa, kun taas riskitekijät, jotka vaativat elintapojen muuttamista kehitys on ollut heikointa. (Diabeetikoiden hoidon taso vaihtelee paikkakunnittain 2009, 8)

Toimintavoissa diabeetikon hoitoon liittyen on vaihtelevuutta eri sairaanhoitopiirien välillä. Osa haluaa tyyppin 1 diabeetikoiden hoidon pysyvän erikoissairaanhoidossa, osa taas siirtää heidät perusterveydenhuoltoon. Hoitovastuu on puolissa tapauksissa pääasiassa erikoissairaanhoidossa. Tärkeänä pidetään hoidon kehittämisen kannalta sitä, että jokaiselle diabeetikolle nimetään sekä hoidon vastuulääkäri että vastuuhoitaja. Tämän katsotaan nopeuttavan uusien toimintatapojen käyttöönottoa. (Diabeetikoiden hoidon taso vaihtelee paikkakunnittain 2009, 8)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää vuonna 2006-2007 siirtyneiden tyyppin 1 diabeetikoiden kokemuksia siirrosta erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, kokemuksia hoidon onnistumisesta terveystieteiden tutkimuskeskuksen diabetespoliklinikalla sekä hoidonohjauksen riittävyyttä sairastumisen jälkeen. Tutkimuksen tuloksia on tarkoitus hyödyntää diabetespoliklinikan toiminnan kehittämisessä.

Tutkimuksessa vastataan seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Miten tyyppin 1 diabeetikoiden siirtyminen perusterveydenhuoltoon koettiin?
2. Millaiseksi Lohjan terveystieteiden tutkimuskeskuksen diabetespoliklinikalla käyvät tyyppin 1 diabeetikot kokevat palvelun laadun terveystieteiden tutkimuskeskuksen diabetespoliklinikalla?
3. Miten riittävästi potilaat ovat saaneet hoidonohjausta sairastumisen jälkeen?

4 Tutkimuksen toteutus

4.1 Aineiston keruumenetelmä

Tässä tutkimuksessa käytettiin määrällistä tutkimusotetta kuvaamaan diabeetikoiden kokemuksia siirtovaiheesta ja hoidon onnistumista terveyskeskuksen diabetespoliklinikalla ja hoidonohjauksen riittävyttä sairastumisen jälkeen. Aineisto kerättiin käyttämällä määrälliselle tutkimukselle ominaista survey- kyselymenetelmää, mikä mahdollistaa aineiston keräyksen tapahtuvan standardoidusti. Kaikilta vastaajilta kysytään asiaa täsmälleen samalla tavalla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 188-190.)

Nuutinen (2008, 51) esittää Salmelaan (1997) viitaten, että erilaiset kyselyt hallitsevat tiedonhankintamenetelmänä silloin, kun kerätään tietoa asiakkaiden kokemasta palvelun laadusta tai asiakastyytyväisyydestä.

Opinnäytetyöprosessi lähti liikkeelle kirjallisuuskatsauksella diabeteksesta, hoidonohjauksesta, hoitoketjusta ja siirtovaiheesta. Diabetesta ja hoidonohjausta käsittelevää kirjallisuutta löytyi suhteellisen hyvin. Diabeetikon siirtovaihetta koskevaa kirjallisuutta ja tutkittua tietoa löytyi puolestaan hyvin niukasti. Diabetesliiton sivuilta löytyi aiheisiin liittyen hyvin tietoa ja tukea toi Dehko -hankkeen raportit sekä Käypä hoito -suositus.

Kyselylomaketta alettiin hahmottaa yhdessä työryhmän kanssa kirjallisuuskatsauksen pohjalta. Kyselylomakkeen laadinnassa konsultoitin moneen otteeseen diabetespoliklinikan diabeteshoitajaa. Hänen asiantuntijuutensa ja toiveisiin perustuen muutamia kyselylomakkeen kysymyksiä joko tarkennettiin tai korjattiin. Diabeteshoitajan lisäksi mahdollisuuden kommentoida kyselylomaketta saivat myös diabetespoliklinikan diabeteslääkäri sekä terveyskeskuksen johtavahoitaja. Korjausehdotukset sekä toiveet kysymysten suhteen otettiin huomioon ja niiden myötä valmistui tyyppin 1 diabeetikoille suunnattu kyselylomake kartoittamaan heidän kokemaan siirtovaihetta, palvelua ja hoidonohjausta.

Kyselylomakkeessa käytetään pääasiassa monivalinta- ja asteikkokysymyksiä. Lomake sisältää myös kolme avointa kysymystä. Avoimissa kysymyksissä kysymyksen jälkeen jätettävä tyhjä tila antaa vastaajalle mahdollisuuden ilmaista itseään omin sanoin ja osoittaa keskeiset tai tärkeät asiat ajattelussa. Avoimet kysymykset auttavat myös tunnistamaan motivaatioon liittyvät seikat ja tulkitsemaan monivalintakysymyksiin annettujen poikkeavien vastauksissa. (Hirsjärvi ym. 2007, 193-196.) Monivalintakysymyksissä vastausvaihtoehdot olivat asteikoltaan 4-portaisia. Kysymykset esitettiin väittäminä, joihin vastaaja vastasi sen mukaan

miten vahvasti hän oli samaa tai eri mieltä väittämän kanssa. Monivalintakysymykset sallivat vastauksien vertailun, tuottavat kirjavia vastauksia vähemmän, auttavat havainnollistamaan kysyttävää asiaa ja tuottavat helposti käsiteltävät ja analysoitavat vastaukset. (Hirsjärvi ym. 2007, 193-196.)

Kyselylomake sisälsi yhteensä 12 kysymystä. Lomakkeen neljä ensimmäistä kysymystä kartoittivat vastaajien taustatietoja: ikää, sukupuolta, diabetekseen sairastumisvuotta ja terveyskeskukseen siirtymisajankohtaa. Lopuilla lomakkeen kysymyksillä selvitettiin vastaajien kokemuksia siirrosta erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon sekä kokemuksia terveyskeskuksen palveluista ja hoidonohjauksesta. Kysymykset 5, 6, 7 ja 8 antoivat vastauksen tutkimusongelmaan numero 1. Kysymykset 9, 10 ja 12 vastasivat taas tutkimusongelmaan numero 2. Tutkimusongelmaan numero 3 saatiin vastaus kysymyksellä 11.

4.2 Aineiston keruu ja kohderyhmä

Tutkimuksen aineisto kerättiin Lohjan terveyskeskuksen diabetespoliklinikalla käyville tyypin 1 diabeetikoilta, jotka olivat siirtyneet erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon vuoden 2006 alusta 2007 vuoden lopun välisenä aikana. Tutkimuksen aineisto kerättiin kevään 2010 aikana. Alun perin tutkittavia, siirtyneitä tyypin 1 diabeetikoita oli 45. Aineiston keruun lähestyessä tutkittavien lukumäärä väheni 39:ään. Diabeetikoista neljä oli muuttanut pois Lohjalta ja kaksi ei ollut käynyt Lohjan terveyskeskuksen diabetespoliklinikalla ollenkaan.

Kyselylomake (liite 4) postitettiin vastaajille diabetespoliklinikalta käsin, diabeteshoitajan toimesta, jolloin vastaajien yksityisyys säilyi koko tutkimuksen ajan. Kyselylomakkeiden mukaan liitettiin saatekirje (liite 2) sekä vastauskuori. Vastauskuoret ohjattiin suoraan Lohjan Laurea-ammattikorkeakoululle. Kyselylomakkeita palautui ensimmäisen postituksen myötä ainoastaan kahdeksan kappaletta.

Ongelmaksi tämän kaltaisessa tutkimuksessa saattaa muodostua kyselyyn vastaamattomuus eli kato. Katoon saattavat vaikuttaa vastaajajoukko sekä tutkimuksen aihepiiri. Erityisryhmälle lähetetty kysely on Hirsjärven ym. (2007) mukaan edukkaampi vastausprosentin suhteen kuin suurelle, valikoimattomalle joukolle. Erityisryhmä kokee aiheen usein heille tärkeäksi ja näin ollen on varmempaa odottaa korkeampaa vastausprosenttia. (Hirsjärvi ym. 2007, 191.)

Niukan vastanneisuuden takia jouduttiin suorittamaan uusintakysely vielä kesäkuun kynnyksellä. Kaikille tutkittaville lähetettiin uusintakyselyn myötä sama kyselylomake sekä saatekirje (liite 3) ja palautuskuori. Uusintakysely tuotti tulosta ja takaisin kyselylomakkeita palautui 11 kappaletta. Yhteensä siis 19.

