



**ASIAKASTYYTYVÄISYYSKYSELY
PALVELUSTA JA
HOIDONOHJAUKSESTA
ÄÄNEKOSKEN
DIABETESNEUVOLOISSA**

**Tuula Wilen
Opinnäytetyö
Toukokuu 2007**



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**
Sosiaali- ja terveysala

Tekijä(t) WILEN, Tuula	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 65	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____ saakka	
Työn nimi ASIAKASTYYTYVÄISYYSKYSELY PALVELUSTA JA HOIDONOHJAUKSESTA ÄÄNEKOSKEN DIABETESNEUVOLOISSA		
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveysala, Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) HARTIKAINEN, Irene MATILAINEN, Irmeli		
Toimeksiantaja(t) Äänekosken kaupunki		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää Äänekosken diabetesneuvoloissa käyneiden tyyppin 2 diabetesasiakkaiden mielipiteitä saamastaan palvelusta, ohjauksesta ja neuvonnasta. Tulosten pohjalta etsitään kehittämiskohteita, joihin vaikuttamalla diabetesneuvoloiden palveluja ja hoidonohjausta voidaan kehittää.</p> <p>Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena, jossa tiedonkeruumenetelmänä käytettiin strukturoitua kyselylomaketta. Kysely kerättiin Äänekosken diabetesneuvoloissa loppuvuodesta 2006 ja alkuvuodesta 2007. Kyselyyn osallistui 147 asiakasta. Aineisto analysoitiin strukturoitujen sekä osaksi myös avoimien kysymyksien kohdalla SPSS -menetelmää hyväksi käyttäen. Kaikki vastaukset huomioitiin tutkimustuloksia analysoitaessa.</p> <p>Tutkimustulosten perusteella Äänekosken terveyskeskuksen diabetesneuvoloiden palveluun ja ohjaukseen oltiin erittäin tyytyväisiä. Asiakaspalveluominaisuuksista ystävällisyys, perehtyneisyys, uskottavuus ja halu palvella saivat korkeimmat arvosanat. Vuorovaikutustaidoista henkilökunnan kykyä kuunnella arvostettiin eniten. Asiakkaat toivoivat, että he voisivat paremmin osallistua omahoidon suunnitteluun. Tietojen saannissa tyytymättömyyttä oli jonkin verran varsinkin tiedon saannissa hammashuollon palveluista ja diabetekseen liittyvistä elinmuutoksista. Lisäohjausta toivottiin eniten ruokavalioon, painonhallintaan ja lääkehoitoon. Asiakkaiden mielestä palveluja ja ohjausta voitaisiin kehittää lisäämällä ohjusaikaa ja neuvontatilaisuuksia.</p> <p>Asiakastyytyväisyyskyselyä on tarkoitus Äänekoskella järjestää 2 - 3 vuoden välein. Seuraavassa kyselyssä voidaan kartoittaa kokemuksia diabetekseen liittyvästä elämän laadusta. Haastattelututkimuksella on mahdollista saada enemmän myös palvelun ja hoidonohjauksen kehittämisideoita.</p>		
Avainsanat (asiasanat) tyypin 2 diabetes, hoidonohjaus, palvelu, asiakaslähtöisyys		
Muut tiedot		

Author(s) WILEN, Tuula	Type of Publication Bachelors´s Thesis	
	Pages 65	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until _____	
Title THE CUSTOMER SATISFACTION QUESTIOAIRE FOR SERVICE AND COUNSELLING OF CARE IN THE ÄÄNEKOSKI DIABETES CLINIC		
Degree Programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) HARTIKAINEN, Irene MATILAINEN, Irmeli		
Assigned by Äänekoski town		
Abstract The objective of the research was to determine the opinions of type 2 diabetic customers that frequent the Äänekoski Diabetes Clinic, concerning the service, counselling and consultations received. The findings would be analyzed for areas of improvement that would influence the overall service of the diabetes clinic, as well as developing its counselling of care. The research was carried out as a quantitative research, in which the method of a structured questionnaire was used in the gathering of information. The questionnaire was taken inside the Äänekoski Diabetes Clinic, gathering information from the end of 2006 through the beginning of 2007, with 147 customers participating. Material from both structural, and in part, open questions were analyzed using the SPSS-method. All responses were taken into consideration in analyzing the research results. On the basis of research results, the Äänekoski Health Center Diabetes Clinic’s service and counselling were viewed very satisfactory. The quality of customer care such as friendliness, competence, credibility along with a willingness to serve received very high marks. Listening to the customer was the staff’s interaction skill most valued. Customers expressed the desire to better participate in the planning of their own treatment. There was to some extent dissatisfaction with the disseminating of information, especially in connection with dental health care and on diabetes related changes to the organs. Extra counselling for diet, weight control and medical care was desired the most. In the customers´ opinion, both services and counselling could be developed by allowing for more time in counselling of care and clinical consultations. The customer satisfaction questionnaire is intended to be arranged in Äänekoski every 2-3 years. The next questionnaire can be formulated to chart the quality of life in relation to diabetes. Through interview research, it is possible to increase the flow of developmental ideas on both services and counselling of care.		
Keywords type 2 diabetes, counselling of care, service, customer stemmed		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	4
2 TYYPIN 2 DIABETES TERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄN HAASTEENA	5
2.1 Tyypin 2 diabetes sairautena ja sen hoitomuodot	5
2.2 Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma	9
3 TYYPIN 2 DIABEETIKON HOIDONOHJAUS	11
3.1. Hoidonohjaus käsitteenä	11
3.2 Diabeetikon hoidonohjauksen taustateorioita	12
3.3 Voimavarakeskeinen hoidonohjaus	13
3.4 Muutosvaihemalli tyypin 2 diabeetikoiden ohjauksessa	14
4 PALVELUJEN LAADUN KEHITTÄMINEN HOITOTYÖSSÄ	16
4.1 Palvelu käsitteenä	16
4.2 Laadunhallinta palvelu- ja hoitotyössä	17
4.3 Asiakaslähtöisyys palvelutyössä	19
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	21
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	22
6.1 Tutkimuksen metodologisia lähtökohtia	22
6.2 Aineiston keruu ja kohderyhmä	23
6.3 Aineiston analysointi	25
7 TULOKSET	26
7.1 Vastaajien taustatekijät	26
7.2 Diabetesneuvolan palveluiden saatavuus	28
7.3 Diabetesneuvolan vastaanottotilat	30
7.4 Henkilökunnan toiminta	32

	2
7.5 Vuorovaikutuksen toimivuus	34
7.6 Tiedon saanti diabetekseen ja omahoitoon liittyvissä asioissa	36
7.7 Lääkehoidon ohjaus	39
7.8 Diabeteksen omahoito	40
7.9 Yhteenveto tutkimustuloksista	44
8 POHDINTA	45
8.1 Tutkimuksen toteutuksen pohdinta	45
8.2 Tutkimuksen tulosten pohdintaa	47
8.3 Tutkimuksen luotettavuus	51
8.4 Jatkotutkimusaiheet	53
LÄHTEET	54
LIITTEET	57
LIITE 1. Yhteistyösopimus	57
LIITE 2. Asiakaskyselylomake	59

KUVIOT

KUVIO 1. VASTAUSTEN JAKAANTUMINEN TERVEYSASEMITTAIN.....	27
KUVIO 2. VASTAAJIEN LUOKITELTU IKÄ	27

TAULUKOT

TAULUKKO 1. DIABETESPALVELUIDEN SAATAVUUS	28
TAULUKKO 2. SOITTOAJAN JA VÄLINEJAKELU AJANKOHDAN SOPIVUUS TERVEYSASEMAN SIJAINNIN MUKAAN	29
TAULUKKO 3. ODOTUSAJAN PITUUS ENSIMMÄISELLE KÄYNNILLE TERVEYSASEMAN SIJAINNIN MUKAAN ..	30
TAULUKKO 4. VASTAANOTTOTILAT	30
TAULUKKO 5. DIABETESNEUVOLAN SIJAINNIN TERVEYSASEMAN SIJAINNIN MUKAAN.....	31
TAULUKKO 6. ODOTUSTILOJEN VIIHTYVYYS TERVEYSASEMAN SIJAINNIN MUKAAN	31
TAULUKKO 7. TILOJEN KÄYTÄNNÖLLISYYS JA LIIKKUMISEN HELPPOUS TERVEYSASEMAN SIJAINNIN MUKAAN.....	32
TAULUKKO 8. HENKILÖKUNNAN TOIMINTA.....	33
TAULUKKO 9. HENKILÖKUNNAN JOUSTAVUUS TERVEYSASEMAN SIJAINNIN MUKAAN.....	34
TAULUKKO 10. VUOROVAIKUTUKSEN TOIMIVUUS	35
TAULUKKO 11. KESKUSTELUAJAN RIITTÄVYYS TERVEYSASEMAN SIJAINNIN MUKAAN.....	36
TAULUKKO 12. MAHDOLLISUUS OSALLISTUA OMAHOIDON SUUNNITTELUUN TERVEYSASEMAN SIJAINNIN MUKAAN	36
TAULUKKO 13. TIEDON SAANTI DIABETEKSEEN JA OMAHOITON LIITTYVISSÄ ASIOISSA	37
TAULUKKO 14. TIEDON SAANTI JALKOJEN HOIDOSTA TERVEYSASEMAN SIJAINNIN MUKAAN.....	38
TAULUKKO 15. TIEDONSAANTI DIABETEKSEEN LIITTYVISTÄ ELINMUUTOKSISTA TERVEYSASEMAN SIJAINNIN MUKAAN.....	38
TAULUKKO 16. TIEDONSAANTI HAMMASHUOLLON PALVELUISTA TERVEYSASEMAN SIJAINNIN MUKAAN ..	39
TAULUKKO 17. LÄÄKEHOIDON OHJAUKSEN YMMÄRRETTÄVYYS, SELKEYS JA RIITTÄVYYS.....	40
TAULUKKO 18. AVUN JA TUEN SAAMINEN DIABETEKSEN OMAHOITON	41

1 JOHDANTO

Kahden viime vuosikymmenen kuluessa diabetesta sairastavien määrä on lisääntynyt nopeasti Suomessa ja koko maailmassa. Diabetes on muuttunut maasamme kansantaudiksi, jota sairastaa jo lähes puoli miljoonaa suomalaista eli 10 % aikuisväestöstämme. Hoidossa on tällä hetkellä 280 000 diabeetikkoa, ja lisäksi noin 200 000 ihmistä sairastaa diabetesta tietämättään. Suomen Diabetesliitto julkaisi vuonna 2005 diabetesbarometrin, jonka mukaan diabetes lisääntyy jatkuvasti. Nykyisellä vauhdilla hoidossa olevien diabeetikoiden määrä kaksinkertaistuu Suomessa 12 vuoden välein. (Winell & Reunanen 2006a, 13.)

Tyypin 2 diabeteksen merkittävä yleistyminen johtuu väestön elämäntapojen muutoksista, siksi tarvitaan ripeitä toimia etenkin lihavuuden ehkäisyyn ja hoitoon. Tältä pohjalta Suomen Diabetesliitto on lähtenyt kehittämään erilaisia strategioita, joiden avulla diabeteksen lisääntyminen voitaisiin pysäyttää. Diabeteksen ehkäisyyn ja hoidon kehittämisohjelmalla (DEHKO 2000-2010) pyritään ehkäisemään tyypin 2 diabetesta, kehittämään hoidon laatua ja tukemaan diabeetikon omahoitoa. Dehkon myötä tyypin 2 diabeetikkojen hoito on tehostunut ja diabeteksen aiheuttamat lisätaudit ovat vähenemässä. Hoidon laatua ja vaikuttavuutta kehittämällä pyritään vastaamaan myös kasvavaan hoidon tarpeeseen. (Winell ym. 2006a, 5; Suunnitelma Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toteuttamiseksi 2004.)

Äänekosken terveyskeskuksen diabetesneuvoloissa on aloitettu tyypin 2 diabeteksen hoidonohjauksen -laatuprojekti. Laatuprojekti liittyy osana terveyskeskuksen yksikkökohtaisen laatujärjestelmän kehittämiseen. Ensimmäisenä tavoitteena laatuprojektissa on kuvata tyypin 2 diabeetikon hoitoprosessin kulkua Dehkon laatukriteerisuosituksen pohjalta. Hoidon eri osa-alueiden ohjauksen sekä sen saatavuuden ja käytännön järjestämisen tavoitteena on, että diabeetikko on tyytyväinen omaan hoitoonsa. (Diabeetikoiden hoidonohjauksen laatukriteerit 2003.) Laatuvaatimuksissa mainitaan asiakastytyväisyyskysely, jonka tuloksia hyödynnetään hoidonohjauksen kehittämisessä. Kyseessä oleva opinnäytetyö on en-

simmäinen tässä muodossa tehty asiakastytyväisyyskysely Äänekosken terveyskeskuksen diabetesneuvolassa. Diabetesneuvoloissa on tarkoitus järjestää asiakastytyväisyyskysely 2–3 vuoden välein.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia Äänekosken diabetesneuvoloissa käyneiden tyypin 2 diabetesasiakkaiden kokemuksia saamastaan palvelusta, ohjauksesta ja neuvonnasta. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää mitä mieltä asiakkaat ovat diabetespalveluiden saatavuudesta, vastaanottotiloista ja henkilökunnan toiminnasta. Kyselyssä asiakkaat arvioivat hoidonohjaustilanteen vuorovaikutuksen toimivuutta, tiedon saantia, lääkehoidon ohjausta ja diabeteksen omahoitoa. Tutkimuksessa selvitetään myös, miten asiakkaiden mielestä diabetesneuvolan palveluja ja ohjausta voidaan kehittää ja miten silmäpohjien seuranta on toteutunut. Asiakastytyväisyyskyselyn tulosten pohjalta on tarkoitus löytää kehittämiskohteita, jotta diabetespalvelujen ja hoidonohjauksen laatua voidaan parantaa.