4.3 Aineiston analyysi

Määrällinen aineisto analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelman avulla. Aineiston palautumisen jälkeen kyselylomakkeet tarkastettiin. Haluttiin tarkastaa sisältykö niihin selviä virheellisyksiä ja puuttuiko niistä oleellista tietoa. Tämän jälkeen aineisto järjestettiin tiedon tallettamista ja analyysiä varten. Aineistosta muodostettiin muuttujia, jonka jälkeen jokaiselle tutkittavalle annettiin arvo jokaisella muuttujalla. (Hirsjärvi ym. 2007, 216-217.) Aineistoa kuvattiin suorilla jakaumilla. Aineiston kuvailuun päätettiin käyttää prosenttilukujen sijaan frekvenssiä otoksen pienen vuoksi. Pienen aineiston takia ristiintaulukoinnista ei katsottu myöskään olevan hyötyä. Laadullisen aineiston käsittelyssä käytettiin sisällönanalyysiä.

5 Tulokset

5.1 Tutkimukseen osallistuneet

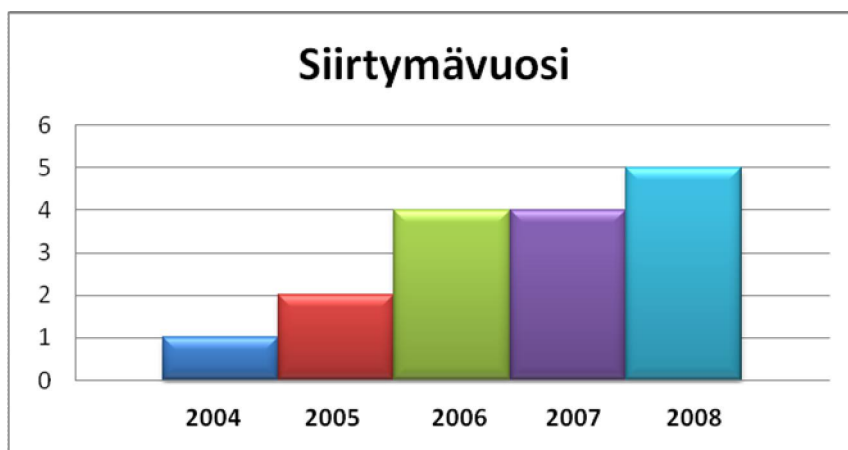
Tutkimukseen osallistui yhteensä 19 Lohjan terveyskeskuksen diabetespoliklinikan tyypin 1 diabeetikkoa. Enemmistö vastaajista oli naisia (n = 11). Vastanneista kahdeksan oli miehiä. Nuorin vastaajista oli 30-vuotias ja iäkkäin 69-vuotias. Vastaajista kuusi kuului ikäluokkaan 30-45 vuotta. Puolet vastaajista (n = 10) kuului keski-ikäluokkaan, 46-62 vuotta. Eläkeikäisiä, 63-69-vuotiaita vastaajia oli kolme.

	F	%
Nainen	11	57,9
Mies	8	42,1
Ikä: 30-45	6	31,6
46-62	10	52,6
63-69	3	15,8
Sairastamisvuodet		
Alle 15	3	15,8
16-30	11	57,9
31-53	4	21,1

Taulukko 1: Vastanneiden taustatiedot

Diabeetikoiden sairastamisvuodet vaihtelivat alle viidestä vuodesta yli 50 vuoteen. Vastaajista kolme oli sairastanut diabetesta alle 15 vuotta, 11 vastaajaa 16-30 vuotta ja neljä vastaajaa 31-53 vuotta. Yksi vastaajista ei maininnut tarkkaa diabetekseen sairastumisvuottaan.

Siirtyminen Lohjan terveyskeskuksen diabetespoliklinikalle tapahtui vuosien 2004-2008 välillä (kuvio 1). Siirtymävuodet vaihtelivat ennalta saadun tiedon mukaan suuresti. Vastaajista viisi siirtyi vuonna 2008, neljä vuonna 2007, neljä vuonna 2006, kaksi vuonna 2005 ja yksi vuonna 2004. Kolme vastaajaa ei maininnut tarkkaa siirtymävuotta Lohjan terveyskeskuksen diabetespoliklinikalle.



Kuvio 1: Diabeetikoiden siirtymävuosi perusterveydenhuoltoon.

5.2 Kokemukset siirrosta erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon

Tieto perusterveydenhuoltoon siirtymisestä kerrottiin valtaosalle (n = 18) vastaajista poliklinikka käynnillä. Ainoastaan yksi vastaaja sai tiedon kirjeitse. Kukaan vastaajista ei käynyt ennalta tutustumassa terveyskeskuksen diabetespoliklinikkaan.

Vastaajista kahdeksan (42 %) oli sitä mieltä, että siirto perusterveydenhuoltoon vastasi hyvin heidän odotuksiaan. Vastaavasti loput 11 (58 %) vastaajaa oli sitä mieltä, että siirto vastasi melko hyvin odotuksia. Yhdenkään vastaajan mielestä siirto perusterveydenhuoltoon ei sujunut huonosti.

Avoimissa kysymyksissä kävi ilmi, että diabeetikoilla oli pääosin kielteisiä odotuksia terveyskeskuksen diabetespoliklinikkaa kohtaan. Vastausten perusteella nousi esille kolme pääluokkaa kuvaamaan vastaajien odotuksista uutta hoitopaikkaa kohtaan. Pääluokiksi nousivat ennakkoluuloja, kontrollien toteutuminen ja toimiva hoitoyksikkö.

Ennakkoluuloja

Diabeetikoilla oli ennakkoluuloisia ajatuksia uutta hoitopaikkaa kohtaan. Ennakkoluulojen lisäksi koettiin tyytymättömyyttä koko siirron suhteen. Ennakkoluuloja nousi uuden hoitopaikan lisäksi hyvän hoidon suhteen. Erikoissairaanhoidon pääsemisen kynnyksen arveltiin olevan liian korkea. Ennakkoluuloihin vaikutti myös "huhut" terveyskeskuksen poliklinikasta. Ennalta kuultujen "huhujen" mukaan diabetespoliklinikalla tulee näkemään vain diabeteshoitajaa, ei diabeteslääkäreitä.

Ennakkoluuloisia.

Että diabeteslääkärinä ei enää näe, vain hoitajan (perustuu kuultuun).

Ensin oli ajatus, ettei pääse tarvittaessa yhtä hyvin erikoissair.hoitoon.

Kontrollien toteutuminen

Osalla diabeetikoista ei ollut oikein minkäänlaisia odotuksia tai ei ainakaan korkeita odotuksia uutta hoitopaikkaa kohtaan. Uudelta hoitopaikalta odotettiin lähinnä kontrollien toteutumista entiseen tapaan ja mahdollisuutta uusien reseptien tarpeen vaatiessa. Tieto siirrosta aiheutti enemmänkin hämmennystä, eikä tiedetty miksi monen vuoden hoitojakson jälkeen joutui siirtymään Lohjan terveyskeskukseen.

Ei minkäänlaisia. 20 vuotta LAS:ssa diabetespolin asiakkaana, joten vähän ymmällään miksi moinen siirto.

Ei ainakaan korkeita odotuksia. Kunhan reseptin saa uusittua.

Kontrollien toteutuminen samoin kuin aikaisemminkin.

Toimiva hoitoyksikkö

Uudelta hoitopaikalta odotettiin muutaman diabeetikoiden mukaan toimivuutta ja asiantuntevuutta. Lisäksi odotettiin hoitosuhteen jatkuvuutta saman diabeteslääkärin ja -hoitajan kanssa.

Sama hoitaja ja lääkäri pidemmän aikaa.

..asiantuntevaa ja hyvää hoitoa.

Muutaman vastaajan ennakkoluuloiset odotukset osoittautuivat turhiksi uuden hoitopaikan myötä. Lohjan sairaalan diabetespoliklinikkaa pidettiin myös hyvänä, mutta terveyskeskuksen diabetespoliklinikka osoittautui vielä paremmaksi. Terveyskeskuksen diabetespoliklinikka koettiin toimivaksi hoitoyksiköksi, jossa hoito on hyvää ja asiantuntevaa. Hyvää palautetta annettiin diabetespoliklinikan diabeteshoitajasta ja diabeteslääkäristä.