2 TYYPIN 2 DIABETES TERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄN HAASTEENA

2.1 Tyypin 2 diabetes sairautena ja sen hoitomuodot

Diabetes mellitus on heterogeeninen ryhmä sairauksia, joille on ominaista normaalin sokeriaineenvaihdunnan häiriintyminen. Diabeteksen kaksi eri tyyppiä ovat tyypin 1 eli nuoruusiän diabetes sekä tyypin 2 eli aikuisiän diabetes. Normaalisti haima erittää insuliinia siten, että veren sokeri eli glukoosipitoisuus pysyy tasapainossa, vaikka glukoosin määrä lisääntyy ravinnon syönnin myötä tai vähenee liikkuessa. Maksan erittämä glukagoni nostaa tarvittaessa veren sokeripitoisuutta ja kataboliset hormonit (esim. adrenaliini, nonadrenaliini, kortisoli) vaikuttavat sokeritasapainon säilymiseen tilanteessa, jossa sokeritaso alkaa laskea. Tyypin 1 diabeteksessa haima ei eritä insuliinia ja elimistön insuliinin puute on

korvattava elinikäisellä insuliinihoidolla. Tyypin 2 diabeteksessa omaa insuliini tuotantoa on jäljellä, mutta sen erittyminen on häiriintynyt tai elimistö ei kykene sitä käyttämään (insuliiniresistenssi). Diabetesdiagnoosi tehdään kohonneen paastoglukoosin (plasman glukoosi > 7.0 mmol/l) tai 2 tuntia sokerirasituksen jälkeen (plasman glukoosi > 11,1 mmol/l) mitatun arvon perusteella. (Tietoa diabeteksestä 2006, Tuomi & Yki-Järvinen 2005.) Enemmistö tyypin 2 diabeetikoista tarvitsee jossain sairauden vaiheessa tablettilääkkeitä ja sairauden edetessä noin puolet myös insuliinihoitoa, jotta hoitotasapaino säilyisi hyvänä (Ilanne-Parikka 2003,178).

Tyypin 2 diabetes on kahdeksassa tapauksessa kymmenestä niin sanottua metabolista oireyhtymää (MBO), johon kuuluu kohonneen verensokerin lisäksi keskivartalolihavuus, kohonnut verenpaine, epäedulliset veren rasva-arvot, lisääntynyt veren hyytymistäipumus ja joskus myös kihti. Tyypin 2 diabetes on alkuun salakavala ja vähäoireinen sairaus. Kuitenkin jo tuore tyypin 2 diabetes merkitsee lisääntyntä sepelvaltimokuolleisuutta. Tyypin 2 diabeteksen hoidossa ja seurannassa päätavoite on valtimotautiriskin pienentäminen verensokerin, verenpaineen, veren rasvojen ja hyytymistekijöiden hoidolla. Pitkäaikainen liian korkea verensokeri voi aiheuttaa elinmuutoksia silmissä, munuaisissa ja hermoissa sekä sydän- ja verenkiertoelimistössä. Tyypin 2 diabetes on nykyään tärkein munuaisdialyysihoidon syy. (Tietoa diabeteksestä 2006.)

Tyypin 2 diabeteksen hoidon keskeisimpinä tavoitteina on oireettomuus, hyvä päivittäinen hyvinvointi ja mahdollisimman tehokas diabeteksen lisäsairauksien ehkäisy (Salmela, Ebeling & Pikkujämsä 2007). Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelmassa painotetaan, että diabeteksen hoidon lähtökohta on päivittäinen omahoito. Päivittäinen omahoito vaatii diabeetikolta tietoa, taitoa, jaksamista, motivaatiota, itseluottamusta ja päätöksentekokykyä. Diabeetikko joutuu tekemään päivittäin useita diabeteksen hoitoon vaikuttavia valintoja ja päätöksiä. Omahoitoon motivoituminen on hyvän hoitotasapainon ja täysipainoisen elämän edellytys. Diabeetikon omahoidon motivoimiseen tarvitaan jatkuvaa hoidonohjausta ja hoitohenkilökunnan tukea ja kannustusta. (Diabeetikoiden hoidonohjauksen laatukriteerit 2003.) Seurannan tulee olla ymmärrettävää, hallittavaa ja mie-

lekästä myös diabeetikolle itselleen, jotta hän sitoutuu omaseurantaan arkielämässä (Ilanne-Parikka & Rönnemaa 2000, 4512).

Hoidonohjauksessa diabeetikon on mahdollista opetella omahoitoa ammattilaisen kanssa. Hoitohenkilökunta ohjaa diabeetikkoa hoitovastuun ottoon ja sairauden hallintaan. (Diabeetikoiden hoidonohjauksen laatuksiteerit 2003.) Tyypin 2 diabeteksen hoidon keinoja ovat lääkkeetön hoito (terveellinen ruokavalio, liikunnan lisääminen, painonhallinta, tupakoimattomuus) sekä lääkehoito. (Tyypin 2 diabetes. 2002, 12.) Onnistunut tyypin 2 diabeteksen hoito edellyttää diabeetikon aktiivista omaa valmiutta ja halua sitoutua oman terveyden säilyttämiseen ja edistämiseen. Omahoito edellyttää sitoutumista vaadittaviin elämäntapamuutoksiin, tarvittaviin lääkehoitoihin ja taudin tilan seuraamiseen. Hoitohenkilökunta tukee ja auttaa asiakasta saavuttamaan hyvän hoitotasapainon ja täysipainoisen elämän. Asiakas tarvitsee ohjausta liikapainon hoitoon, terveellisen ruokavalion omaksumiseen, liikunnan lisäämiseen ja asianmukaisiin lääkehoitoihin sitoutumiseen. (Salmela ym. 2007.)

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmassa on luotu tehokkaan lääkkeettömän hoidon ohjausmalli. Ohjaukseen olisi päästävä riittävän nopeasti. Anamneesivaiheessa tutustutaan asiakkaan ruokavalio- ja liikuntatottumuksiin ja asiakas saa peruskäsityksen millaisesta sairaudesta on kyse ja miten hän voi siihen itse vaikuttaa. Vastasairastuneen tyypin 2 diabeetikon hoidossa tärkeää on, että diabeetikko ymmärtää taudin pysyvyyden ja vakavuuden. Tyypin 2 diabeteksen hoidon tulee olla tavoitteellista ja lisäsairauksien riskitekijät on hoidettava kokonaisvaltaisesti. (Niku 2004, 22.)Yksilöohjauksen rinnalla annetaan ryhmäohjausta. Ryhmä- ja yksilöohjauksen joustava yhdistäminen voi vähentää ohjauksen kokonaistarvetta ja lisätä vaikuttavuutta. Ryhmä tarjoaa mahdollisuuden vertaiskokemusten vaihtamiseen ja käsittelemiseen. (Marttila, Himanen, Ilanne-Parikka & Hiltunen 2004, 5-6.) Onnistunut hoito vaatii myös moniammatillisen tiimin yhteistyötä, johon osallistuvat diabeteshoitaja, lääkäri sekä käytettävissä olevien resurssien mukaan ravitsemusterapeutti, jalkojen hoitaja, sosiaalityöntekijä ja psykologi (Niku 2004, 22).

Diabeteksen hoito on yhteistyötä diabeetikon ja terveydenhuollon ammattihenkilökunnan välillä. Diabetesneuvolan vastaanotolla diabeetikko, lääkäri ja diabeteshoitaja sopivat yhdessä hoitotavoitteet ja keinot. Seurantakäynneillä arvioidaan muutosten tuloksellisuutta ja mietitään uusia tavoitteita. Hyvässä hoitotasapainossa oleva diabeetikko käy terveyskeskuslääkärin tai diabeteshoitajan vastaanotolla harkinnan mukaisin määräajoin. Seurantakäyntejä suositellaan 2–4 kuukauden välein ja vähimmäisvaatimuksena on käynti lääkärin vastaanotolla kerran vuodessa. (DEHKO 2000.) Tyypin 2 diabetes on diabeteksen vaikein muoto, koska se muodostuu erilaisista sairauksista. Tyypin 2 diabeteksen hoito vaatii tarkkaa räätälöintiä ja kokonaisvaltaista hoitamista. Sairaus ei ole staattinen tila, vaan hoitoa joudutaan miettimään koko ajan. (Aho 2005.)

Diabeteksen hyvän hoidon toteutumista voidaan eri suositusten mukaan arvioida kokonaisuutena asiakaslähtöisesti seuraavilla perusteluilla: diabeetikon terveydentilan muutos, miten hoito on tukenut elämän hallintaa diabeteksen kanssa ja miten tyytyväinen diabeetikko on omaan hoitoonsa. Hoidonohjauksessa voidaan käyttää samoja perusteita. Hoidonohjauksen arvioinnin tulisi tapahtua yhdessä diabeetikon ja hoidonohjaukseen osallistuvien kanssa. Arvioinnin aikana voidaan selvittää muun muassa lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteiden toteutuminen, diabetestietous ja hoitotaidot, hoitokäytännöt, elintavat, hoitotyytyväisyys ja diabetekseen liittyvä elämänlaatu. (Diabeetikoiden hoidonohjauksen laatukriteerit 2003.)

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman on tarkoitus tuottaa yleisesti hyväksytty diabetesspesifinen asiakaskyselylomake, jolla voidaan systemaattisesti toteuttaa hoitotyytyväisyysseurantaa. Diabetesbarometrissa esiteltiin Partasen (2003) hoitotyytyväisyystutkimuksia, joiden mukaan diabeetikot ovat yleisesti tyytyväisiä hoitoonsa. Diabeetikoista 39 % oli hyvin tyytyväisiä ja hyvin tyytymättömiä oli alle 1 % vastaajista. Tyypin 2 diabeetikoissa oli enemmän hyvin tyytyväisiä vastaajia. Tärkeinä hoitoon vaikuttavina tekijöinä pidettiin diabeteslääkärin kokemusta, omaa motivaatiota ja vastaanottoaikojen saatavuutta. Tyytymättömyyttä aiheuttaa palvelujen puute esimerkiksi tyytymättömiä oltiin ravitsemusterapeutin ja jalkojen hoitajan palveluihin. (Winell 2006a, 47.)

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Diabetesliiton lääkäriineuvoston asettama työryhmä on laatimassa diabeteksen hoidosta Käypä hoito -suositusta. Diabeettiseen retinopatiaan on jo Käypä hoito -suositus, jonka mukaan kaikkien diabetesta sairastavien silmäpohjat tulee tutkia säännöllisesti. Diabeettiseen retinopatiaan eli diabeteksen aiheuttamaan verkkokalvomutoksiin on työryhmän ehdottama seulonta ajoitus. Tyypin 2 diabeetikoille seurantatiheys on kolmen vuoden välein, jos silmäpohjissa ei ole muutoksia. Seulonta tulee tehdä vuosittain ja useammin, jos muutoksia on enemmän. (Diabeettinen retinopatia 2006.)

2.2 Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy ja hoidon kehittämisohjelma

Diabeteksen ehkäisy ja hoidon kehittämisohjelma, Dehko, luo suuntaviivat diabeteksen hoidon järjestämiselle maassamme vuosina 2000–2010. Suomen Diabetesliitto kutsui koolle asiantuntijaryhmän valmistelemaan ohjelmaa. Dehko hyväksyttiin vuonna 2000 kansalliseksi terveysohjelmaksi, jonka tavoitteena on tyypin 2 diabeteksen ehkäisy ja varsinkin ehkäistä diabeteksen aiheuttamia lisäsaikauksia. Dehko tuottaa uusia toimintamalleja terveydenhuollon käyttöön ja kehittämisohjelmaa toteutetaan laaja-alaisesti kaikkialla Suomessa. (Diabeetikon hyvän hoidon laatukriteerit 2002.) Diabetesliitto julkaisi vuonna 2003 Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman 2003–2010. Ehkäisyohjelman liikkeelle saamiseksi ja sen vaikuttavuuden arvioimiseksi on käynnistetty toimeenpanohanke 2003–2007 eli Dehkon 2 D-hanke. (Suunnitelma Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toteuttamiseksi 2004.)

Toimeenpanohankkeen tavoitteena on vähentää tyypin 2 diabeteksen ilmaantuvuutta. Hankkeen päämääränä on, että tyypin 2 diabeteksen ehkäisy ja seulonta tulevat osaksi perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon normaalia toimintaa. Projekti keskittyy korkean riskin strategiaan eli niihin henkilöihin, joilla tyypin 2 diabeteksen riski on korkea. Keskeinen keino tyypin 2 diabeteksen riskiryhmien seulontaan perusterveydenhuollossa on sairastumisriskin arviointilomakkeen täyttäminen. Riskitestistä korkeat pistemäärät saaneelle asiakkaalle kerrotaan riskitekijöistä ja annetaan elämäntapaohjausta. Vähintään 15 pistettä riskitestistä

saanneille ehdotetaan tehtäväksi paastoverengluukoosi mittaus sekä gluukoosirasituskoel. Poikkeavan tuloksen saanneille annetaan tehostettua hoitointerventioita työterveyshuollon tai aikuisneuvolan puolella. Kun diabetes on todettu, asiakas ohjataan diabetesneuvolan asiakkaaksi. (Suunnitelma Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toteuttamiseksi 2004.)

Toinen tärkeä Dehkon 2 D-hankeen strategia on varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia. Siinä keskitytään jo sairastuneiden diabeetikoiden hoitoon ja ohjaamiseen lisäsairauksien ehkäisemiseksi. Ehkäisyohjelman väestöstrategiassa tavoitteena on lihavuuden ja diabeteksen ehkäisy väestötasolla. Dehkon 2D-hanke on toiminut Pirkanmaan, Etelä-Pohjanmaan, Keski-Suomen, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä vuodesta 2003 ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä vuodesta 2005. Sairaanhoitopiireissä kerätään tietoja Dehkon 2 D-ohjaukseen tulleista potilaista. (Suunnitelma Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toteuttamiseksi 2004.)

Ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelmassa määritellään diabetesvastuulääkärin tehtäväksi vastata diabeteksen hoidon laadusta omassa terveyskeskuksessaan yhdessä diabeteshoitajan kanssa. Sairaanhoitopiirien tehtävä omalla alueellaan on seurata ja arvioida diabeteksen hoitotuloksia ja kehittää ja koordinoi diabeteksen hoitoa. Kehittämisen tueksi tarvitaan yhdessä sovittuja tavoitteita ja niitä kuvaavia laatuksiteereitä. Dehkon laatuksiteerityöryhmä on laatinut diabeetikon hyvän hoidon laatuksiteerit vuonna 2002. (Diabeetikon hyvän hoidon laatuksiteerit 2002.)

3 TYYPIN 2 DIABEETIKON HOIDONOHJAUS

3.1. Hoidonohjaus käsitteenä

Ohjauksella tarkoitetaan ohjaamista, neuvojen antamista ja kehottamista ja se voidaan määritellä opetus- ja ihmissuhdeammateissa käytettäväksi ammatillisen keskustelun menetelmäksi (Rissanen 2005, 12). Ventolan (2003) mukaan ohjauksella tarkoitetaan kaikkia niitä toimenpiteitä, joilla pyritään systemaattisesti tuottamaan muutoksia yksilön käyttäytymisessä. Ohjaus nähdään oppimiseen suuntautuneena prosessina, missä ohjaajan ja ohjattavan välinen vuorovaikutus on tärkeä (Ventola 2003, 5).

Neuvontatyöllä on Suomessa pitkät perinteet, sillä äitiys- ja lastenneuvolatoiminta on käynnistynyt meillä varhain. Ventolan (2003) mukaan jotkut tutkijat pitävät neuvonta- ja ohjauks käsitteitä synonyymeinä, mutta niistä löytyy myös vivahte-eroja. Neuvonta on useimmiten yksisuuntaista, suostuttelevaa ja se on puhetta tehtävistä ja toimenpiteistä. Ohjaukseen sisältyy vuorovaikutuksellinen tukeminen, ohjaus on kaksisuuntaista. Siinä korostetaan tunteita ja viitataan ajatuksiin ja toimintaan. Ohjaus on perusluonteeltaan työtä, jossa ihmissuhde on keskeinen työväline. Ohjaustilanteessa hoitoalan ammattilaisella tulee olla kykyä, taitoa, uskallusta kohdata itse ihminen ja hänen omat tavoitteensa, erityispiirteensä ja ongelmansa. Jokaisen lähimmäisemme osalta meillä on tilaisuus, jos sen hyväksi käytämme, kohdata ainutkertainen unelma elämästä. (Ventola 2003. 8-9,124.)

Hoidonohjaukselle (eng. counselling) ei ole selkeää määritelmää, koska käsite on laaja ja useat eri määritelmät vaihtelevat sen mukaan mitä ohjaukseen sisällytetään. Hoidonohjaus käsitettä on määritelty hoitotieteellisessä, terveyden edistämistä ja ravitsemusta käsittelevässä kirjallisuudessa potilaan ohjaus- ja terveysneuvonta käsitteiden kautta. Ohjauks käsitteen rinnalla käytetään käsitteitä opettaminen, neuvonta ja terveystkasvatus. (Rissanen 2005, 12.)

Rissasen korostaa, että opettaminen (education) ja ohjaaminen (counselling) ovat pitkäaikaisesti sairaiden potilaiden hoidossa sairauden kanssa selviytymisen elinehto. Pitkäaikaissairauden hoitaminen vaatii elämänikäistä sitoutumista vaalimaan omaa terveyttään. Potilaalla on oltava riittävästi tietoa omasta sairaudesta ja sen hoidoista ja kykyä käyttää tietojaan ja taitojaan. (Rissanen 2005,12.)

3.2 Diabeetikon hoidonohjauksen taustateorioita

Hoidonohjaustilanne ei ole autoritaarinen opetustilanne, jossa hoitohenkilökunta olisi asiantuntija, joka jakelisi neuvoja, kehottaisi ja kontrolloisi. Nykyisin hoidonohjauksen taustateorioita ovat kokemuksellisen oppimisen ja konstruktivistisen oppimisen teorit. Kokemuksellisen oppimisen näkemyksen mukaan ohjauksessa on keskeistä yksilöllinen kokemus ja kyky oppia käyttämään kokemusta hyväksi reflektion kautta. (Ventola 2003, 5.) Konstruktivinen oppiminen on prosessi, jossa tieto luodaan kokemusta refleктоimalla ja muuntamalla. Tieto ei siirry oppijalle, vaan hänen on itse rakennettava se. Hän tulkitsee havaintojaan ja saamaansa tietoa aikaisemman kokemuksensa ja tietämyksensä pohjalta. Ohjauksen tulisi lähteä asiakkaan jo olemassa olevista tiedoista, taidoista ja käsityksistä. (Rissanen. 2005, 13.) Aikuisilla asiakkailla on pitkä elämäkokemus ja sen takia kokemusten hyödyntäminen ohjauksessa on keskeistä. Kokemuksellisen oppimisen teoria sopii aikuisille. (Ventola 2003, 122.)

Konstruktivisen oppimiskäsityksen lisäksi diabeetikon hoidonohjauksessa korostetaan Empowerment-filosofiaa, jonka mukaan ohjattava nähdään oman elämänsä asiantuntijana, häntä autetaan löytämään omat voimavaransa ja ”voimaannutetaan” ottamaan vastuu diabeteksen hoidosta (Ventola 2003, 6). Empowerment ohjauksessa diabetes nähdään biopsykososiaalisena sairautena, kun perinteisessä ohjauksessa se nähtiin vain somaattisena sairautena. Voimavarakeskeisen hoidonohjauksen tunnuspiirteitä ovat aktiivinen osallistuminen, tasavertaisuus, autonomia, reflektiotaito, hallinnan tunteen lisääntyminen. (Liimatainen, Hautala & Perko, 2005, 14–15.)

Kettusen, Liimataisen, Perkon & Villbergin (2006) mukaan hoitajat onnistuvat neuvontatyössä parhaiten emotionaalisen tunneilmaston luomisessa sekä tiedon antamisessa. Kehittämistyötä on aktiivisen vastavuoroisen neuvontasuhteen rakentamisessa. Tämä tarkoittaa asiakkaan vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä kysymällä tämän näkemyksiä ja mielipiteitä ja helpottamalla terveyteen liittyvien asioiden arviointia. Neuvontatilanteessa voidaan ottaa paremmin huomioon asiakkaan elämäntilanne hoitoratkaisujen ideoimisessa sekä hoitopäätöksiin osallistumisessa. (Kettunen ym. 2006, 19.)

3.3 Voimavarakeskeinen hoidonohjaus

Voimaantuminen ja voimavarakeskeisyys (empowerment) on viime vuosina tunnistettu hoidonohjauksen keskeiseksi tavoitteeksi (Liimatainen ym. 2005,12). Voimavarakeskeisen ohjauksen tavoitteena on Kettusen (2001) mukaan potilaan sisäisen voimantunteen saavuttaminen, joka syntyy siitä tunteesta, että asiakkaalla on mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa itseä koskevien asioiden käsittelyyn ja päätöksentekoon. Voimavarakeskeisen keskustelun alku on tärkeää, sillä hoitaja toimii usein aloitteen tekijänä. Aluksi hoitaja virittää keskustelua, tunnustelee, kuuntelee ja kyselee tuntemuksia ja antaa kysymisen mahdollisuuden. Asiakas kertoo itsehoitokokemuksia ja arvioi tilannettaan omilla tiedoillaan ja hänellä on mahdollisuus kysellä. Keskustelun aikana hoitaja jatkaa tunnustelua, helpottaa asiakkaan itsearviointia, osoittaa kuuntelevansa, tarjoaa yksilöllisiä neuvoja, rohkaisee, osoittaa tahdikkuutta ja hienotunteisuutta ja sallii vertaispuheen. (Kettunen 2001, 91) Voimavarakeskeisessä ohjauksessa huomioidaan potilaan lähtökohdat, arkipäivän tarpeet ja selviytyminen, hänen piilevät voimavaransa, toimintatavat ja tukiverkot. Sairaudestaan huolimatta asiakas voi asettaa itselleen tulevaisuuden tavoitteita ja vaikuttaa omaan tulevaisuutensa suunnitteluun. (Liimatainen ym. 2005, 13.)

Voimavarakeskeinen ohjaustilanne on uudenlaista tasavertaista, yhteistyötä hoitajan ja asiakkaan välillä, jossa erilaiset tiedot ja osaamiset jaetaan yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Voimavarakeskeisessä ohjaustilanteessa asiakas ja

hoitaja ovat molemmat asiantuntijoita, silloin puhutaan jaetusta asiantuntijuudesta hoidonohjauksessa. Asiakkaalla on paljon aikaisempaa tietoa ja itsehoitokokemuksia. Hoitajalla on näyttöön perustuvaa tietoa, jolloin hän osaa hyödyntää asiakkaan kokemuksellisen tiedon, osaa vastata kysymyksiin ja hänen tulee varmistaa, että asiakkaalla on oikeat tiedot, kun hän tekee päätöksiä oman terveytensä suhteen. Tiedon jakaminen ohjaustilanteessa on eri asia kuin tiedon ymmärtäminen ja soveltaminen osaksi omaa elää ja arkea. Ohjaustilanteessa välitetty informaatio muuttuu tiedoksi vasta sitten, kun asiakas on prosessoinut sen osaksi omaa tietoperustaansa. Ymmärtämiseksi tieto muuttuu yhdistämällä se potilaan ja perheen omiin kokemuksiin. Oppiminen nähdään jatkuvana kokemuksiin perustavana prosessina. Kokemuksellisen oppimisen perusideana on virittää käyntiin reflektioprosessi, jossa käydään läpi sairauteen ja terveyteen liittyviä kokemuksia. Kun ne tiedostetaan uudella tavalla, voidaan oppia löytämään vaihtoehtoisia ja mielekkäitä ratkaisumalleja itsehoitoon. (Liimatainen ym. 2005, 16–17.)

3.4 Muutosvaihemalli tyypin 2 diabeetikoiden ohjauksessa

Pelkkä näyttöön perustuva tieto ei yksin riitä onnistuneeseen diabeetikon elintapaneuvontaan, vaan siihen tarvitaan hoitajan taitoa keskustella konkreettisesti elintapoihin liittyvistä asenteista ja ongelmista huomioiden asiakkaan muutosvalmius. Yksilön elintapoihin puuttuminen vaatii hienotunteisuutta, eikä syyllistäminen, moralisointi, tai itse aiheutuvista sairauksista puhuminen kannusta omaan vastuunottoon. (Eloranta, Huomo, Virkki & Foilander–Paavilainen, 2007, 20.)

Muutosvaihemallia eli transteoreettista mallia voidaan hyödyntää paljon elintapaneuvonnassa ja tyypin 2 diabeetikon ohjauksessa. Harvoin kukaan tekee suuren muutoksen terveyskäyttäytymisessä kerralla, vaan etenee asteittain. Poskiparran artikkelissa esitellystä Prochaskan ja DiClementen (1983) muutosvaihemallissa on esiharkinta-, harkinta-, valmistautumis-, toiminta-, ylläpito- ja päätösvaihe. Elintapojen muutos ei etene kaavamaisesti, vaan yksilöt kulkevat prosessin eri vaiheiden välillä. Siihen liittyy myös repsahduksia, jotka eivät tarkoita epäonnistumista, vaan on yleinen vaihe matkalla muutokseen. Muutosvaihemallissa hen-

kilö ensin tiedostaa elintapansa, harkitsee muutostarvetta, harjoittelee ja kokeilee uutta toimintatapaa ja lopulta sisäistää sen osaksi arkipäivää. Eri vaiheissa asiakas tarvitsee erilaista tukea ja pohdintaa ammatti-ihmiseltä. Hoitajalla on oltava hyvät tuntosarvet sen aistimiseen, mitä asiakkaalle voi milloinkin sanoa ja mikä on hänen valmiutensa ottaa vastaan tietoa. (Poskiparta 2002, 25–27.)

Muutosvaihemalli alkaa esiharkintavaiheella, jolloin asiakas ei ole halukas edes harkitsemaan elämäntapojensa muuttamista. Asiantuntijan tehtävänä on kuunnella ja saada aikaan sellaista vuoropuhelua, joka herättää asiakkaan arvioimaan itseään ja tunnistamaan toimintamallejaan. Tärkeintä on saada ihminen pohtimaan terveyden merkitystä elämässään ja elintapojen vaikutusta terveyteensä. Seuraava askel kohti käyttäytymisen muutosta on varsinainen harkinta, jolloin asiakas ymmärtää muutoksen tärkeyden ja on suunnitellut muuttavansa elintapojaan seuraavan puolen vuoden aikana, mutta ei ole vielä siihen pystynyt. Asiantuntijan tehtävänä on neutraalin tiedon jakaminen, jotta asiakas pystyy arvioimaan entisten elintapojensa hyötyjä ja haittoja. Tasapainottelu muutoksen hyvien ja huonojen puolien välillä voi viedä aikaa ja ihminen saattaa juuttua tähän vaiheeseen. (Poskiparta 2002, 25–27.)

Valmistautumisvaiheessa asiakas on päättänyt tehdä jonkin elintapamuutoksen kuukauden sisällä. Usein asiakkaalla on ollut jo samantapaisia muutosyrityksiä muutaman vuoden sisällä, mutta hän on epäonnistunut. Asiakkaan kanssa olisi hyvä käydä läpi, tunnistaa ja hyväksyä epäonnistumisen taustalla olevat tunteet. Vasta sitten pystyy etsimään keinoja toimintansa muuttamiseksi. Asiakas kysyy usein tässä vaiheessa ammattilaiselta neuvoja ja ammattihenkilökunta voi arvioida eri keinojen hyötyjä tai haittoja, mutta asiakas itse päättää, mikä hänelle on tärkeää. Valmistautumisvaiheeseen kuuluu myös pohdintaa muutoksen vaikutuksesta omaan identiteettiin, minäkuvaan ja tunteisiin. (Poskiparta 2002, 25–27.)

Toimintavaiheessa asiakas on tehnyt merkittävän muutoksen elintavoissaan puolen vuoden sisällä. Tavoitteet on hyvä määritellä selvästi. Asiakas tarvitsee tukea, jotta jaksaa jatkaa samaan suuntaan. Muutoksessa on otettava huomioon asiakkaan ympäristön positiivinen tuki tai mahdollinen negatiivinen vaikutus. Motivoin-

nissa voi kiinnittää huomion asiakkaan vahvuuksiin, mitkä vievät muutosta eteenpäin ja mitkä taas hidastavat sitä. Ylläpitovaiheessa asiakkaan elintapamuutoksesta on kulunut yli puoli vuotta. Asiakas tekee työtä ylläpitääkseen uusia tottumuksiaan. Ylläpitovaihe saattaa kestää puolesta vuodesta viiteen vuoteen. Asiakas tarvitsee edelleen kannustusta, hänen positiivisten ratkaisujen ja päätöstensä korostaminen motivoivat jatkamaan onnistunutta toimintaa. (Poskiparta, 2002, 27–28.)

Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö ”Terveudeksi ! – onnistuneeseen elintapamuutokseen” pitää sisällään elintapaneuvontakansion. Kansiossa on yhdeksälle tapaamiskerralle suunniteltu ryhmäohjelma, jossa jokaiselle tapaamiskerralle on suunniteltu teema, tavoitteet ja tehtävät. Asiakkaan motivoimiseksi muutokseen voidaan käyttää eläytymismenetelmää hyödyntäviä tehtäviä esimerkiksi verkostokartan piirtämistä muutoksen tukijoista ja erilaisia muutospäiväkirjoja. Näiden menetelmien tavoitteena on, että asiakas rakentaa uutta tietoa kokemustensa, tietojensa ja taitojensa kautta. (Eloranta ym. 2007, 21).

4 PALVELUJEN LAADUN KEHITTÄMINEN HOITOTYÖSSÄ

4.1 Palvelu käsitteenä

Palvelu määritellään erilaisista toiminnoista koostuviksi prosesseiksi, joissa usein suorassa vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa pyritään löytämään ratkaisu asiakkaan tarpeeseen (Grönroos 2001,81). Useimmille palvelutilanteille on tyypillistä, että palvelun tuottaminen edellyttää palvelun tuottajan ja asiakkaan yhtäaikaista läsnäoloa. Palvelun tuottajasta ja asiakkaasta tulee kiinteä osa palvelua ja sen takia vuorovaikutus asiakaspalvelutilanteessa on ensiarvoisen tärkeää. Asiakaspalveluhenkilökunnan koulutus on erittäin tärkeää. Terveystieteiden alalla ja

matkailualalla asiakaskontaktien merkitys on suuri. (Pesonen, Lehtonen & Toskala, 2002, 23, 27.)