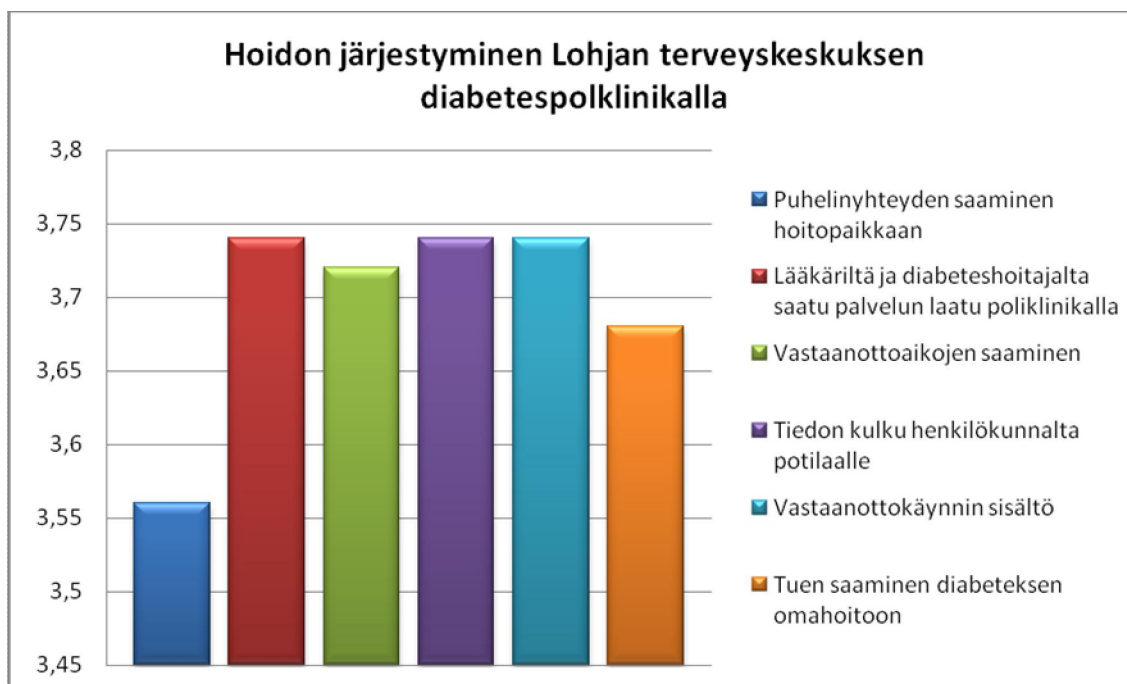
Ennakkoluuloja, jotka kaikki osoittautuivat turhiksi.

Havaintsin siirtyväni toimivaan hoitoyksikköön.

5.3 Hoidon järjestäminen terveyskeskuksen diabetespoliklinikalla

Terveyskeskuksen hoidon järjestymistä arvioitiin 4-portaisella monivalintakysymyksellä. Vastausvaihtoehdoiksi valittiin riittävää - melko riittävää - melko puutteellista - täysin

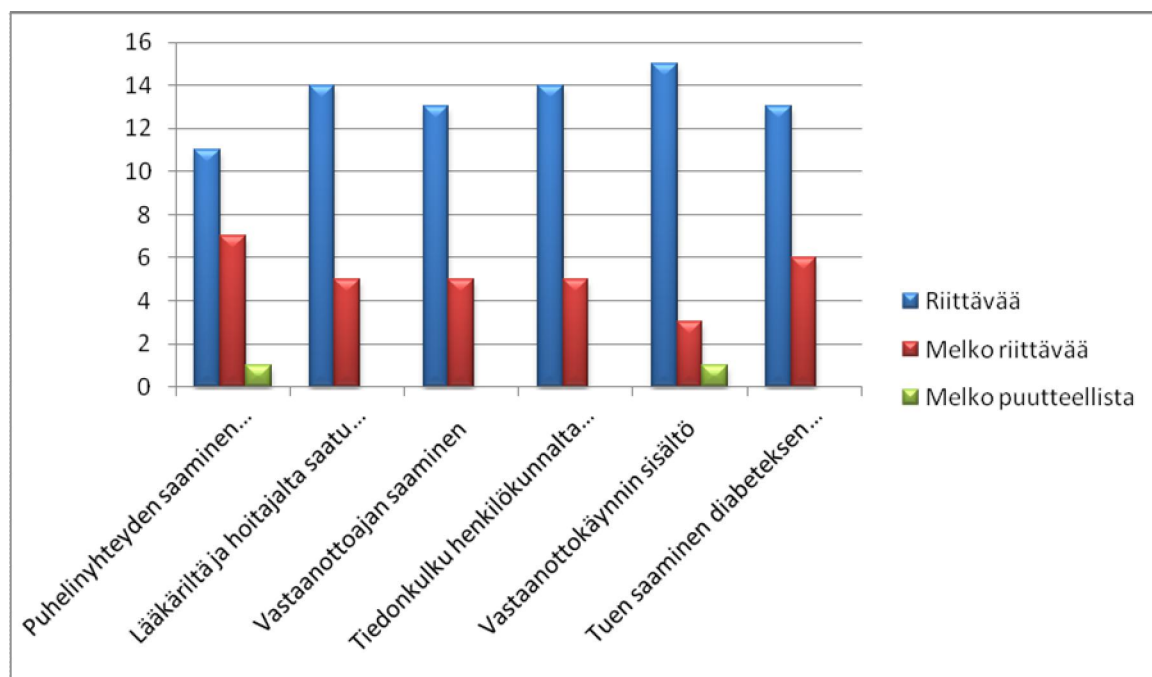
puutteellista. Kysymyksellä haluttiin vastaus puhelinyhteyden saamiseen, lääkäriltä ja diabeteshoitajalta saatuun palvelun laatuun, vastaanottoaikojen saatavuuteen, tiedon kulusta henkilökunnalta potilaalle, vastaanottokäynnin sisällöstä ja tuen saamisesta omahoitoon. Alla olevaan kuvioon (kuvio 2) on koottu edellä mainittujen osa-alueiden keskiarvot.



Kuvio 2: Lohjan terveyskeskuksen diabetespoliklinikan hoidon järjestäminen keskiarvona.

Keskiarvojen mukaan tyyppin 1 diabeetikot ovat arvioineet Lohjan terveyskeskuksen diabetespoliklinikan hoidon laadun melko riittäväksi (3,54-3,74) edellä mainittujen osa-alueiden osalta. Kaikki kuusi osa-aluetta ylittivät melko riittävän rajan (3,0) kiitettävästi. Puhelinyhteyden saaminen hoitopaikkaan sai alimmat pisteet (3,56) keskiarvon mukaan. Lääkäriltä ja diabeteshoitajalta saatu palvelun laatu poliklinikalla, tiedonkulku henkilökunnalta potilaalle ja vastaanottokäynnin sisältö ylsivät lähelle maksimi (4,0) rajaa.

Tarkasteltaessa jokaisen osa-alueen yksittäisiä tuloksia (kuvio 3) on huomattavissa muun muassa, että suuri osa vastaajista (n = 11) arvioi puhelinyhteyden saamisen riittäväksi. Seitsemän (36,8 %) vastaajan mukaan puhelinyhteyden saaminen oli melko riittävää ja yhden (5,3 %) vastaajan mielestä jopa melko puutteellista. Kysyttäessä vastaanottokäynnin sisältöä arvioi 15 (78,9 %) vastaajaa sisällön olevan riittävää, kolme (15,8 %) melko riittävää ja yksi (5,3 %) melko puutteellista. Muiden osa-alueiden vastaukset jakautuivat riittävän ja melko riittävän kesken, siten että "riittävä" vastanneita oli 13 tai enemmän.



Kuvio 3: Lohjan terveyskeskuksen diabetespoliklinikan hoidon järjestyminen jakaumina

Toisella avoimella kysymyksellä haluttiin kartoittaa diabeetikoiden mielipidettä hyvän vastaanottopoliklinikan piirteistä. Vastausten perusteella saatiin muodostettua kaksi pääryhmää kuvaamaan hyvän vastaanottopoliklinikan piirteitä: ilmapiiri ja kokonaisvaltainen hoito.

Ilmapiiri

Vastaajien mielestä hyvän vastaanottopoliklinikan ilmapiirin tulisi olla kiireetön, ja jossa vallitsee ystävällinen ja iloinen tunnelma. Vastaanottoaikojen suhteen oltiin hyvin kriittisiä ja tarkkoja. Vastaanottoaikojen halutaan olevan täsmällisiä ja pysyvän ajassa. Lisäksi vastaanotolla toivottiin saavan mahdollisuus kommentoida asioita eikä poliklinikan toiminnassa olisi kiireen tuntua.

Vastaanotolla ei ole kiireen tuntua käydessä.

Iloinen ilmapiiri.

Kokonaisvaltainen hoito

Kokonaisvaltaisen vastaanottopoliklinikan yhdeksi tärkeäksi piirteeksi nousi asiakkaan kuunteleminen. Käynnillä halutaan tulla kuulluksi eikä vain sanella hoitotoimenpiteistä. Diabeteshoitajalta odotetaan hyviä neuvoja diabeteksen hoidon suhteen, mutta ei turhia saarnoja. Lisäksi painotetaan diabeteshoitajan asiantuntemusta.