Ihmiset muodostavat mielessään palvelua tuottavasta organisaatiosta subjektiivisen mielikuvan yrityksen palveluhalusta ja palvelukyvyistä. Tätä kutsutaan yrityskuvaksi. Palvelukyky pitää sisällään muuan muassa palveluympäristön viihtyvyyden ja toimivuuden, laitteet, kalusteet, ajanvarausjärjestelmät, palveluvalikoima, toimitusnopeus ja ammattiosaaminen. Palveluhalu muodostuu vuorovaikutustilanteiden hallinnasta, empatiasta, ystävällisyydestä, avuliaisuudesta, asiakkaan ongelmien ratkaisemishalusta, työmotivaatiosta, tilanneherkkyydestä ja tyylijoustosta. Yrityskuva ei parane ainoastaan parantamalla palvelukykyä esimerkiksi palveluympäristön viihtyvyyttä tai toimivuutta. Palveluhalun osoittaminen vuorovaikutustilanteessa parantaa yrityskuvaa yleensä enemmän kuin palvelukyvyn parantuminen. (Lahtinen & Isoviita, 1998, 157.) Asiakkaat pitävät hyvin tärkeänä, miten asiakkaan ja palvelun tuottajan välillä vuorovaikutus toimii. Sillä on suuri merkitys, kun arvioidaan palvelun laatua. (Pesonen ym. 2002, 44.)

Terveystieteiden perustehtävä on ylläpitää ja edistää ihmisten terveyttä, toimintakykyä, turvallisuutta, ennaltaehkäistä terveysongelmia ja tuottaa laadukkaita palveluja. Ammattitaitoinen hoitohenkilökunta on keskeinen voimavara väestön terveystarpeisiin vastaamisessa ja laadukkaan palvelun tuottamisessa. (L17.8.1992/7785.) Mänttarin (2003) mukaan hoitotyössä hyvä palvelu ja hoito eivät ole pelkästään suoritteiden tekemistä asiakkaalle, vaan myös mahdollisuuden antamista ihmisen omalle merkitykselliselle ja mielekkäälle toiminnalle ja vuorovaikutukselle (Mänttari 2003).

4.2 Laadunhallinta palvelu- ja hoitotyössä

Laatu on niistä ominaisuuksista muodostuva kokonaisuus, johon perustuu organisaation, tuotteen, palvelun, tai tietyn prosessin kyky täyttää sille asetetut vaatimukset ja siihen kohdistuvat odotukset (SFS 8402). Laadunarvioinnissa verrataan toteutunutta toimintaa asetettuihin laadutavoitteisiin. Arviointia varten tarvi-

taan arviointiperusteluita eli kriteereitä. Laatumittarit eli laadun tunnusmerkit antavat laadulle konkreettisen muodon. Laatumittari on se mittaamisen perusta, joka kertoo millaista tulosta ja laatutasoa tavoitellaan. Laadunhallinta kuvaa laadun määrittelyä, varmistamista tai parantamista prosessina. Laadun tarkkailu eli auditointi on osa laadun seuranta-arkityössä. (Outinen, Lempinen, Holma & Haverinen, 1999, 84.)

Laadunhallinnan keskeisiä kehittämistavoitteita on asiakaslähtöisyyden parantaminen sekä hoito- ja palvelualan kuvaamisen eli prosessiajattelun omaksuminen. Muita keskeisiä kehittämistavoitteita ovat johtaminen, henkilöstön kehittäminen sekä toiminnan tehokkuus ja tuloksellisuus. Laadunhallinnan motiivit voivat olla sisäisiä eli halutaan parantaa omaa toimintaa. Hoidon ja palvelun parantamiseen voivat johtaa huomiot, että nykyinen työkäytäntö ei enää vastaa tarkoitustaan eikä tuota tulosta. Kehittämistyöhön voidaan lähteä, kun halutaan saada esimerkiksi valtakunnalliset hoitosuosituksen periaatteet ja menetelmät istutettua omiin hoitokäytäntöihin. (Outinen ym. 1999, 10.) Terveystieteiden tutkimuksissa selvitetään usein palveluiden saatavuutta, hoitoprosessin miellyttävyyttä ja hoitotulosten vaikuttavuutta (Pulkkinen 1999, 24).

Yrityksissä ja julkisten palveluiden alalla käyttäjät odottavat samoja hyvän palvelun kriteerien toteutumista. Näitä kriteereitä ovat ammattitaito, asenne ja käyttäytyminen, lähestyttävyyden ja joustavuuden, luottavuuden ja uskottavuuden, normalisointi ja maine. Ammattitaito liittyy tulokseen ja on siten teknisen laadun tekijä. Tekninen laatu vastaa kysymykseen mitä asiakas saa. Mainen ja uskottavuuden liittyvät imagoon, jolloin ne toimivat suodattimena. Jos asiakkaalla on myönteinen mielikuva palvelujen tarjoajasta, niin pienet virheet annetaan helpommin anteeksi. Asenne ja käyttäytyminen, lähestyttävyyden ja joustavuuden, luotettavuuden ja normalisointi liittyvät prosessiin ja edustavat toiminnallista laatua. Toiminnallinen laatu vastaa kysymykseen miten asiakas saa palvelun ja miten hän kokee samanaikaisen tuotanto- ja kulutusprosessin. (Grönroos 2000, 64–65, 69–70.)

Grönroos (2000) teki yhteenvedon eri tutkimuksista koettuun palvelun laatuun vaikuttavista tekijöistä. Koettuun palvelun laatuun vaikuttavat tekijät olivat luotet-

tavuus, reagoitavuus, pätevyys, saavutettavuus, kohteliaisuus, viestintä, uskotavuus, turvallisuus, asiakkaan ymmärtäminen ja tunteminen sekä fyysinen ympäristö. (Grönroos 2000, 73–74.) Kaikki laatutekijät eivät ole asiakkaalle yhtä tärkeitä. Kun asiakkaita on pyydetty määrittämään laatutekijöille tärkeysjärjestys, niin luotettavuus on noussut selvästi muita laatutekijöitä tärkeimmäksi. (Ylikoski 2000, 134.)

Terveystieteiden tutkimuksen mukaan potilaat arvostavat hoitohenkilökunnan ammattitaitoa, avunsaantia tarpeisiinsa sekä miellyttävää käytöstä. Tyytymättömyyttä taas potilaissa herättää puutteellinen mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa, niukka tiedonsaanti, kiire ja riittämätön henkilökunta. (Kvist 2004.) KuntaSuomi 2004 –tutkimuksen mukaan kuntapalveluiden asiakkaat ovat hyvin tyytyväisiä palveluihin. KuntaSuomen (2004) asiakastyytyväisyyskyselyn mukaan arvostetaan hyvin korkealle henkilökunnan ammattitaitoa sekä sen ystävällisyyttä ja avuliaisuutta. Käyttäjät olivat tyytymättömiä henkilökunnan riittävyyteen ja tukipalvelujen tarjontaan sekä vaikutusmahdollisuuksiin. (Olin, Pekola-Sjöbolm & Sjöblom 2004.)

4.3 Asiakslähtöisyys palvelutyössä

Asiakslähtöinen eli asiakassuuntainen markkinointiajattelutapa alkoi korostua palveluelinkeinojen nousun myötä 1970-luvulla. Seuraavalla vuosikymmenellä asiakkaiden laatuvaatimukset lisääntyivät ja halu saada hyvää palvelua kasvoi. Asiakslähtöisen yhteisön toiminnan määräävin tekijä on asiakkaiden tarpeet. Asiakkaan palvelutarve ja palvelutarjonnan on vastattava toisiaan. Asiakslähtöisyys ilman siihen liitettyä laatuajattelua on vanhanaikaista. Laatuajatteluun kuuluu, että asiakkailta hankitaan jatkuvasti palautetta. (Lahtinen ym. 1998, 11, 14.) Menetelmiä eli laatutyökaluja asiakslähtöisen laadunhallinnan kehittämiseen on monia, ja asiakastyytyväisyyskysely on yksi menetelmä muiden joukossa (Hiekanen, Nordblad, Murtomaa, Outinen & Sainio 2000, 9). Tänä päivänä liikemaa ilman puolella puhutaan asiakastyytyväisyysjohtamisesta, kun asiakastyytyväisyydellä on merkittävä osuus yrityksen johtamisessa ja markkinoinnissa. Asiakas-

tyytyväisyys selvitykset ovat laadun kehittämisen ehdoton painopiste. (Lecklin, 2006, 115.)

Hyvän palvelun vaatimus on tullut jäädäkseen. Asiakkaan huomioon ottaminen ja laadukkaiden palveluiden tuottaminen ovat yhteisiä tavoitteita sekä yksityisille että julkisille palveluorganisaatioille. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan kehittymistä ohjataan ”tiedolla ohjaamisen keinoilla”, ei lainsäädännöllä. Vuoden 1999 lopulla julkaistiin valtakunnallinen suositus ”Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000–luvulle”. Suositus oli järjestyksessä toinen ja siinä painotetaan asiakkaiden ottamista mukaan organisaation laadunhallinnan kehittämiseen. Suosituksessa ohjeistetaan kehittämään toimiva asiakaspalautejärjestelmä. (Outilinen ym. 1999, 10–11.) Asiakaskyselyt voidaan nähdä myös yhtenä vaikuttamisen muotona. Kyselyjen avulla kuntalaiset saavat tietoa siitä kuinka hyvin kunta on onnistunut palvelutehtäviensä hoitamisessa ja toisaalta kuntalaiset voivat vaikuttaa kunnan toimintaan arvioimalla sitä. (Olin ym. 2004.)

Terveydenhuollossa asiakastyytyväisyys on hyväksytty laadukkaan palvelun tavoitteeksi. Asiakastyytyväisyys on yksi keskeinen palvelujen laadun mittari. Asiakkaiden tyytyväisyys vaikuttaa heidän asenteisiinsa omaan hoitoonsa ja sitä kautta myös hoidon tuloksiin. Tyytyväisen asiakkaan on todettu olevan hoitomyöntyväisempi. Tyytyväisyysmittaukset mittavat asiakkaiden tyytyväisyyttä saamiinsa palveluihin eivät suoraan hoidon lääketieteellistä laatua. (Hiekkanen ym. 2000, 10.) Tyytyväisyystutkimusten ongelmaksi on koettu se, että keskiarvotuloksilla ilmaistuna tyytyväisiksi ilmoittautuneiden prosentuaalinen määrä on yleensä hyvin korkea. Niiden keskimääräiseksi tyytyväisyyslukuksi tuli 76 %. Suomalaisessa tutkimuksessa, jossa koottiin yhteen sosiaali- ja terveystyöpalvelujen asiakasnäkökulmaa liittyviä selvityksiä, saatiin palvelutyytyväisyyden keskiarvoksi 82 %. (Salmela, 1997, 188.) Vaikka yleinen tyytyväisyys olisikin yli 90 %, niin tarkempia kysymyksiä esitettäessä tyytymättömien määrä kasvaa. Toiminnan kehittämistyössä ei enää riitä tieto siitä, että asiakkaat ovat keskimääräisesti tyytyväisiä kokemaansa palveluun. Tyytymättömyyden ilmaisut tulevat usein esiin suoraan asiakaspalautteena tai kyselylomakkeiden avointen kysymysten kautta.

Avoimista kysymyksistä saadaan esille uusia katsantokantoja, vastausvaihtoehtoja ja usein piiloutymättömyys tulee esiin. (Hiekkänen, 2000, 10,19).

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia tyypin 2 diabetesasiakkaiden mielipiteitä saamastaan ohjauksesta ja neuvonnasta Äänekosken terveyskeskuksen diabetesneuvoloissa. Tutkimus liittyy osana Äänekosken terveyskeskuksen diabetesneuvoloiden tyypin 2 diabeetikoiden hoidonohjauksen laatuprojektiin. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää diabetesneuvoloissa käyneiden tyypin 2 diabetesasiakkaiden mielipiteitä saamastaan palvelusta sekä ohjauksesta ja neuvonnasta. Tulosten pohjalta etsitään kehittämiskohteita, joihin vaikuttamalla diabetesneuvoloiden palveluja ja hoidonohjausta voidaan kehittää.

Tutkimusongelmat:

1. Millaisena diabetesneuvolan asiakkaat kokivat saamansa palvelun Äänekosken diabetesneuvoloissa?
 - Miten asiakkaat kokivat diabetesneuvolan palveluiden saatavuuden?
 - Millaisina asiakkaat pitivät vastaanottotiloja?
 - Miten asiakkaat kokivat diabeteshoitajan toiminnan?

2. Millaisena diabetesneuvolan asiakkaat kokivat hoidonohjauksen Äänekosken diabetesneuvoloissa?
 - Miten vuorovaikutus toimi asiakkaan ja henkilökunnan kesken?
 - Miten tiedon saanti diabetekseen ja omahoitoon liittyvissä asioissa toteutui asiakkaiden osalta?
 - Miten asiakkaat saivat apua ja tukea diabeteksen omahoitoon?
 - Missä asiakkaat ovat onnistuneet diabeteksen hoidossa?

- Millä ohjauksen sisältöalueella asiakkaat kokivat tarvitsevansa lisäohjausta?
 - Mitä eroja hoidonohjauksessa on eri toimipisteiden välillä?
3. Miten asiakkaiden mielestä diabetesneuvolan palveluja ja ohjausta voidaan kehittää?
 4. Miten usein asiakkaan silmänpohjien tilaa on tutkittu?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimuksen metodologisia lähtökohtia

Tämän tutkimuksen menetelmänä oli kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä. Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän valintaan vaikutti tutkimustehtävä. Äänekosken diabetesneuvolassa osana laatuprojektia oltiin suunnittelemassa asiakastyytyväisyys selvitystä, minkä työstäminen tapahtui opinnäytetyönä. Diabeteshoitajat olivat tehneet suunnitelmarungon tutkittavista asioista. Diabeteshoitajat toivoivat suurta otosta, jotta tutkimustulokset ovat paremmin yleistettävissä ja hyödynnettävissä käytäntöön. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa voidaan ottaa paljon henkilöitä ja kysyä monia asioita. Terveystieteiden alalla on aikaisemminkin tehty asiakastyytyväisyystutkimuksia, joten oli mahdollista kehittää mittari aiheesta ja käyttää kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 184.)

Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen (laadullinen) tutkimus ovat lähestymistapoja, joita on käytännössä vaikea erottaa toisistaan. Tutkimusmenetelmät ovat toisiaan täydentäviä ja niitä voidaan käyttää rinnakkain. Karhea jaottelu näiden tutkimusmenetelmien välillä on, että kvantitatiivinen käsittelee numeroita ja kvalitatiivinen merkityksiä. Numerot ja merkitykset ovat vastavuoroisesti riippuvaisia toisistaan. (Hirsjärvi ym. 2004, 125-126.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa ovat keskeisiä johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, aiemmat teoriat sekä käsitteiden määrittely. Olennaista on määrittellä tutkittavien henkilöiden valinta eli perusjoukko, joihin tulosten tulee päteä. Tästä perusjoukosta valitaan otos eli tutkimukseen osallistuvat. Aineiston keruun suunnittelussa on huomioitava, että aineisto sopii määrälliseen mittaamiseen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa voidaan käyttää monivalinta- ja asteikkokysymyksien lisäksi avoimia kysymyksiä, jolloin vastaajalla on mahdollisuus sanoa, mitä hänellä on mielessään. Avoimista kysymyksistä tulee esiin asiakkaan ”ääni” ja nämä vastaukset voidaan analysoida laadullisin menetelmin ja niistä tehdään johtopäätökset. Kvantitatiiviset tutkimustulokset kerätään muuttujiksi taulukkomuotoon ja aineisto tilastollisesti käsiteltäväksi. Tulokset kuvaillaan prosenttiluvuin ja lopuksi tehdään päätelmät havaintoaineiston tilastolliseen analyysiin perustuen. (Hirsjärvi ym. 2004, 131.)

6.2 Aineiston keruu ja kohderyhmä

Kyselytutkimus eli survey-tutkimuksessa aineisto kerätään standardoidusti ja kohdehenkilöt muodostavat otoksen tietystä perusjoukosta. Standardoituuus tarkoittaa sitä, että kaikilta vastaajilta kysytään asiaa täsmälleen samalla tavalla. Kyselylomakkeella voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto, jolloin edustavuus ja objektivisuus korostuvat. Menetelmä säästää myös tutkijan aikaa ja vaivannäköä. Kyselylomakkeen haittana pidetään, että aineisto voi jäädä pinnalliseksi ja tutkimus teoreettisesti vaatimattomaksi. Ei myöskään ole mahdollista varmistua siitä, kuinka vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen. Vastausvaihtoehtojen ymmärrettävyys vastaajan näkökulmasta jää myös epäselväksi. Vastaamattomuus nousee joissakin tutkimuksissa ongelmaksi. Hyvän lomakkeen laatiminen vie myös aikaa ja vaatii tietoa ja taitoa. (Hirsjärvi ym. 2004 182, 184.) Valmiita mittareita eli välineitä, joilla kerätään tietoa, on olemassa, mutta löytyykö juuri siihen tarkoitukseen sopivaa, mihin tällä kertaa mittausta tarvitaan. Ellei sopivaa yleistä mittaria löydy, on mittari kehitettävä itse. Valmiiden mittareiden etuna on niiden avulla saadun tiedon vertailtavuus ja yleistettävyys. Valmista mittaria on

arvioitava huolella, koska mittari on luotettava vain siinä yksikössä tai organisaatiossa, johon se on kehitetty, ellei sitä ole testattu muualla. (Outinen 1999, 105.)

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat tyypin 2 diabeetikot Äänekoskella. Tutkimusjoukko muodostui tyypin 2 diabetesasiakkaista, jotka kävivät diabeteshoitajan vastaanotolla 11.12.2006 –15.1.2007. Tutkimusluvan sain Ääneseudun terveydenhuollon kuntayhtymän ylilääkäriltä Tapio Tammelalta. Yhteyshenkilönä ja työelämän puolelta ohjaajana toimi Äänekosken terveysaseman diabeteshoitaja Päivi Lampi. Yhteistyösopimus on liitteenä 1. Strukturoitu kyselylomake laadittiin syksyn 2006 aikana yhteistyössä Äänekosken terveyskeskuksen diabeteshoitajien kanssa hyödyntäen aikaisempia terveydenhuollon asiakastytyväisyyskyselyitä. Myös teoriaan ja aikaisempiin tutkimuksiin perehtyminen auttoivat lomakkeen kehittämisessä. Ohjaajilta saamani palautteen avulla tarkensin vielä kysymyksiä. Kysely esitettiin neljällä diabeetikolla, jotka pitivät kyselykaavaketta ymmärrettävänä, eivätkä tuoneet esille kehittämisehdotuksia.

Diabeteshoitajat jakoivat kyselyä tyypin 2 diabetesasiakkaille 11.12.2006–15.1.2007 välisenä aikana Konginkankaan, Suolahden, Sumiaisten ja Äänekosken toimipisteissä. Kyselylomakkeen sai jättää terveysasemalle suljettuun kirjekuoreeseen ja kyselyä varten tehtyyn laatikkoon. Kyselyn sai täyttää odotustiloissa tai viedä kotiin täytettäväksi. Laatikon kyljessä oli kyselyn viimeinen palautuspäivämäärä eli 15.1.2007. Kyselyä jatkettiin Konginkankaan, Suolahden ja Sumiaisten terveysasemien neuvoloissa, koska näiltä alueilta tuli vähän vastauksia. Konginkankaalla viimeinen palautuspäivä oli 22.1. Suolahdessa ja Sumiaisissa palautuspäivä oli 24.1. Äänekoskella kaksi diabeteshoitajaa on tavattavissa joka päivä, paitsi toinen hoitajista käy Konginkankaalla pitämässä diabetesneuvola-vastaanottoa kuukauden ensimmäisenä ja kolmantena maanantaina. Suolahdessa diabeteshoitaja ottaa vastaan diabeetikkoja kaksi kertaa viikossa ja Sumiaisissa kerran viikossa. Suolahdessa kyseisenä aikana aikuisneuvola muutti terveysasemalla toiseen kerrokseen ja hoitaja oli myös vuosilomalla. Näiden tilannetekiöiden takia kyselyaika jäi vajaaksi.

Äänekosken terveysaseman tyypin 2 diabeetikkoasiakkaat osallistuivat hyvin kyselyyn. Vuonna 2002 entisen Äänekosken kaupungin alueella oli 436 diabeetikkoa, joilla oli KELA:n erityiskorvausoikeus diabeteslääkkeisiin. Tässä luvussa on mukana myös tyypin 1 diabeetikot, mutta toisaalta kaikki tyypin 2 diabeetikot eivät käytä lääkettä. Entisen Äänekosken alueelta (Äänekoski, Konginkangas) vastasi 117 diabeetikkoa, joka on vajaa kolmannes alueen diabeetikoista. Suolahdessa vastasi 24 henkilöä, joka on reilu 10 % alueen diabeetikoista (n = 212). Sumiaisissa vastasi 4 asiakasta, joka on vajaa 10 % alueen diabetesasiakkaista (n = 43). (Suunnitelma Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toteuttamiseksi 2004.)

Kyselylomake koostui yhdeksästä eri osiosta, joissa oli yhteensä 40 kysymystä ja mielipiteen ilmaisua. Ensimmäisen osion tarkoituksena oli kysyä lyhyesti taustatietoja vastaajista. Taustakysymyksiä oli sukupuolesta, iästä, terveysaseman sijainnista sekä oliko käynti ensimmäinen vai uusintakäynti. Seuraavissa osiossa kyselykaavakkeessa oli käytetty Likert –asteikkoa vaihtoehdoilla 1–5. Vastaaja arvioi arvoasteikolla, mitä mieltä he ovat diabetesneuvolan palveluiden saatavuudesta, vastaanottotiloista, henkilökunnasta, vuorovaikutuksen toimivuudesta, tiedonsaannista diabeteksen ja omahoitoon liittyvissä asioissa, lääkehoidon ohjauksesta ja omahoidosta. Arvoasteikossa 1 tarkoittaa erittäin huonoa, 2 melko huonoa, 3 ei osaa sanoa, 4 melko hyvää ja 5 erittäin hyvää. Lisäksi oli avoimia kysymyksiä omahoidon vahvoista alueista, lisäohjauksen tarpeesta, tiedon ja hoidon eroavaisuuksista eri toimipisteiden välillä sekä palveluiden ja ohjauksen kehittämisestä. Lisäksi kyselyn loppuun diabeteshoitajat halusivat kysymyksen silmäpohjien seulonnasta ja seurannasta. Kyselylomake on liitteenä 2.

6.3 Aineiston analysointi

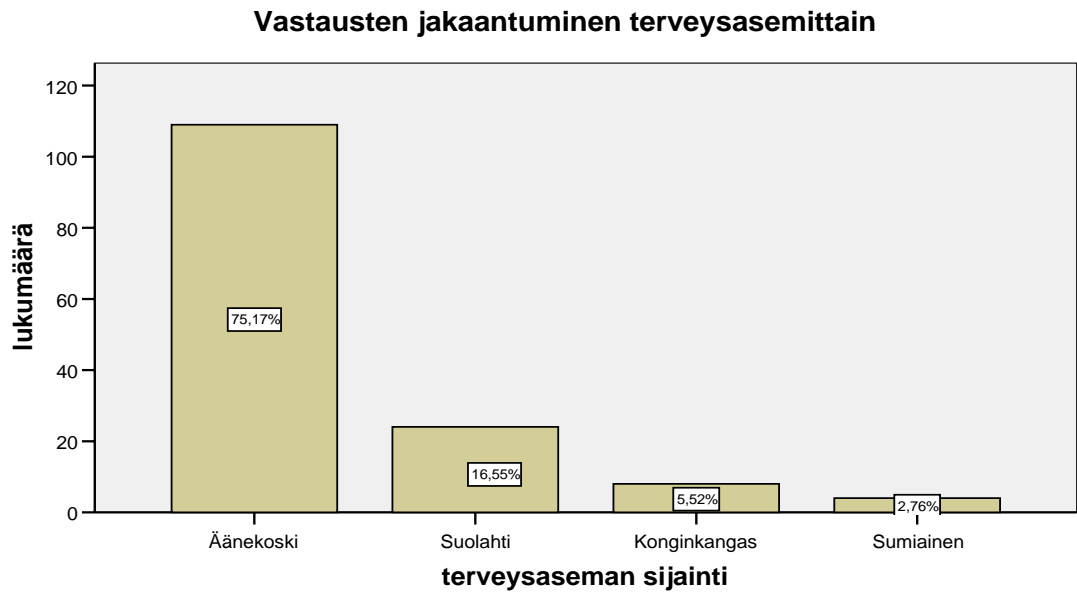
Aineisto analysoitiin strukturoitujen sekä myös osa avoimista kysymyksistä analysoitiin SPSS -menetelmää hyväksikäyttäen. Tuloksia kuvattiin lukumääräisesti ja prosenttijakaumien avulla. Aineistoa analysoidessa tutkittiin taustamuuttujien – sukupuoli, ikä, käyntikerta, terveysaseman sijainti – vaikutuksia tuloksiin. Tulok-

sissa käytän paljon taulukoita, joista selviää miten vastauksien määrät jakautuivat eri terveysasemien sijainnin mukaan. Diabetespalvelut on järjestetty eri tavalla ja se voi vaikuttaa tuloksiin. Avoimia kysymyksiä oli kaavakkeessa neljä. Ensimmäiseen avoimeen kysymykseen onnistumisesta omahoidossa tuli paljon vastauksia, mutta vastaukset oli helppo luokitella SPSS –menetelmää käyttäen diabeetikon omahoidon eri osa-alueiden mukaan. Samalla tavalla luokittelin lisäohjauksen tarve –vastaukset. Viimeiset avoimet kysymykset, eroavaisuudet eri toimipisteiden kesken ja kehittämisideat, luokittelin ne sisällöllisesti eri ryhmiin ja toin ne esiin tuloksissa. Kehittämisideoihin tuli myös paljon mielipiteitä ja kiitoksia siitä, että kaikki toimii tällä hetkellä hyvin. Kaikki vastaukset huomioitiin tutkimustuloksia analysoidessa.

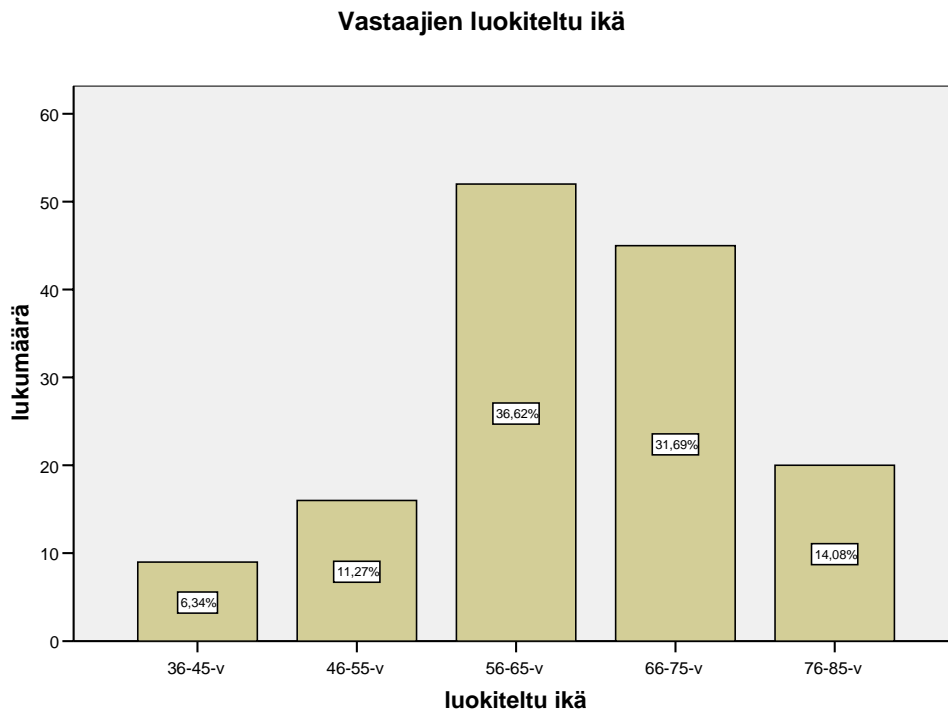
7 TULOKSET

7.1 Vastaajien taustatekijät

Tutkimusjoukon muodostivat tyypin 2 diabeetikot, jotka olivat käyneet diabeteshoitajan vastaanotolla 11.12.2006– 24.1.2007 Konginkankaan, Sumiaisten, Suolahden ja Äänekosken terveysasemien diabetesneuvoloissa. Kyselylomakkeita palautui yhteensä 147. Äänekoskelta lomakkeita palautui 109, Suolahdesta 24, Konginkankaalta 8 ja Sumiaisista 4 (kuvio 1). Kahdesta lomakkeesta puuttui merkintä terveysaseman sijaintipaikkakunnasta ja nämä kaksi lomaketta ovat poistettu tuloksista, kun terveysaseman sijaintipaikkakunta on toisena muuttujana.