Kokonaisvaltaisen hoidon kulmakiviksi vastaajat nimesivät omalääkärin ja -hoitajan. Diabeetikot toivoivat hoidon jatkuvuutta. Diabeteksen ohella toivottiin huolehdittavan kokonaisvaltaisesti myös diabeetikon terveyteen liittyvistä asioista ja mikäli erikoissairaanhoidon tarve tulee, ei jäädä odottamaan oireiden pahenemista. Toivotaan siis hoidon tehostamista.

Lääkäri ja hoitaja eivät vaihdu.

Hoidon tehostaminen esim. jos tarvetta; kiireellinen lähete erikoissairaanhoidon ja tutkimuksiin, ettei jäädä katselemaan, miten jotkut vaivat "kehittyvät". Monta varvasta ja raajaa pelastuisi.

Diabetes hoito + kokonaisterveyden hoito yhdeltä luukulta.

Palvelun laadusta sekä hoidosta sai antaa myös vapaamuotoisesti palautetta kysymyslomakkeen viimeisen avoimessa kysymyksessä. Palautteet jakautuivat melko tasaisesti positiivisen ja negatiivisen välille. Positiivista palautetta sai hyvä diabetestiimi sekä poliklinikan korkeatasoinen ja asiantunteva hoito. Diabeetikot olivat tyytyväisiä saatuun hoitoon ja olivat positiivisesti yllättyneitä terveyskeskuksen diabetespoliklinikasta. Erään diabeetikon kohdalla ennakkoluulot terveyskeskuksen diabetespoliklinikkaa kohtaan osoittautuivat turhiksi, kun hoito osoittautui hyväksi.

Ote oikeastaan terävämpi.

Olen erittäin tyytyväinen diabeteshoitajan ja diabeteslääkärin hoitoon ja toimintaan.

Palvelu ollut hyvää!

Negatiiviset palautteet kohdistuivat jalkojenhoitajan puutteeseen sekä liian harvoihin poliklinikkakäynteihin. Jalkojenhoitajaa olivat vailla diabeetikot, joilla on enemmän ongelmia jalkojen kanssa. Jalkojen hoitoon oli parempi mahdollisuus erikoissairaanhoidossa. Diabetespoliklinikkakäyntien harveneminen kolmesta kuukaudesta 5-6 kuukauteen vaikuttaa vastaajien mielestä hoitomotivaatioon. Tiheämmät poliklinikkakäynnit kannustavat diabeetikkoa jaksamaan sairauden kanssa.

LAS jalkapoli oli plussaa, tk:ssa ei kyseistä hoitoa.

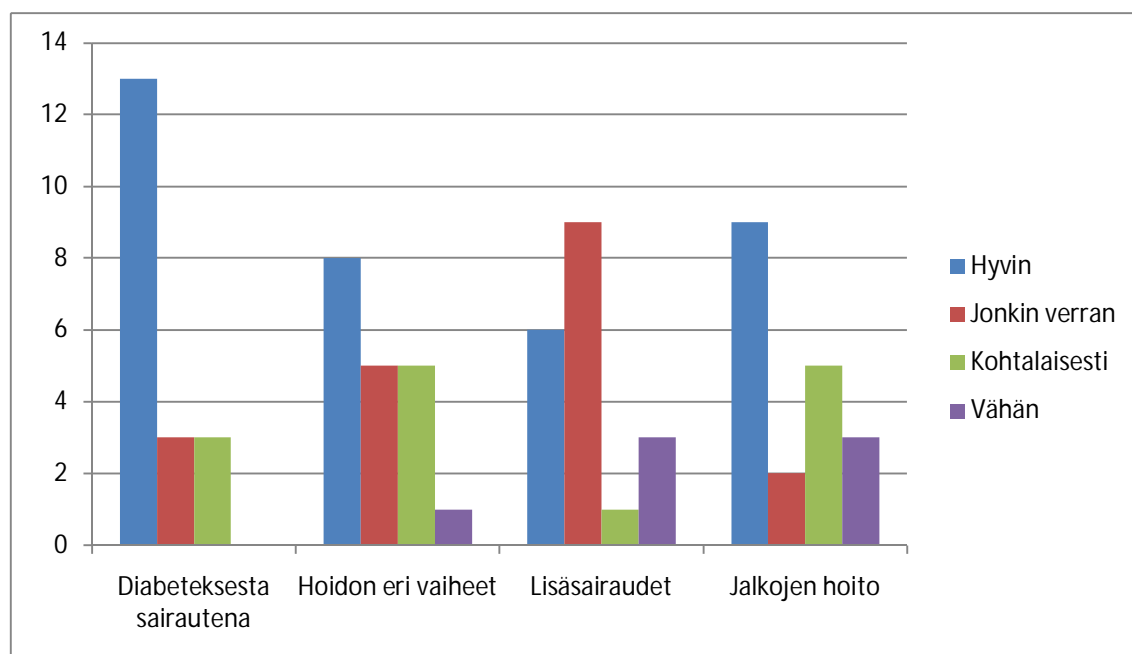
Haluaisin kiinnittää huomiota pkl. käyntien harvenemiseen.. Ennen väliaika oli 3kk. Se kannusti diabeetikkoa enemmän jaksamaan..

5.4 Hoidonohjauksen riittävyys eri osa-alueilla

Neliportaisella monivalintakysymyksellä haluttiin kartoittaa diabeetikoiden saamaa hoidonohjausta sairastumisen jälkeen. Tarkasteluvaiheessa hoidonohjauksen osa-alueet on jaoteltu kolmeen eri ryhmään niiden piirteiden mukaisesti. Ensimmäiseen ryhmään kuuluu seuraavat osa-alueet: diabetes sairautena, hoidon eri vaiheet, lisäsairaudet ja jalkojen hoito. Ensimmäisen ryhmän tulokset on koottu kuvioon 4.

Vastanneista suuri osa (n = 13) kokee saaneen hyvin tietoa diabeteksestä sairautena. Muiden osa-alueiden kohdalla vastaukset vaihtelivat. Hoidon eri vaiheista vastaajat kokivat saaneen eri tasoista ohjausta. Yhden (5,3 %) vastaajan mielestä aiheesta on ollut vain vähän tietoa hoidonohjauksessa. Alle puolen eli kahdeksan (42,1 %) vastaajan mielestä tietoa on hoidonohjauksessa käsitelty hyvin.

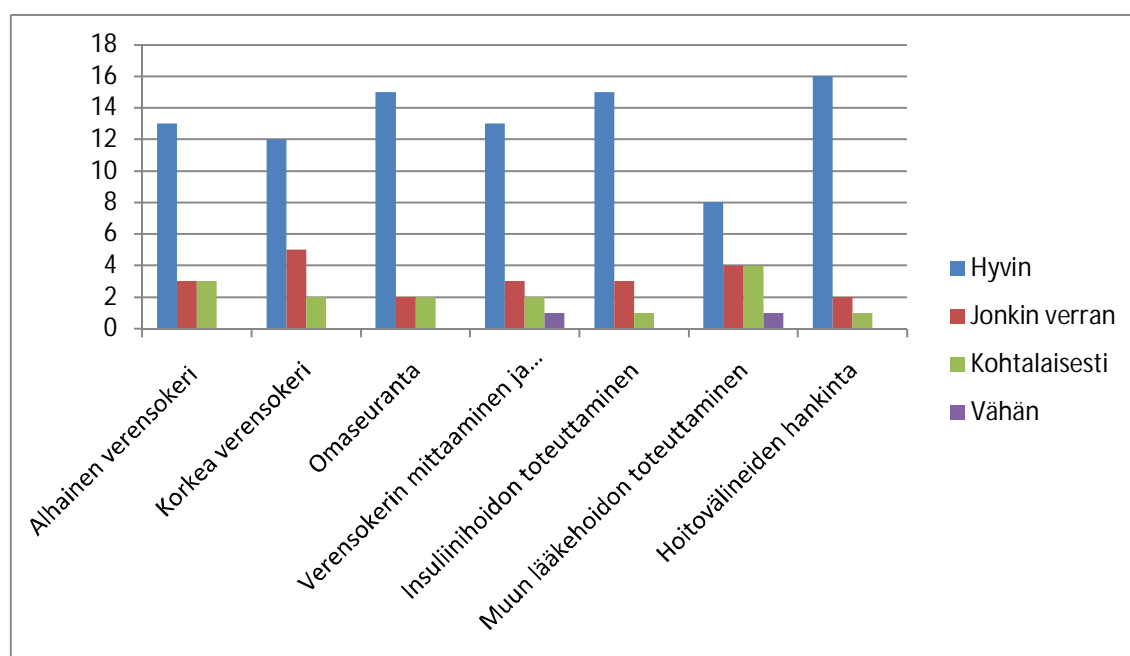
Lisäsairauksien ja jalkojen hoidon kohdalla vastanneiden mielipiteet hoidonohjauksen riittävydestä vaihtelevat. Vastaajista kolme (15,8 %) on sitä mieltä, että hoidonohjauksessa on käsitelty lisäsairauksia sekä jalkojen hoitoa vain vähän. Lisäsairauksia oli yhdeksän (47,4 %) vastaajan mielestä käsitelty hoidonohjauksessa jonkin verran. Vain kuuden (31,6 %) vastaajan mielestä aiheetta oli käsitelty hyvin. Jalkojen hoitoa hoidonohjauksessa oli 9 (47,7 %) vastaajan mielestä käsitelty hyvin.



Kuvio 4: Hoidonohjauksen riittävyys jakaumina

Toiseen hoidonohjauksen osa-alueista koottuun ryhmään kuuluu: alhainen verensokeri, korkea verensokeri, omaseuranta, verensokerin mittaaminen ja tulosten hyödyntäminen, insuliinihoidon toteuttaminen, muun lääkehoidon toteuttaminen ja hoitovälineiden hankinta (kuvio 5).

Lähes kaikilla osa-alueilla diabeetikot arvioivat hoidonohjauksen riittävyyden hyväksi. ”Hyvin” vastanneita oli kunkin osa-alueen kohdalla 12 tai enemmän. Vastaukset eivät vaihdelleet muiden osa-alueiden kohdalla, paitsi muun lääkehoidon toteuttamisessa. Vastanneista kahdeksan (42,1 %) oli mielestään saanut hyvin hoidonohjausta muun lääkehoidon toteuttamisen osa-alueella. Neljän (21,1 %) vastaajan mielestä hoidonohjausta oli ollut jonkin verran ja kohtalaisesti. Yhden (5,3 %) vastaajan mielestä hoidonohjaus oli jopa vähäistä. Mittauksen tulokseen vaikutti se, että vastaajista 2 (10,5 %) oli jättänyt vastaamatta.



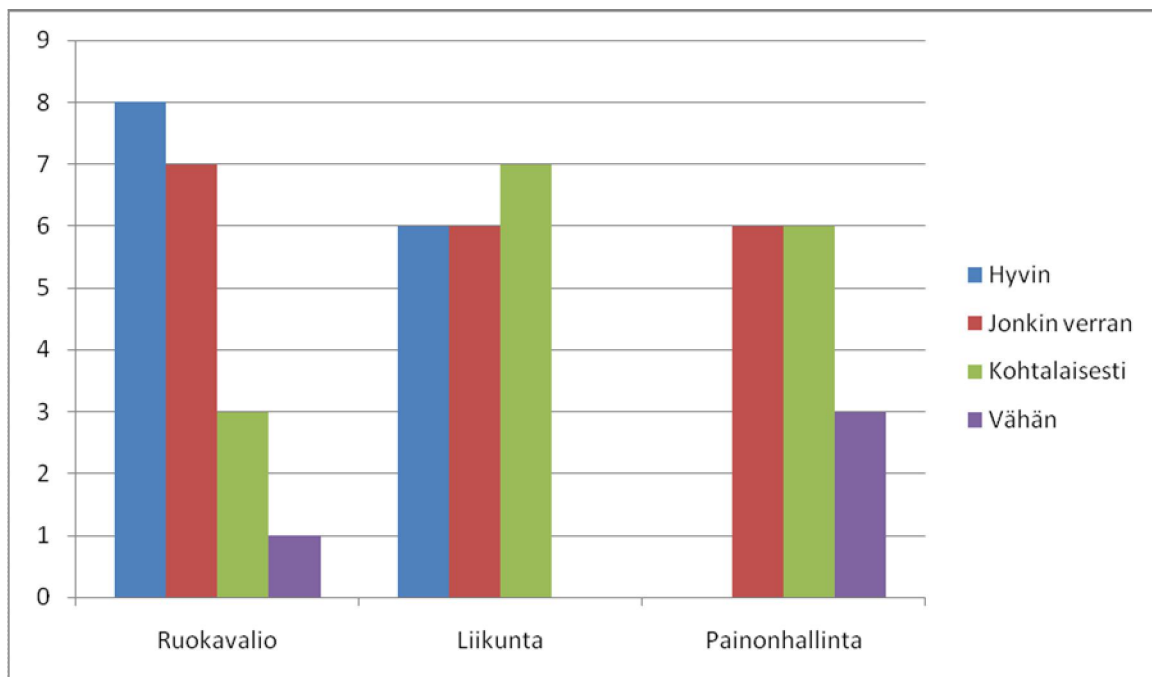
Kuvio 5: Hoidonohjauksen riittävyys jakaumina

Kolmanteen hoidonohjauksen ryhmään kuului: ruokavalio, liikunta ja painonhallinta (kuvio 6).

Kuuden (31,6 %) vastaajan mielestä hoidonohjausta painonhallinnassa on ollut jonkin verran ja kohtalaisesta. Jopa kolmen (15,8 %) vastaajan mielestä hoidonohjaus on ollut vähäistä. Liikunnan osalta seitsemän (36,8 %) vastaajaa oli sitä mieltä, että hoidonohjausta oli ollut kohtalaisesti. Ruokavalion kohdalla tulokset jakautuivat siten, että kahdeksan (42,1 %) vastaajaa koki hoidonohjauksen hyväksi, kun taas yhden (5,3 %) mielestä hoidonohjaus oli vähäistä.

Edellä mainittujen hoidonohjauksen osa-alueiden kohdalla on huomattavissa vastanneiden mukaan eroavuuksia ja jakaumat vaihtelivat saadun hoidonohjauksen kohdalla.

Tarkasteltaessa painonhallinnan tuloksia huomataan, ettei kenenkään vastaajan mielestä saatu hoidonohjauksen riittävyys ollut hyvin.



Kuvio 6: Hoidonohjauksen riittävyys jakaumina

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tulosten mukaan diabeetikoiden siirtyminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon sujui melko hyvin. Lisäksi he arvioivat terveyskeskuksen diabetespoliklinikan hoidon järjestymisen hyväksi. Hoidonohjauksen eri osa-alueiden kohdalla diabeetikot olivat arvioineet saadun hoidonohjauksen pääasiallisesti riittäväksi.

Siirto erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon sujui vastanneiden (n = 11) mielestä melko hyvin odotuksiinsa nähden. Suurimmalla osalla vastaajista oli ennakkoluuloisia odotuksia siirtoa kohtaan. Tieto siirrosta aiheutti tyytymättömyyttä ja huolta esimerkiksi lääkärin saatavuudesta. Osalla taas ei ollut korkeita odotuksia siirron suhteen, vaan kokivat enemmänkin hämmennystä. Toivottiin kontrolloiakojen toteutumista entiseen tapaan. Osa vastaajista odotti toimivaa hoitoyksikköä, jossa omalääkäri ja -hoitaja mahdollistavat säännölliset kontrollit. Osalla vastaajista ennakkoluuloiset odotukset muuttuivat myönteisiksi siirron myötä. Lohjan terveyskeskuksen diabetespoliklinikka osoittautui siirron myötä toimivaksi hoitoyksiköksi, jossa saa asiantuntevaa ja hyvää hoitoa.

Vastaajien mukaan siirtyminen Lohjan terveyskeskuksen diabetespoliklinikalle tapahtui vuosien 2004–2008 välisenä aikana. Tulos on ristiriidassa saatujen esitietojen kanssa, jonka mukaan diabeetikoiden siirtyminen tapahtui vuosien 2006–2007 välisenä aikana (P. Juselius henkilökohtainen tiedoksianto 17.11.2009).

Diabeetikoiden kokema hoidon järjestymisen Lohjan terveyskeskuksen diabetespoliklinikalla osoittautui melko riittäväksi. Ainoa osa-alue, jossa vastaukset vaihtelivat, oli puhelinyhteyden saaminen hoitopaikkaan. Parhaiten diabeetikot arvioivat lääkäriltä ja diabeteshoitajalta saadun palvelun laadun poliklinikalla, tiedonkulun henkilökunnalta potilaalle sekä vastaanottokäynnin sisällön. Rattolan, Bergin ja Haikarisen (2010, 8-9) hankeharjoittelun tulosten mukaan Lohjan terveyskeskuksen diabetespoliklinikka sai Lohjan diabetesyhdistyksen jäsenien arvioimana 2,78 asteikolta 1-4. Vastanneista yli 65 % oli terveyskeskuksen asiakkaana. (Rattola, Berg & Haikarinen 2010.)