KUVIO 1. Vastausten jakaantuminen terveysasemittain



KUVIO 2. Vastaajien luokiteltu ikä

Vastaajista naisia oli 55,1 % (81) ja miehiä 43,5 % (64). Vastaajien keski-ikä on 64 -vuotta. Nuorin vastaaja oli 38 -vuotias ja vanhin 85 -vuotias.

Kuviosta 2 näkee, että vastaajista suurin osa on 56–65 -vuotiaita. Vastaajista 54 % on alle 65 -vuotiaita. Vastaajat olivat kahta lukuun ottamatta uusintakäynnillä eli kaksi vastaajaa oli ensimmäistä kertaa diabetesneuvolan asiakkaana.

7.2 Diabetesneuvolan palveluiden saatavuus

Diabetesneuvolan palveluiden saatavuudessa ajanvarauksen selkeyteen ja helppouteen oltiin kaikkein tyytyväisimpiä (taulukko 1). Vastaajista 74,7 % olivat sitä mieltä, että ajanvarauksen selkeys ja helppous oli erittäin hyvää. Kun otetaan mukaan myös melko hyvin vastanneet, tyytyväisiä ajanvaraukseen oli 98 % vastaajista. Ohjausmateriaalin saatavuuteen oltiin myös selvästi tyytyväisiä. Erittäin tyytyväisiä ja melko tyytyväisiä oli 92,4 %.

TAULUKKO 1. Diabetespalveluiden saatavuus

	Erittäin hyvä		Melko hyvä		En osaa sanoa		Melko huono		Erittäin huono	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Yhteystietojen saaminen	68	48,6	57	40,7	14	10	0	0,0	1	0,7
Ajanvarauksen selkeys ja helppous	109	74,7	34	23,3	3	2,1	0	0,0	0	0,0
Soittoajan ja välinejakelun ajankohdan sopivuus	65	47,1	51	37,0	18	13,0	4	2,9	0	0,0
Odotusajanpituus ens. käynnille	59	43,1	59	43,1	17	12,4	2	1,5	0	0,0
Ohjausmateriaalin saatavuus	80	55,6	53	36,8	10	6,9	1	0,7	0	0,0

Diabetesneuvolan yhteystietojen saamista (taulukko 1) vastaanoton puolelta piti-
vät erittäin hyvinä tai melko hyvinä 89,3 % vastaajista ja 10 % ei osannut sanoa
mielipidettään.

Soittoajan ja välinejakelun ajankohdan sopivuutta 84,1 % piti erittäin hyvänä tai
melko hyvänä. 13 % ei osannut vastata ja 2,9 % piti ajankohtaa melko huonona
(taulukko 1). Taulukkoon 2 on eritelty vastaukset soittoajan ja välinejakelun ajan-
kohdan sopivuudesta terveysaseman sijainnin mukaan.

TAULUKKO 2. Soittoajan ja välinejakelu ajankohdan sopivuus terveysase- man sijainnin mukaan

Lukumäärä

		Soittoajan ja välinejakelun ajankohdan sopivuus				yhteensä
		melko huono	en osaa sanoa	melko hyvä	erittäin hyvä	
Terveysase- man sijainti	Konginkangas	1	1	3	3	8
	Sumiainen	0	0	0	3	3
	Suolahti	0	2	7	9	18
	Äänekoski	3	15	40	49	107
Yhteensä		4	18	50	64	136

Suurin osa (86,2 %) tutkimukseen vastanneista oli sitä mieltä, että odotusajan
pituus ensimmäiselle käynnille oli sopiva (taulukko 1). Taulukossa 3 on odotus-
ajan pituus ristiintaulukoitu terveysaseman sijainnin mukaan.

TAULUKKO 3. Odotusajan pituus ensimmäiselle käynnille terveysaseman sijainnin mukaan

Lukumäärä

		Odotusajan pituus ensimmäiselle käynnille				yhteensä
		melko huono	en osaa sanoa	melko hyvä	erittäin hyvä	
Terveysaseman sijainti	Konginkangas	1	2	4	1	8
	Sumiainen	0	0	0	3	3
	Suolahti	0	1	12	7	20
	Äänekoski	1	12	43	48	104
Yhteensä		2	15	59	59	135

7.3 Diabetesneuvolan vastaanottotilat

Diabetesneuvoloiden vastaanottotiloja arvioitaessa yksityisyyden säilymistä pidettiin parhaimpana puolena (taulukko 4). 62,9 % vastaajista antoi siitä erittäin hyvän arvioinnin ja 90 % mielestä se oli erittäin tai melko hyvää. Vain yksi vastaaja piti yksityisyyden säilymistä melko huonona. Diabetesneuvolan sijaintiin 92,2 % vastaajista oli tyytyväisiä. Melko huonon arvosanan antoi 5,7 %.

TAULUKKO 4. Vastaanottotilat

	Erittäin hyvä		Melko hyvä		En osaa sanoa		Melko huono		Erittäin huono	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Diabetesneuvolan sijainti	75	53,2	55	39,0	3	2,1	8	5,7	0	0,0
Odotustilojen viihtyisyys	45	31,9	69	48,9	20	14,2	7	5,0	0	0,0
Tilojen käytännöllisyys ja liikkumisen helppous	50	36,2	56	40,6	17	12,3	14	10,1	1	0,7
Yksityisyyden säilyminen	88	62,9	38	27,1	13	9,3	1	0,7	0	0,0

Taulukosta 5 näkee, että Konginkankaan ja Sumiaisten alueen asiakkaat olivat erittäin tyytyväisiä diabetesneuvolan sijaintiin. Suolahden ja Äänekosken alueella tuli esiin muitakin mielipiteitä.

TAULUKKO 5. Diabetesneuvolan sijainti terveysaseman sijainnin mukaan

Lukumäärä

		Diabetesneuvolan sijainti				yhteensä
		melko huono	en osaa sanoa	melko hyvä	erittäin hyvä	
Terveysaseman sijainti	Konginkangas	0	0	2	6	8
	Sumiainen	0	0	1	3	4
	Suolahti	1	2	5	12	20
	Äänekoski	7	1	47	52	107
Yhteensä		8	3	55	73	139

Odotustilojen viihtyvyyteen tyytyväisiä oli 80,8 % (taulukko 4). Melko huonoina viihtyvyyttä piti 5 %. Vastaajista 14,2 % eivät osanneet sanoa mielipidettään. Taulukosta 6 näkee terveysasemien sijainnin mukaan mielipiteet odotustilojen viihtyvyydestä. Sumiaisten odotustilojen viihtyvyyteen oltiin eniten tyytyväisiä.

TAULUKKO 6. Odotustilojen viihtyvyys terveysaseman sijainnin mukaan

Lukumäärä

		Odotustilojen viihtyisyys				Yhteensä
		melko huono	en osaa sanoa	melko hyvä	erittäin hyvä	
Terveysaseman sijainti	Konginkangas	1	2	3	2	8
	Sumiainen	0	0	1	3	4
	Suolahti	2	3	16	2	23
	Äänekoski	4	15	48	37	104
Yhteensä		7	20	68	44	139

Tilojen käytännöllisyys ja liikkumisen helppous oli 76,8 % mielestä hyvä (taulukko 4). Tyytymättömiä oli 10,1 % vastaajista. Sumiaisten diabetesneuvolan tilojen käytännöllisyyteen oltiin eniten tyytyväisiä (taulukko 7).

TAULUKKO 7. Tilojen käytännöllisyys ja liikkumisen helppous terveysaseman sijainnin mukaan

Lukumäärä

		Tilojen käytännöllisyys ja liikkumisen helppous					Yhteensä
		erittäin huono	melko huono	en osaa sanoa	melko hyvä	erittäin hyvä	
Terveysaseman sijainti	Konginkangas	0	1	0	5	2	8
	Sumiainen	0	0	0	0	4	4
	Suolahti	0	1	3	9	8	21
	Äänekoski	1	11	14	42	35	103
Yhteensä		1	13	17	56	49	136

7.4 Henkilökunnan toiminta

Henkilökunnan ystävällisyys sai kaikkein parhaimmat arvioinnit kyselyssä (taulukko 8). Vastaajista 86,6 % oli sitä mieltä, että diabetesneuvolan henkilökunta oli erittäin ystävällistä. Kun siihen liitetään myös melko hyvät vastaukset, niin prosentti kohoaa 98,6 %.

TAULUKKO 8. Henkilökunnan toiminta

	Erittäin hyvä		Melko hyvä		En osaa sanoa		Melko huono		Erittäin huono	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Henkilökunnan perehtyneisyys ja uskottavuus	117	80,7	26	17,9	2	1,4	0	0,0	0	0,0
Henkilökunnan halu palvelulla	114	79,2	29	20,1	0	0,0	1	0,7	0	0,0
Henkilökunnan ystävällisyys	123	86,6	17	12,0	2	1,4	0	0,0	0	0,0
Henkilökunnan Joustavuus	107	74,8	33	23,1	3	2,1	0	0,0	0	0,0

Henkilökunnan perehtyneisyyteen ja uskottavuuteen luotettiin erinomaisesti (taulukko 8). Vastaajista 80,7 % piti henkilökunnan ammattitaitoa erinomaisena. Vastaajista 98,6 % oli sitä mieltä, että henkilökunnan ammattitaito on erittäin tai melko hyvä.

Erinomaisen arvosanan henkilökunnan halusta palvelulla antoi 79,2 % (taulukko 8). Kun otetaan huomioon myös melko hyvät arvosanat, prosenttiosuus nousee melkein sataan eli 99,3 % vastaajista luotti henkilökunnan haluun palvelulla.

Henkilökunnan joustavuutta piti melko hyvänä tai erittäin hyvänä 97,9 % vastaajista (taulukko 8). Erittäin hyvän arvosanan antoi 74,8 % vastaajista. Taulukossa 9 on henkilökunnan joustavuus terveysaseman sijainnin mukaan.

TAULUKKO 9. Henkilökunnan joustavuus terveysaseman sijainnin mukaan

Lukumäärä

		Henkilökunnan joustavuus			yhteensä
		en osaa sanoa	melko hyvä	erittäin hyvä	
Terveysaseman sijainti	Konginkangas	0	5	3	8
	Sumiainen	0	1	3	4
	Suolahti	1	6	15	22
	Äänekoski	2	21	84	107
Yhteensä		3	33	105	141

7.5 Vuorovaikutuksen toimivuus

Vuorovaikutuksen toimivuudessa henkilökunnan kyky kuunnella sai korkeimmat arvioinnit (taulukko 10). Erittäin hyvänä henkilökunnan kuuntelutaitoa piti 70,1 % vastaajista. Kun lasketaan mukaan myös melko hyvin arvioinnit, niin luku nousee melkein sataan eli 99.3 %.

TAULUKKO 10. Vuorovaikutuksen toimivuus

	Erittäin hyvä		Melko hyvä		En osaa sanoa		Melko huono		Erittäin huono	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Henkilökunnan kyky kuunnella teitä	101	70,1	42	29,2	1	0,7	0	0,0	0	0,0
Miellyttävän keskustelu-ilmapiirin rakentaminen	97	67,8	40	28,0	6	4,2	0	0,0	0	0,0
Henkilökunnan keskusteluajan riittävyys kanssanne	94	65,3	42	29,2	6	4,2	2	1,4	0	0,0
Mahdollisuus esittää mieltä askarruttavia kysymyksiä	99	68,8	39	27,1	6	4,2	0	0,0	0	0,0
Yksilöllisen tiedon ja neuvojen antaminen	89	62,2	48	33,6	6	4,2	0	0,0	0	0,0
Mahdollisuus osallistua omahoidon suunnitteluun	80	56,7	37	26,2	23	16,3	0	0,0	1	0,7

Mahdollisuus esittää mieltä askarruttavia kysymyksiä oli vuorovaikutuksen toimivuudessa toiseksi parhaaksi tulokseksi nimetty (taulukko 10). Vastaajista 95,9 % oli sitä mieltä, että saivat esittää mieltä askarruttavia kysymyksiä. Miellyttävän keskusteluilmapiirin rakentamiseen oli 95,8 % erittäin tai melko tyytyväisiä.

Henkilökunnan keskusteluajan riittävyyteen oli 94,5 tyytyväisiä (taulukko 10). Taulukossa 11 on keskusteluajan riittävyys ristiintaulukoitu paikkakunnan sijainnin mukaan. Konginkankaan ja Sumiaisten alueelle oltiin täysin tyytyväisiä keskusteluajan riittävyyteen.

TAULUKKO 11. Keskusteluajan riittävyys terveysaseman sijainnin mukaan

Lukumäärä

		Henkilökunnan keskusteluajan riittävyys kans-				yhteensä
		melko huono	en osaa sanoa	melko hyvä	erittäin hyvä	
Terveysaseman sijainti	Konginkangas	0	0	4	4	8
	Sumiainen	0	0	1	3	4
	Suolahti	1	2	8	11	22
	Äänekoski	1	4	29	74	108
Yhteensä		2	6	42	92	142

Kysymykseen yksilöllisen tiedon ja neuvojen antamiseen oli enemmistö (95,8 %) Tyytyväisiä (taulukko 10). Mahdollisuuteen osallistua omahoidon suunnitteluun oli vastaajista tyytyväisiä 82,9 %. Vastaajista 16,3 % ei osannut sanoa asiasta mieltipidettä. Taulukossa 12 on vastaukset terveysaseman sijainnin mukaan.

TAULUKKO 12. Mahdollisuus osallistua omahoidon suunnitteluun terveysaseman sijainnin mukaan

Lukumäärä

		Mahdollisuus osallistua omahoidon suunnitteluun				yhteensä
		erittäin huono	en osaa sanoa	melko hyvä	erittäin hyvä	
Terveysaseman sijainti	Konginkangas	0	1	5	2	8
	Sumiainen	0	1	0	3	4
	Suolahti	0	4	8	9	21
	Äänekoski	1	17	24	64	106
Yhteensä		1	23	37	78	139

7.6 Tiedon saanti diabetekseen ja omahoitoon liittyvissä asioissa

Diabetekseen ja omahoitoon liittyvissä asioissa oltiin eniten tyytyväisiä tiedon saantiin verensokerin omaseurannasta. Seuraaviksi arvioitiin, että eniten tietoa sai ruokavaliosta, liikunnasta ja jalkojen hoidosta (taulukko 13).

Vastaajista 70,9 % antoi tiedon saanti verensokerin omaseurannasta erittäin hyvän arvosanan (taulukko 13). Kun otetaan mukaan myös melko hyvä -arvosana niin suurin osa (93,6 %) oli tyytyväisiä tiedon saantiin verensokerin omaseurannasta.