Hyvän vastaanottopoliklinikan piirteiksi muodostui ilmapiiri ja kokonaisvaltainen hoito diabeetikoiden vastausten perusteella. Ilmapiiri vastaanotolla tulisi diabeetikoiden mukaan olla kiireetön, jossa vallitsee ystävällinen ja iloinen tunnelma. Tärkeinä pidettiin myös vastaanottoaikojen täsmällisyyttä sekä kuulluksi tulemistä vastaanotolla. Kokonaisvaltainen hoito koostuu asiantuntemuksesta sekä diabetestiimistä. Hoitosuhde diabeteslääkärin ja -

hoitajan kanssa toivotaan olevan mahdollisimman pitkäkestoinen ja diabeetikoista toivotaan huolehdittavan kokonaisvaltaisesti.

Kiitettävää palautetta diabeetikot antoivat hyvälle diabetestiimille, johon kuuluu diabeteslääkäri ja -hoitaja. Tyytyväisiä oltiin saatuun korkeatasoiseen sekä asiantuntevaan hoitoon. Siirron myötä ennakkoluulot terveyskeskuksen diabetespoliklinikkaa kohtaan muuttuivat positiivisiksi, kun hoito osoittautui yhtä hyväksi tai joidenkin osalla jopa paremmaksi kuin erikoissairaanhoidossa. Tyytymättömiä oltiin jalkojenhoitoon ja sen puutteeseen perusterveydenhuollossa. Jalkojenhoitoa kaivattiin, varsinkin niiden kohdalla joilla ongelmia jalkojen kanssa esiintyy enemmän. Hoitomotivaatioon koettiin vaikuttavan poliklinikkakäyntien harventuneet käyntikerrat. Erikoissairaanhoidon tiheämmät kontrollikäynnit estivät vastanneiden mielestä hoitoupumuksen syntyä.

Tulosten mukaan diabeetikoiden kokema hoidonohjaus sairastumisen jälkeen oli ollut lähes kaikkien osa-alueiden kohdalla riittävää. Diabeetikot arvioivat hoidonohjauksen riittäväksi diabeteksestä sairautena, hoitovälineiden hankinta, insuliinihoidon toteuttaminen, omaseuranta, alhainen verensokeri ja korkea verensokeri saralla. Riittämättömäksi diabeetikot arvioivat ruokavalion, painonhallinnan, hoidon eri vaiheiden, liikunnan, jalkojen hoidon, lisäsairaudet ja muun lääkehoidon toteuttamisen. Rattola ym. (2010) tutkivat myös hoidonohjauksen riittävyttä. Osa-alueet eivät kovin paljoa eronneet tähän tutkimukseen valituista osa-alueista. Tulosten mukaan kaikki muut paitsi jalkojen omahoito sai arvoksi >3, jalkojen omahoito 2,9. Asteikkona käytettiin kyseisessä tutkimuksessa myös 1-4.

Diefenbaughin (2008) tutkimus tyyppin 2 diabeetikoiden hoidonohjauksesta osoittaa ruokavaliosuosituksen, liikunnan, verensokeripitoisuuden mittaamisen ja tulosten hyödyntämisen, painonhallinnan ja liian matalan ja korkean verensokerin hoidon hoidonohjauksen riittäväksi. Hoidonohjaus lisäsairauksien sekä jalkojenhoidon osalta koettiin riittämättömäksi. Diabeetikot olivat arvioineet hoidonohjauksen riittäväksi myös ruokavalion ja liikunnan osalta. Tyyppin 2 diabeetikoille epäselväksi oli hoidonohjauksen osalla jäänyt muun muassa hoitovälineiden hankinta. (Diefenbaugh 2008, 36-39.)

6.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusta tehtäessä täytyy noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimusluvan kyselyymme myönsi Lohjan terveyskeskuksen johtava hoitaja.

Kysymysten asettelussa, aineiston keräämisessä ja käsittelemisessä, tulosten esittämisessä ja aineiston säilytyksessä tulee toimia niin, ettei kohderyhmää loukata. (Vilkkä 2007, 90.)

Tutkimus perustui tutkittavien vapaaehtoiseen osallistutumiseen. Kyselyyn osallistujat vastasivat nimettöminä, eikä tuloksista voi tunnistaa yksittäistä vastaajaa. Kyselylomakkeen mukana postitettiin vastaajille saatekirjeen (liite 2), jossa kävi ilmi kyselyn tarkoitus ja mihin tuloksia käytetään. Tutkimustuloksia käytettiin vain asianmukaiseen tarkoitukseen, Lohjan diabetespoliklinikan toimintaa ajatellen.

Tutkimussuunnitelmassa työryhmä lupautui säilyttämään aineiston lukittuna yhden työryhmän jäsenen kotona. Tämä toteutui koko tutkimusprosessin ajan hyvin. Tutkimuksen päätyttyä aineisto hävitettiin asianmukaisella tavalla.

6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden pohdinnassa on kiinnitettävä huomiota eri seikkoihin. Luotettavuuden arvioinnissa pohdittiin koko tutkimusprosessia, alkumetreiltä aivan sen raportointiin asti.

Luotettavuuteen vaikuttaa merkittävästi opinnäytetyössä käytetyt lähteet. Kyselylomakkeen laadinnassa käytettiin tukena diabetekseen, hoidonohjaukseen ja hoidon laatuun liittyvää kirjallisuutta ja muita lähteitä. Itse diabeetikoiden siirtovaiheesta ei löytynyt tietoa, johon olisi voinut tukeutua. Siirtovaihetta koskevien lähteiden puute vaikuttaa tämän opinnäytetyön luotettavuuteen. Kyselylomakkeen laadinnassa haluttiin ottaa huomioon myös opinnäytetyön tilaajan mielipide. Diabetespoliklinikan diabeteshoitaja antoi muutamia ehdotuksia kysymysten suhteen, jotka otettiin huomioon lomakkeen laadinnassa.

Kyselytutkimus takaa vastaajien tunnistamattomuuden. Lisäksi se estää mahdollisen tutkijan vastauksia ohjaavan vaikutuksen lomaketta täytettäessä. Jotta tutkimuksen luotettavuus on hyvä, täytyy otoksen edustaa perusjoukkoa, eikä mittaamisessa tulisi olla satunnaisvirheitä. (Viikka 2007, 152) Luotettavuuteen vaikutti suuresti myös se, että tutkittavat lähtivät tutkimukseen mukaan vapaaehtoisesti.

Aineistoa käytiin tarkasti läpi ja moneen kohtaan palattiin kerta toisensa jälkeen pohtimaan sen tarkoitusta ja merkitystä. Aineistoa tarkasteltiin niin kokonaisuutena kuin osissakin. Aineiston laatu koettiin pienestä otoksesta huolimatta hyväksi. Tutkimuksen tulokset osoittavat, miten tutkittavat kokivat siirron, hoidon järjestymisen ja kuinka hyvin he olivat saaneet hoidonohjausta sairastumisensa jälkeen.

Tutkimusaineiston ollessa suppea tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä. Kyselyyn vastasi odotettua pienempi joukko ($n = 8$), kuin mitä aluksi oli odotettu. Varsinaisen kyselyn

jälkeen päätettiin tehdä uusintakysely. Ensimmäisen kyselykerran niukan vastanneisuuden oletettiin johtuvan huonosta ajankohdasta. Uusintakysely ei ajankohdan myötä ollut yhtään sen parempi, mutta tuotti enemmän vastauksia (n = 11) kuin ensimmäisellä kerralla.

Lähes jokaisen monivalintakysymyksen vastausprosentiksi muodostui 100 %. Vain muutaman kysymyksen tai kysymyksen osa-alueen vastausprosentti jäi alle sadan. Avointen kysymysten vastausprosentti oli 63-73 %. Tutkimuksen luotettavuuteen saattoi vaikuttaa hieman kyselylomakkeen vastausvaihtoehdot, sekä niiden järjestys. Kahdessa viimeisessä monivalintakysymyksessä (9 ja 11) asteikot olivat toisistaan poikkeavia, sillä vastausvaihtoehdot olivat käänteisessä järjestyksessä. Tämä saattoi aiheuttaa vastauksiin virheitä, jos kyselyä tehdessä ei ollut aktiivisesti mukana. Kyselylomakkeen neljäs kysymys antoi saatuihin taustatietoihin nähden paljon poikkeavia vastauksia. Kysymyksen asettelu ei koettu jälkikäteen hyväksi. Vastanneiden joukossa oli vain muutama, jotka olivat ilmoittaneet siirtymävuoden Lohjan terveyskeskuksen diabetespoliklinikalle pyydetyllä tavalla (kk/vv). Vilkka (2005) toteaa satunnaisvirheitä aiheuttavan esimerkiksi se, että vastaajaa muistaa jonkin asian väärin tai ymmärtää kysymyksen eri tavalla kuin tutkija. Tämän kaltaisen satunnaisvirheen ei tutkimuksen tavoitteiden kannalta ole merkittävän suuri. (Vilkka 2005, 162.)

Tutkimustulokset pyrittiin esittämään johdonmukaisesti ja yhtenäisesti, jotta lukija pystyisi seuraaman työryhmän päättelyä. Lukijaa helpottamaan tuloksista muodostettiin taulukoita. Tutkimus antaa Lohjan terveyskeskuksen diabetespoliklinikalle mahdollisuuden kehittää poliklinikan toimintaa siirron, hoidon järjestymisen ja hoidonohjauksen suhteen.

Lähteet

- Diabeetikoiden hoidon taso vaihtelee paikkakunnittain. Dehko - uutiset 2/2009, s 8.
- Diabeetikon hyvän hoidon toteuttamisen periaatteet. 2008. Diabetesliitto. Kirjapaino Hermes.
- Diefenbaugh, T. 2008. Tyypin 2 diabeetikoiden hoidonohjaus. Laatuksiteerien toteutuminen asiakkaiden näkökulmasta. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Ilanne-Parikka, P., Kangas, T., Kaprio, E. & Rönnemaa, T. 2006. Diabetes. Duodecim. Diabetesliitto.
- Immonen, E. 2008. Aikuisen nuoruustyyppin diabeetikon hoitoketju erikoissairaanhoidossa. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystalouden- ja -talouden laitos.
- Juselius, P. 2009. Teoksessa Dehko-päivät 2009. Luennot ja abstraktit 27.-28.12.2009, Tampere. Diabeteksen ehkäisy ja hoidon kehittämissuunnitelma DEHKO 2000-2010. Tiivistelmäkirja.
- Kyngäs, H. 2008. Hoidonohjauksen lähtökohdat. Teoksessa Rintala, T.M., Kotisaari, S., Olli, S. & Simonen, R. Diabeetikon hoidonohjaus. Hygieia.
- Pekkonen, L. 2008. Hoidonohjauksen erityiskysymyksiä. Teoksessa Rintala, T.M., Kotisaari, S., Olli, S. & Simonen, R. Diabeetikon hoidonohjaus. Hygieia.
- Rissanen, M.A. 2005. Tiedonsiirrosta vuorovaikutukselliseen ohjaamiseen - tyypin 1 diabeetikon hoidonohjaus diabeteshoitajien kuvaamana. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.
- Ruuskanen, S. 2008. Hoidonohjauksen sisältö. Teoksessa Rintala, T.M., Kotisaari, S., Olli, S. & Simonen, R. Diabeetikon hoidonohjaus. Hygieia.
- Ryynänen, O.P., Kukkonen, J., Myllykangas, M., Lammintakanen, J. & Kinnunen, J. 2006. Priorisointia terveydenhuollossa Mitä maksaa, kuka maksaa. Helsinki: Talentum.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Tammi.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- Winell, K. & Reunanen, A. 2006. Diabetesbarometri. Suomen Diabetesliitto ry. Kirjapaino Hermes 2006.

Internet-lähteet

- Aho, T., Summanen, P. & Komulainen, J. 2009. Diabeettinen retinopatia Käypä hoito-suositus. Viitattu 2.2.2010.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/khp00059>
- Alkukartoitus. Diabeteksen Käypä hoito -työryhmä. Viitattu 25.1.2010.
http://www.terveysportti.fi/dtk/shp/avaa?p_artikkeli=nix00776
- Diabeetikon ruokavaliosuositus. 2008. (27.10.2009) Toim. Torssonen, S-T. & Lyytinen, M. Diabetesliitto. Viitattu 2.2.2010. http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=5243

Diabetesliitto. 2009. Tyypin 1 diabetes. Viitattu 30.5.2009.

http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=93

Diabetesliitto. 2010. Diabeetikon omahoidon tukeminen. (3.2.2010.) Viitattu 7.2.2010.

http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=2045

Diabeteksen tuoreen Käypä hoito -suosituksen tavoite: Alidiagnosoinnista parempaan hoitoon nykyistä varhemmin. (14.6.2007) Viitattu 4.2.2010.

http://www.kaypahoito.fi/web/kh/uutisarkisto?p_p_id=uutisportlet_WAR_Uutisportlet_INSTANCE_dTSZ&p_p_action=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1& uutisportlet_WAR_Uutisportlet_INSTANCE_dTSZ_sivu_id=52982

Diabeteksen munuaiskomplikaatioista Käypä hoito - suositus: Diabetekseen liittyvän munuaissairauden kehittymistä ehkäistävä. Viitattu 2.2.2010.

http://www.kaypahoito.fi/web/kh/uutisarkisto?p_p_id=uutisportlet_WAR_Uutisportlet_INSTANCE_dTSZ&p_p_action=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1& uutisportlet_WAR_Uutisportlet_INSTANCE_dTSZ_sivu_id=59680

Diabeteksen hoitoon ja hoidon seurantaan tarkoitettujen välineiden tarve. 2005. Viitattu 6.2.2010. http://diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=833

Diabeteksen Käypä hoito - suositus. Viitattu 5.11.2009.

<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50056>

Kallioniemi, V. Diabetes. Kandidaattikustannus Oy. Viitattu 6.2.2010.

http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Diabetes#Tyypin_1_diabeetikon_liikunta

Kangas, T. & Virkamäki, A. 2009. Insuliini ja sen tehtävät. Viitattu 4.2.2010.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia01202&p_haku=insuliini

Kukkurainen, M-L. & Kyngäs, H. 2007. Hoidonohjaus. Viitattu 7.12.2009.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00318

Mustajoki, P. 2009a. Diabetes ja liikunta - hoito-ohje tyypin 1 diabeetikolle. Viitattu 6.2.2009.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00888

Mustajoki, P. 2009b. Diabetes (sokeritauti). Viitattu 30.1.2010.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00011#s4

Mustajoki, P. 2009c. Tyypin 1 diabeteksen hoito. Viitattu 4.2.2010.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00774&p_haku=diabetes

Mustajoki, P. 2009d. Alhainen verensokeri (hypoglykemia) diabeetikolla. Viitattu 4.2.2010.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00757

Rönnemaa, T. 2009. Mitä on neuropatia? Viitattu 4.2.2010.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia01713

Rönnemaa, T. & Leppiniemi, E. 2009. Verensokerin omaseuranta. Viitattu 6.2.2010.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia00401

Saraheimo, M. 2009a. Diabetes mitä se on? Viitattu 5.2.2010.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dia00101&p_teos=dia&p_selaus=9542

Saraheimo, M. 2009b. Tyypin 1 diabetes. Viitattu 5.2.2010.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dia02047&p_teos=dia&p_selaus=9544

Saraheimo, R. 2009c. Mitä diabeteksen hoito on? Viitattu 5.2.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dia00102&p_teos=dia&p_selaus=9542

Seppänen, M. 2009. Diabeteksen silmäsairaus (diabeettinen retinopatia). Viitattu 10.2.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00826

Tyypin 1 diabeteksen hoitosuositus. 2005. Hoidon porrastus. Viitattu 25.1.2010.
http://www.diabetes.fi/diabtiet/hoitsuos/tyyppi1/luku1.html#hoidon_porrastus

Tyypin 1 diabeteksen hoitosuositus. 2005. Hoidon järjestäminen. Suomen Diabetesliitto ry. Viitattu 25.1.2010.
http://www.diabetes.fi/diabtiet/hoitsuos/tyyppi1/luku1.html#hoidon_porrastus

Tyypin 1 ja tyypin 2 diabeteksen hoitoketju. 2010. Viitattu 24.1.2010.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=Tyypin%201%20ja%20tyypin%202%20diabeteksen%20hoitoketju

Muut lähteet

Rattola, T., Berg, H. & Haikarinen, V. 2010. Ennakoiva hoito ja tulevaisuus hankeharjoittelu. Hanketyöskentely raportti. Laurea-ammattikorkeakoulu. Julkaisematon.

Juselius, P. Diabeteshoitajan haastattelu 17.11.2009. Lohjan terveyskeskuksen diabetespoliklinikka. Lohja.