TAULUKKO 13. Tiedon saanti diabetekseen ja omahoitoon liittyvissä asioissa

	Erittäin hyvä		Melko hyvä		En osaa sanoa		Melko huono		Erittäin huono	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tiedonsaanti ruokavaliosta	92	63,9	44	30,6	6	4,2	2	1,4	0	0,0
Tiedonsaanti liikunnasta	86	59,7	52	36,1	5	3,5	1	0,7	0	0,0
Tiedonsaanti verensokerin omaseurannasta	100	70,9	32	22,7	9	6,4	0	0,0	0	0,0
Tiedonsaanti jalkojen hoidosta		82	58,2	46	32,6	11	7,8	2	1,4	0,0
Tiedonsaanti diabetekseen liittyvistä elinmuutoksista	60	42,6	59	41,8	18	12,8	3	2,1	1	0,7
Tiedonsaanti hammashuollon palveluista	37	26,6	50	36,0	36	25,9	13	9,4	3	2,2

Tiedon saantiin ruokavalioon liittyvissä asioissa oltiin toiseksi eniten tyytyväisiä (taulukko 13). Ruokavaliosta 63,9 % oli saanut erittäin hyvin tietoa. Kaiken kaikkiaan tyytyväisiä oli 94,5 %. Tiedon saantiin liikuntaan liittyvissä asioissa 95,8 % oli tyytyväisiä. 59,7 % vastaajista oli saanut erittäin hyvin tietoa liikunnasta. Tiedon saanti jalkojen hoidosta arvioitiin 90,8 % mielestä hyväksi. Taulukossa 14 on tulokset terveysaseman sijainnin mukaan.

TAULUKKO 14. Tiedon saanti jalkojen hoidosta terveysaseman sijainnin mukaan

Lukumäärä

		Tiedon saanti jalkojen hoidosta				yhteensä
		melko huono	en osaa sanoa	melko hyvä	erittäin hyvä	
Terveysaseman sijainti	Konginkangas	0	2	2	4	8
	Sumiainen	0	0	1	3	4
	Suolahti	1	4	6	10	21
	Äänekoski	1	4	37	64	106
Yhteensä		2	10	46	81	139

Tiedon saanti diabetekseen liittyvistä elinmuutoksista oli 84,4 % mielestä melko hyvä tai erittäin hyvä (taulukko 13). Taulukossa 15 on terveysaseman sijaintipaikkakunnan mukaan tulokset.

TAULUKKO 15. Tiedonsaanti diabetekseen liittyvistä elinmuutoksista terveysaseman sijainnin mukaan

Lukumäärä

		Tiedon saanti diabetekseen liittyvistä elinmuutoksista					yhteensä
		erittäin huono	melko huono	en osaa sanoa	melko hyvä	erittäin hyvä	
Terveysaseman sijainti	Konginkangas	1	0	1	5	1	8
	Sumiainen	0	0	0	0	4	4
	Suolahti	0	1	4	11	6	22
	Äänekoski	0	2	12	42	49	105
Yhteensä		1	3	17	58	60	139

Vastanneista tyytyväisiä tiedon saantiin hammashuollon palveluista oli 62,6 % (taulukko 13). Tämä tulos on selvästi heikoin koko kyselyssä, silti erittäin tyytyväisiä oli runsas neljännes vastanneista (26,6 %). Alla olevasta taulukosta 16 näkee terveysaseman sijaintipaikkakunnan mukaan tulokset.

TAULUKKO 16. Tiedonsaanti hammashuollon palveluista terveysaseman sijainnin mukaan

Lukumäärä

		Tiedon saanti hammashuollon palveluista					yhteensä
		erittäin huono	melko huono	en osaa sanoa	melko hyvä	erittäin hyvä	
Terveysaseman sijainti	Konginkangas	0	2	2	2	2	8
	Sumiainen	0	0	0	2	2	4
	Suolahti	0	2	4	11	5	22
	Äänekoski	3	9	29	35	27	103
Yhteensä		3	13	35	50	36	137

7.7 Lääkehoidon ohjaus

Lääkehoidosta annettiin myös erittäin hyvää palautetta (taulukko 17). Yli puolet vastaajista olivat erittäin tyytyväisiä lääkehoidon ohjauksen ymmärrettävyyteen, selkeyteen ja riittävyyteen.

Lääkehoidon ohjauksen ymmärrettävyys ja selkeys oli 92,7 % mielestä erittäin tai melko hyvä. Lääkehoidon ohjaukseen riittävyyteen 89,7 % oli tyytyväisiä. Alla olevassa taulukossa 17 on tulokset myös sijaintipaikkakunnan mukaan.

TAULUKKO 17. Lääkehoidon ohjauksen ymmärrettävyys, selkeys ja riittävyys

	Erittäin hyvä		Melko hyvä		En osaa sanoa		Melko huono		Erittäin huono	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lääkehoidon ohjauksen ymmärrettävyys ja selkeys	71	51,8	56	40,9	10	7,3	0	0,0	0	0,0
Konginkangas	5		3		0		0		0	
Sumiainen	2		1		0		0		0	
Suolahti	9		12		0		0		0	
Äänekoski	53		40		10		0		0	
Lääkehoidon ohjauksen riittävyys	68	50,0	54	39,7	12	8,8	2	1,5	0	0,0
Konginkangas	2		5		1		0		0	
Sumiainen	2		1		0		0		0	
Suolahti	10		8		1		1		0	
Äänekoski	53		39		10		1		0	

7.8 Diabeteksen omahoito

Avun ja tuen saaminen diabeteksen omahoitoon

Viimeisenä mielipidekysymyksenä kysyttiin, ovatko asiakkaat saaneet apua ja tukea diabeteksen omahoitoon. Vastaajista apua ja tukea oli saanut 94,7 % ja 5,2 % ei osannut sanoa mielipidettään. Erittäin hyvänä apuna diabeteshoitajia piti 63,4 % vastaajista. Taulukossa 18 on myös vastaukset terveysasemien sijainnin mukaan.

TAULUKKO 18. Avun ja tuen saaminen diabeteksen omahoitoon

	Erittäin hyvä		Melko hyvä		En osaa sanoa		Melko huono		Erittäin huono	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Avun ja tuen saaminen diabeteksen omahoitoon hoitajalta	85	63,4	42	31,3	7	5,2	0	0,0	0	0,0
Konginkangas	1		3		2		0		0	
Sumiainen	3		1		0		0		0	
Suolahti	12		9		0		0		0	
Äänekoski	67		29		5		0		0	

Onnistumiset diabeteksen omahoidossa

Tutkimuksessa oli avoimena kysymyksenä millä hoidonohjauksen alueella asiakas on kokenut onnistumista diabeteksen omahoidossa. Kysymykseen vastasi 70 henkilö eli 47,6 % kyselyyn vastanneista. Vastauksissa mainittiin usein yksi tai useampia asioita, missä oli onnistuttu. Onnistumisia oli koettu eniten ruokavalion hoitamisessa. Näin vastasi 26 kyselyyn osallistuneista. Toiseksi suurin ryhmä (n = 25) oli painonhallinnassa onnistuneet. 22 vastanneista oli tyytyväisiä veren sokerin omaseurantaan. Liikunnan mainitsi 12 ja lääkehoidon 8 vastanneista. Neljä kyselyyn vastaajaa oli saanut onnistumisen kokemuksia kaikessa ja kolme jalkojenhoidossa. Tässä vastausesimerkkejä:

- "Diabetes pysyy hyvin tasapainossa tablettihoidolla, liikunnalla ja ruokavaliolla. Kolesterolit kurissa."

- "Nykyisin hyvin. Se on itsestä kiinni, miten itsensä hoitaa mm. syömiset ja liikunta, mieliala."

- "Jalat on hyvässä kunnossa. Paino on pysynyt kurissa, liikuntaa harrastan (kävelyä)."

Lisäohjauksen tarve

Toinen avoin kysymys oli millä ohjauksen sisältöalueella asiakas tarvitsee lisäohjausta. Kysymykseen vastasi 24 henkilöä (16,3 % kyselyyn vastanneista). Vastauksissa mainittiin yksi tai useampi asia, missä tarvitaan lisäohjausta. Vastausten mukaan 11 henkilöä toivoi lisää tukea ruokavalion ohjaukseen. Painonhallinnan ohjaukseen tarvittaisiin lisätukea 7 vastaajan mielestä. Lääkehoidon ohjaukseen kaipasi 5 henkilöä lisää apua. Neljä henkilöä tarvitsee lisäohjausta liikuntaan. Yhdessä vastauksessa mainittiin myös lisätiedon tarve muiden sairauksien vaikutuksesta sekä yksi vastaaja tarvitsee lisätukea kaikessa. Tähän kysymykseen tuli vähemmän vastauksia kuin missä asiakas on kokenut onnistumisia omahoidossa.

- "Ehkä tarkempia tietoja ruokavaliosta."
- "Painonhallinnassa tukea edelleen."
- "Yleistietoa diabeteksen hoidosta ja uusista lääkkeistä."

Tiedot ja ohjaus eri toimipisteissä

Kyselyn tulosten perusteella tietojen ja ohjauksen saaminen on hyvin samansuuntaista eri toimenpisteissä. Vastaajista 91,6 % oli sitä mieltä, että eri toimenpisteissä saa samansuuntaista tietoa ja ohjausta. Konginkankaan, Sumiasten ja Suolahden terveysasemien kyselyyn vastaajat olivat sitä mieltä, että ohjaus on samanlaista. Äänekoskella 10,2 % (n = 10) vastaajaa oli sitä mieltä, että eroja löytyy.

Yhdeksän vastaajaa oli vastannut kysymykseen mitä eroja on olemassa tiedoissa ja ohjauksessa verrattaessa lääkärin vastaanottoa, osastoilla tapahtuvaa hoitoa ja diabetesneuvolassa. Vastausten perusteella neuvonta ja ohjaus ovat pe-

rusteellisempaa diabetesneuvoloissa kuin lääkärin vastaanotolla. Toisena asiana nousi lääkärin vaihtuvuus ja kiire. Tässä esimerkkejä vastauksista:

- ”Lääkäri ei paljoa ole neuvonut sokeriasioissa.”
- ”Lääkärin vastaanotolla ei paljon diabetes asioita ole esillä, lääkärin vaihtuvuus ja kiire.”
- ”Lääkärit suhtautuu kiireessä huolimattomasti.”

Diabetespalveluiden ja ohjauksen kehittäminen

Viisitoista kyselyyn vastaajaa oli ehdottanut erilaisia palveluiden ja ohjauksen kehittämisehdotuksia. Puolet vastaajista toivoivat enemmän aikaa asiakasta kohden. Monet toivovat enemmän hoitajia ja vastaanottoaikoja. Seuraavista vastauksista käy ilmi hyvin ohjausajan lisätarve.

- ”Aikaa seurannalle”
- ”Välillä voisi olla pidempi aika vastaanotolle.”
- ”Palvelu on jo nyt erittäin hyvää. Vaikeaa pienissä yksiköissä, ehkä pitäisi olla ainoastaan ja lisää diabetesaikoja ihmisille, Huom. paljon työtä yhdelle ihmiselle.”

Tiedon saantia diabeteksestä ja omahoidosta toivoi neljännes vastaajista. Enemmän neuvontatilaisuuksia ja uusinta tietoa odotetaan. Seuraavissa esimerkkejä tiedon saannin tarpeesta:

- ”Diabetespäiviä myös syrjäkylille.”
- ”Monipuolista lukemista, että asiakas saisi enemmän tietoa itsehoidosta, kevyitä ruokaohjeita tarjolle.”

Kolme vastaajaa toi esiin vastaanottotilojen saamisen takaisin katutasoon. Asiakkaiden palveluun eräs vastaaja toivoi välinejakelulle pitempää aikaa ja toisen asiakkaan mielestä ajanvarausta neuvolaan voisi kehittää. Paljon positiivista palautetta tuli, että palvelu on hyvää ja asiakkaat ovat tyytyväisiä saamaansa hoitoon.

Silmäpohjien seuranta

Viimeisenä kyselykaavakkeessa oli kysymykset lisäsairauksien seulonnan tiheydestä ja seurannasta. Kysymykset koskivat silmänpohjien tarkistusta, kuvauksia ja silmälääkärin suorittamaa säännöllistä seurantaa. Silmäpohjat oli tarkistettu viime vuoden puolella lääkärin vastaanotolla 61 % (n = 90) kyselyyn vastaajista. Silmäpohjat oli kuvattu viimeisen vuoden aikana 50 % (n = 74) vastaajista. Vastaajista ilmoitti käyvänsä säännöllisesti silmälääkärin vastaanotolla 57 % (n = 84).

7.9 Yhteenveto tutkimustuloksista

Tässä tutkimuksessa selvitettiin, millaisena Äänekosken diabetesneuvoloiden tyyppin 2 diabeetikot kokivat palvelun ja hoidonohjauksen. Lisäksi kysyttiin, miten asiakkaat toivoivat palveluja ja ohjausta kehitettävän. Kyselyyn vastasi 147 henkilöä. Vastaustuloksissa ei ilmennyt merkittäviä eroja kun tuloksia verrattiin eri taustamuuttujiin (sukupuoli, ikä, käynti kerta, terveysaseman sijainti).

Asiakkaat kokivat diabetespalveluiden saatavuuden hyvänä. Ajanvarauksen selkeyteen ja helppouteen oltiin erittäin tyytyväisiä. Vastaanottotiloja pidettiin toimivina. Jonkin verran tyytymättömiä oltiin tilojen käytännöllisyyteen ja liikkumisen helppouteen sekä viihtyvyyteen. Henkilökunnan toiminta sai erittäin hyvät arviot. Asiakaspalvelun ominaisuuksista ystävällisyys, perehtyneisyys, uskottavuus ja palveluhalu saivat parhaimmat arvosanat.

Vuorovaikutuksen toimivuus arvioitiin hyväksi. Henkilökunnan kykyä kuunnella arvostettiin vuorovaikutustaidoista eniten. Asiakkaat toivoivat, että he voisivat pa-

remmin osallistua omahoidon suunnitteluun. Tiedon saantiin diabetekseen ja omahoitoon liittyvissä asioissa oltiin pääosin tyytyväisiä. Tyytymättömyyttä oli jonkin verran tiedon saannissa hammashuollon palveluista sekä diabetekseen liittyvistä elinmuutoksista. Lääkehoidon ohjauksen ymmärrettävyyteen, selkeyteen ja riittävyys oltiin tyytyväisiä. Apua ja tukea diabeteksen omahoitoon diabeteshoitajalta on saatu 94,7 % mielestä hyvin.

Asiakkaat olivat kokeneet eniten onnistumisia ruokavalion, painonhallinnan ja veren sokerin omaseurannassa. Lisäohjausta kaivattiin eniten ruokavalioon, painonhallintaan ja lääkehoitoon. Eroavaisuuksia eri toimipisteiden tietojen ja ohjauksen välillä oli vähän. Vastauksissa kerrottiin, että neuvonta ja ohjaus koettiin perusteellisempänä diabetesneuvolassa kuin lääkärin vastaanotolla. Lääkäriltä odotetaan enemmän tietoa diabetesasioista. Asiakkaiden mielestä palveluja ja ohjausta voisi kehittää lisäämällä ohjausaikaa. Monet toivoivat enemmän aikaa asiakasta kohden. Samoin odotetaan enemmän neuvontatilaisuuksia ja uusinta tietoa diabeteksen omahoidosta. Mahdollisten lisäsairauksien poissulkemiseksi silmäpohjien tarkistus, kuvaus ja säännöllinen silmälääkärin seuranta toteutui yli puolilta vastaajista.

8 POHDINTA

8.1 Tutkimuksen toteutuksen pohdinta

Kesäkuussa 2006 otin yhteyttä Äänekosken terveyskeskuksen johtavaan hoitajaan, kun huomasin heidän asiakastyytyväisyys selvityspyynnön opinnäytetöiden aihepankissa. He olivat jättäneet pyynnön jo marraskuussa 2005. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuksen tilaaja edellyttivät aineiston keruun tapahtuvan kyselylomakkeella. Tutkimuksen tilaaja toivoi myös, että kysely suoritettaisiin vuoden 2006 puolella. Jos kukaan opiskelija ei olisi ryhtynyt kyselyä järjestämään, he olisivat tehneet sen itse. Siksi he olivat keväällä 2006 miettineet ja määritelleet valmiiksi kysymyksiä, joihin haluttiin saada asiakkailta palautetta. Halusin vastata heidän odotuksiinsa ja yhteistyössä aloitettiin tutkimussuunnitelman tekeminen.

Otin laadittavan kyselykaavakkeen pohjaksi heidän alustavan suunnitelmapaperinsa ja valmiita terveydenhuollon käyttämiä asiakastyytyväisyyskyselyjä. Mittaria lähdettiin rakentamaan tutkimuksen tilaajan sekä aikaisempien tutkimusten ja teorian näkökulmasta. Yhteisissä palaverieissa otin huomioon vielä diabetestiimin ehdottamia kysymyksiä.

Kyselyn aikana tapahtui kahdessa diabetesneuvolan pisteessä remonttia ja tilat olivat väliaikaisesti eri paikassa. Tämä vaikutti vastaamiseen, niin ettei vastaaja oikein tiennyt, mitä vastaanottotiloja hän tällä kertaa arvioi. Joissakin vastauksissa oli merkintä, että arvio koskee väliaikaisia tiloja. Merkintöjä oli myös siitä, että vastaajat olettivat, että remontin jälkeen palataan samoihin tiloihin, ja arvio koskee entisiä tiloja. Kysymyksessä olisi voinut olla tarkennus, mitä tiloja tällä kertaa arvioidaan.

Tutkimuksia analysoitaessa huomasin, että kysymys 9 yksityisyyden säilymisestä ei välttämättä ollut selvä, mitä sillä tarkoitettiin. Tarkoitin sillä vastaanottotilojen kannalta sellaista yksityisyyttä, että asiakas kokee, ettei hänen asioistaan puhuta muiden kuullen. Tarkoitin yksityisyydellä myös sitä, että vastaanottotilat on rakennettu niin, että asiakkaalla on kokemus omasta yksityisyyden tilasta. Henkilökunnan vaitiolovelvollisuus on mielestäni itsestään selvä asia. Eräs vastaaja oli kirjoittanut kysymyksen kohdalle, että henkilökunnan vaitiolovelvollisuus oli erittäin hyvä, mutta yksityisyyden säilyminen oli melko huono. Kuinka moni muu oli kyselyn aikana pohtinut, mitä sanalla yksityisyys tarkoitetaan. Yksityisyyden turvaaminen pitää sisällään muuan muassa vaitiolovelvollisuuden huomioimisen, itseä koskevan tiedon hallinnan, henkilökohtaisen tilan, intymiteettisuojan (Tuhkanen, 2006, 20–22).

Lääkehoidon ohjaukseen (26 ja 27) olisi voinut jättää vaihtoehdon, niille, jotka eivät tarvitse lääkettä diabeteksen hoitamiseen. Jotkut vastaajat olivatkin tämän huomioineet ja olivat ilmaisseet, etteivät käytä lääkkeitä. Kysymyksen (26) lääkeshoidon ohjauksesta jätti väliin 10 vastaajaa ja lääkeshoidon riittävydestä 11 vastaajaa. Kysymys 29 (missä olette onnistuneet diabeteksen hoidossa?) oli myös huonosti muotoiltu, sillä jotkut kirjoittivat terveysaseman paikkakunnan

nimen, kun tarkoitus oli vastata missä omahoidon osa-alueella asiakkaat olivat kokeneet onnistuneensa.

Diabetestiimin jotkut henkilöt pelkäsivät, että vanhempien asiakkaiden olisi vaikea ymmärtää, miten asioita arvioidaan asteikolla 1–5. Kysymyslomakkeesta olisi tullut todella pitkä, jos jokainen kysyttävä asia olisi esitetty kysymysmuodossa ja kysymyksen jälkeen olisi ollut vastausvaihtoehdot. Diabetestiimissä päädyttiin, että kysely toimitetaan lyhyemmässä muodossa, jolloin kysely innostaa paremmin vastaamaan ja vastausprosentti kasvaa. Kysely esitettiin ja huomattiin, että kyselyn täyttäminen onnistui koehenkilöiltä. Hoitohenkilökunta antoi aina asiakkaalle suulliset ohjeet miten kysely täytetään.

Valmiin kyselyn löytäminen, joka olisi mitannut hoidonohjausta monipuolisesti, oli mahdoton tehtävä. Hoidonohjaus painottui tässä kyselyssä vuorovaikutuksen toimivuuden, tiedon saannin ja omahoidon arvioimiseen. Esitin kouluarvosanan arvioimista avun ja tuen saamisesta diabeteksen omahoitoon hoitajalta, mutta hoitajat halusivat mieluummin vastauksen samalla asteikolla kuin aikaisemmatkin kysymykset.

Kysymysten asettaminen silmäpohjien seulonta ja seurantatiheydestä olisi vaatinut lisäkysymyksiä, jos vastauksia olisi haluttu verrata Käypä hoito -suositukseen diabeettisesta retinopatiasta. Kysymykset antoivat kuitenkin vastauksen, onko silmiä tutkittu vuoden aikana ja onko asiakas säännöllisessä silmälääkärin seurannassa. Kun diabetestiimissä muotoiltiin näitä silmäpohjien seurannan ja kuvauksen kysymyksiä, niin joitakin mietitytti että, ymmärtääkö asiakas, mitä ne tarkoittavat.

8.2 Tutkimuksen tulosten pohdintaa

Eräs kyselyyn vastannut kirjoitti oman mielipiteensä palveluista ja ohjauksesta näin: ”Entinenkin hyvä, voi kai kehittääkin, en tiedä...”. Tämä asiakkaan mielipide

ja näkökulma tuo hyvin esiin sen, että Äänekosken terveyskeskuksen diabetesneuvolan palveluun ja ohjaustoimintaan ollaan erittäin tyytyväisiä ja toisaalta asiakkaiden on vaikea nimetä palveluiden ja ohjauksen kehittämideoita. Tulokset tukevat diabetesbarometrissä esiteltyjä Partasen (2003) tutkimuksia, joiden mukaan tyypin 2 diabeetikot ovat hyvin tyytyväisiä hoitoonsa. Tutkimuksen mukaan 39 % oli hyvin tyytyväisiä hoitoonsa. (Winell ym. 2006a, 47.) Tässä tutkimuksessa erittäin tyytyväisiä palveluihin ja hoidonohjaukseen oli 59 % vastaajista. Vastanottotilojen viihtyisyydestä ja tilojen käytännöllisyydestä sekä liikkumisen helppoudesta ja tiedonsaannissa hammashuollon palveluista annettiin alle 39 %.

Tutkimuksen tulos tukee myös suomalaisen terveydenhuollon tyytyväisyystutkimuksia, joissa keskiarvotuloksilla ilmaistuna tyytyväisiksi ilmoittautuneiden määrä on hyvin korkea. Niiden keskimääräiseksi tyytyväisyyslukuksi tuli 82 % (Salmela, 1997, 188). KuntaSuomen (2004) asiakastyytyväisyyskyselyn mukaan kuntapalveluiden asiakkaat ovat hyvin tyytyväisiä palveluihin (Olin 2004). Tässä tutkimuksessa, kun lasketaan erittäin ja melko tyytyväiset mielipiteet yhteen, niin vain muutamia palvelun ja hoidonohjauksen osa-alueita jäi alle 82 %. Tiedon saanti hammashuollon palveluista ja diabetekseen liittyvistä elinmuutoksista voisivat olla asioita, joista halutaan enemmän tietoa. Näihin kysymyksiin tuli paljon ”en osaa sanoa vastauksia” ja jonkin verran oltiin tyytymättömiä. Diabeteshoitajat kertoivat, että Äänekosken terveysasemalla oli monia sellaisia asiakkaita, joiden hoidonohjaus oli vasta alkanut ja he eivät ole vielä saaneet ohjausta kaikista hoidon eri osa-alueista. Tämäkin näkökulma osaltaan vaikuttaa ”en osaa sanoa” vastausten lukumäärään. Vastanottotilojen käytännöllisyys, liikkumisen helppous ja odotustilojen viihtyvyys olivat tärkeitä asioita, joiden halutaan olevan kunnossa. Muiden palveluiden ja hoidonohjauksen tyytyväisyyslukemat olivat enimmäkseen yli 90 % lukemissa.

Asiakaspalveluominaisuuksista Äänekosken diabetesneuvoloiden henkilökunta sai parhaimmat arvostukset ystävällisyydestä, perehtyneisyydestä, uskottavuudesta ja halusta palvella. Tämä tulos tukee Ylikosken (2000) näkemystä, että luotettavuus on selvästi tärkeä laatutekijä asiakkaalle. Tässä kyselyssä ammattitaidolla tarkoitettiin perehtyneisyyttä ja uskottavuutta. Ne pitävät sisällään myös luotetta-

vuuden. Tulokset ovat yhteneväisiä KuntaSuomi 2004 tutkimuksen kanssa. Kuntapalveluiden asiakkaat arvostivat erittäin paljon henkilökunnan ammattitaitoa, ystävällisyyttä ja avuliaisuutta. (Olin ym. 2004.)

Asiakkaalle on suuri merkitys, miten asiakkaan ja henkilökunnan välillä vuorovaikutus toimii (Pesonen ym. 2002,44). Äänekosken diabetesneuvoloiden asiakkaat kokivat henkilökunnan vuorovaikutustaidot erittäin hyviksi. Asiakkaat kokivat tulleen kuulluiksi ja keskusteluilmapiiri oli miellyttävä. He saivat esittää kysymyksiä ja kokivat saaneensa yksilöllistä neuvontaa. Ainut vuorovaikutuksen osa-alue, jossa osa vastaajista toivoi parantamisen varaa, oli mahdollisuus osallistua oma hoidon suunnitteluun. Nämä edellä mainitut tulokset tukevat Kettusen ja muiden (2006) sairaalan neuvontakeskustelua selvittävää tutkimusta. Hoitajat onnistuvat juuri parhaiten emotionaalisen tunneilmaston luomisessa. Positiivinen keskusteluilmapiiri onkin yksi perusasia voimavarakeskeisyyden toteutumiseksi. Samoin aikaisemmissa tutkimuksissa tiedon antaminen oli hoitajien vahva alue. Sen sijaan kehittämisalueeksi nousi vastavuoroisen neuvontasuhteen rakentaminen. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakas otetaan paremmin huomioon hoitoratkaisujen ideoimisessa ja hoitopäätöksiin osallistumisessa. (Kettunen ym. 2006, 19–22.) Samoin Kvistin (2004) mukaan tyytymättömyyttä asiakkaissa herättää puutteellinen mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa (Kvist 2004).

Diabetesliiton kyselyssä 12 terveyskeskuksen otoksessa vuonna 2004 diabeetikoista noin puolella oli silmäpohjat tutkittu ja kuvattu edeltävän vuoden aikana. Winelin ja muiden (2006) mukaan tulos kertoo, että huolestuttavan suuri osa diabeetikoista jää silmäpohjien säännöllisen seurannan ulkopuolelle. (Winell ym. 2006b, 7.) Äänekosken terveyskeskuksessa silmäpohjat oli tutkittu 60 % ja kuvattu 50 % kyselyyn vastanneista asiakkaista eli seurannassa on tehostamisen varaa.

Kyselylomakkeen avoimet kysymykset voivat tuoda esille asiakkaiden uusia katantokantoja tai piilotyytymättömyyttä ja ovat arvokkaana lisänä, kun tuloksia käsitellään paikallisesti. (Hiekkanen 2000, 19.) Tässäkin kyselyssä pelkät monivalintatehtävät eivät olisi tuottaneet paljoakaan kehitettäviä asioita. Nähtävästi ne

asiakkaat, jotka eivät osanneet sanoa mielipidettään tiedon saannista ruokavali-
oon ja lääkehoidon ohjauksen riittävydestä, esittivät toiveita lisäohjauksesta juuri
näillä diabeteksen hoidon osa-alueilla. Kyselyyn vastanneiden diabetesasiakkai-
den mielestä palvelua ja ohjausta voisi kehittää lisäämällä ohjausaikaa ja neu-
vontatilaisuuksia. Myös toiveita esitettiin, että hoitajia lisäämällä voitaisiin vastata
paremmin ohjaustarpeeseen.

Tyypin 2 diabetes asettaa perusterveydenhuollolle määrällisen haasteen tulevai-
suudessa myös Äänekoskella. Jotta kasvavaan hoidon tarpeeseen voidaan vas-
tata, on hoidon laadun kehittämistä jatkettava. Perustaudin hyvä hoito estää dia-
beteksen aiheuttamia lisäsairauksia, koska kaikki panos hoidon tehostamiseen
on halvempaa kuin lisäsairauksien hoito. (Winell ym. 2006b, 7.) Tässä tutkimuk-
sessakin asiakkaiden mielipiteissä korostuivat diabeteksen perusasioiden hoita-
minen ja tuen saaminen elintapaohjaukseen. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyoh-
jelmassa painotetaan, että diabeetikon hoidonohjauksen saaminen on oltava asi-
antuntevaa, jatkuvaa, sille on varattava riittävästi aikaa ja yksilöohjauksen rinnalla
on oltava ryhmäohjausta. Ryhmäohjaus vaatii ohjaajien resursointia. (Niku 2002,
21–22.) Kun pohditaan diabetesasiakkaiden hoidonohjauksen laadun kehittämistä
niin, joudutaan miettimään työntekijäresurssien riittävyyttä, jatkuvaa koulutta-
mista ja miten osaamista voitaisiin asiakkaalle tarjota enemmän.

Äänekosken liikuntatalolla oli DEHKO:n liittyen vuonna 2005 