Liitteet

Liite 1 Tutkimuslupa

Liite 2 Saatekirje (ensimmäinen)

Liite 3 Saatekirje (toinen)

Liite 4 Kyselylomake



LAUREA - AMMATTIKORKEAKOULU

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Opinnäytetyön tekijä/tekijät

Jemina Hellberg, Henriikka Lahti & Vera Mustakangas

Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden yhteystiedot ja osoitteet

Hellberg Jemina
Länsi-Louhenkatu 28 as 2
08100 Lohja
Jemina.Hellberg@laurea.fi

Laurea-ammattikorkeakolu, Lohja

Hoitotyön koulutusohjelma
Lohjan Laurea-ammattikorkeakoulu
Nummentie 6
08100 Lohja
Puh. (09) 8868 7800

Organisaation/yksikön yhteystiedot

Lohjan terveystieteiden diabetesneuvola
Ojamonkatu 36
08100 Lohja
Johtava hoitaja Paula Lintunen

Laurea-ammattikorkeakolu, Lohja
Koulutusohjelma

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyön ohjaaja Opinnäytetyön ohjaajan yhteystiedot

Seija Olli, lehtori, Laurea-ammattikorkeakoulu,
puh. 0400-677 078
Seija.Olli@laurea.fi

Opinnäytetyön nimi

Tyyppin 1 diabeetikoiden kokemuksia siirtovaiheen hoidonohjauksesta

Opinnäytetyön tavoitteet/tutkimusongelma

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Lohjan seudun diabeetikoiden kokemuksia saamastaan hoidonohjauksesta siirryttyään erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon.

Tarkoituksena on selvittää, kuinka hyvin tyypin 1 diabeetikoiden siirto perusterveydenhuoltoon on sujunut. Tuloksia on tarkoitus hyödyntää diabetespoliklinikan toimintaa ajatellen; antaa mahdollisuuden arvioida poliklinikan toimintaa sekä palveluja.

Tutkimusongelmat:

- 1 Miten potilaat ovat kokeneet siirron erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon?
- 2 Millaiseksi Lohjan terveystieteiden tutkimuskeskuksen diabetespoliklinikalla käyvät tyypin 1 diabeetikot kokevat palvelun laadun?
- 3 Miten riittävästi potilaat ovat saaneet hoidonohjausta sairastumisen jälkeen?

Opinnäytetyön aineisto, menetelmät ja aikataulu

Opinnäytetyön aineisto kerätään Lohjan diabetespoliklinikan tyypin 1 diabeetikoilta, jotka ovat vuosien 2006 ja 2007 välisenä aikana siirtyneet erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Tutkimusmenetelmänä käytetään määrällistä tutkimusotetta. Aineisto kerätään tätä kartoitusta varten laaditulla kyselylomakkeella. Aineisto analysoidaan SPSS- ohjelmalla kevään 2010 aikana. Tutkimusluvan hyväksymisen jälkeen kyselylomakkeet postitetaan Lohjan terveystieteiden tutkimuskeskuksen toimesta vastaajille diabeteshoitajan kanssa sovitulla tavalla. Tutkimusluvan toimittaminen johtavalle hoitajalle olisi tarkoitus tehdä ennen pääsiäistä. Vastausaikaa tutkittaville annetaan kolme viikkoa. Palautuksen olemme suunnitelleet tapahtuvan 19.4. Kyselylomakkeet palautetaan Laurea-ammattikorkeakouluun, jossa ne säilytetään ja arkistoidaan sekä luovutetaan opinnäytetyön tekijöille vain aineiston analysoinnin ajaksi.

Tutkimussuunnitelma liitteenä.

..... / 20.....
Paikka ja aika

.....
Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden allekirjoitus/allekirjoitukset

.....
Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus

Tutkimuslupa on myönnetty

..... / 20.....
Paikka ja aika

.....
Allekirjoitus

Opiskelijalla on opinnäytetyötä tehdessään samanlainen vaitiolovelvollisuus kuin sosiaali- ja terveysalan virkasuhteisella työntekijällä. Hän on velvollinen ehdottomasti turvaamaan opinnäytetyössään tarkastelemiensa henkilöiden intimitetin ja anonymiteetin.

Kyselylomakkeen saatekirje.

Hyvä Vastaaja

Tämän kyselyn tarkoituksena on selvittää Lohjan diabetespoliklinikalla käyvien tyypin 1 diabeetikoiden kokemuksia saamastaan hoidosta ja palvelusta. Kyselylomakkeet postitetaan Lohjan diabetespoliklinikalta käsin tyypin 1 diabeetikoille, jotka ovat siirtyneet erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja vastaaminen tapahtuu nimettömästi. Saadut tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Vastauksenne on erittäin tärkeä tutkimuksen tavoitteen ja luotettavuuden kannalta. Palauttakaa kyselylomake mukana tullessa kuoressa viimeistään 11.5.2010 mennessä.

Kyselyn toteutuksesta vastaavat Lohjan Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat opinnäytetyönään. Opinnäytetyömme valmistuu syksyllä 2010 ja tuloksia käytetään Lohjan terveyskeskuksen diabetespoliklinikan toiminnassa. Tutkimukseen on saatu asianmukainen lupa Lohjan terveyskeskuksesta.

Kiitos vastauksestanne!

Sairaanhoitajaopiskelijat:
Jemina Hellberg
Henriikka Lahti
Vera Mustakangas

Ohjaaja Seija Olli
Seija.oli@laurea.fi

Hyvä Vastaaja

Olette saaneet tämän kirjeen jo kertaalleen. Koska ensimmäinen kerta tuotti niukasti vastauksia, päätämme suorittaa uusintakyselyn. Olkaa ystävällisiä ja vastatkaa ohessa tulleeeseen kyselyyn ja palauttakaa se mukana tulleessa kuoressa viimeistään 4.6.2010 mennessä. Mikäli olette ensimmäisellä kerralla vastannut kyselyyn, ei teidän tarvitse vastata toista kertaa.

Tämän kyselyn tarkoituksena on selvittää Lohjan diabetespoliklinikalla käyvien tyypin 1 diabeetikoiden kokemuksia saamastaan hoidosta ja palvelusta. Kyselylomakkeet postitetaan Lohjan diabetespoliklinikalta käsin tyypin 1 diabeetikoille, jotka ovat siirtyneet erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja vastaaminen tapahtuu nimettömästi. Saadut tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Vastauksenne on erittäin tärkeä tutkimuksen tavoitteen ja luotettavuuden kannalta.

Kyselyn toteutuksesta vastaavat Lohjan Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat opinnäytetyönään. Opinnäytetyömme valmistuu syksyllä 2010 ja tuloksia käytetään Lohjan terveyskeskuksen diabetespoliklinikan toiminnassa. Tutkimukseen on saatu asianmukainen lupa Lohjan terveyskeskuksesta.

Kiitos vastauksestanne ja oikein hyvää kesää!

Sairaanhoitajaopiskelijat:

Jemina Hellberg
Henriikka Lahti
Vera Mustakangas

Ohjaaja Seija Olli
Seija.oli@laurea.fi

Ole hyvä ja ympäröi tilanteeseesi parhaiten sopiva vaihtoehto tai kirjoita vastaus sille varattuun paikkaan.

1. Ikä _____ vuotta.
2. Sukupuoli _____ nainen / mies.
3. Vuosi, jona sairastuit diabetekseen _____ Vuonna _____
4. Milloin siirryit Lohja terveystieteiden tutkimuskeskuksen diabetespoliklinikalle? _____
(kk/vv.)

5. Miten sait tiedon siirtymisestä perusterveydenhuoltoon?

1. Poliklinikkakäynnillä
2. Kirjeitse
3. Puhelimitse

6. Kävitkö tutustumassa terveystieteiden tutkimuskeskuksen diabetespoliklinikkaan ennen siirtoa?

1. Kyllä
2. En

7. Miten siirto erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon vastasi odotuksiasi?

1. Hyvin
2. Melko hyvin
3. Huonosti

8. Millaisia odotuksia Sinulla oli tulevaa hoitopaikkaa kohtaan siirtyessäsi erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon?

9. Arvioi seuraavien osa-alueiden toimivuutta Lohjan terveyskeskuksen diabetespoliklinikalla

	Riittävä	Melko riittävä	Melko puutteellista	Täysin puutteellista
1. Puhelinyhteyden saaminen hoitopaikkaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Lääkäriltä ja diabeteshoitajalta saatu palvelun laatu poliklinikalla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vastaanottoaikojen saaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tiedon kulku henkilökunnalta potilaalle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vastaanottokäynnin sisältö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tuen saaminen diabeteksen omahoitoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Mitkä ovat mielestäsi hyvän vastaanottopoliklinikan piirteitä?

11. Oletko mielestäsi saanut riittävästi hoidonohjausta sairastumisesi jälkeen seuraavilla osa-alueilla? Valitse vain yksi vaihtoehto.

	Vähän	Kohtalaisesti	Jonkin verran	Hyvin
1. Diabeteksestä sairautena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hoidon eri vaiheet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ruokavaliosuositukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Painonhallinta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Liikunta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Diabeteksen omaseuranta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Insuliinihoidon toteuttaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Muun lääkehoidon toteuttaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Lisäsairaudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Alhainen verensokeri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Korkea verensokeri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hoitovälineiden hankinta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jalkojen hoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Verensokerin mittaaminen ja tulosten hyödyntäminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

12. Mitä muuta haluat kertoa saamastasi hoidosta ja palvelusta?
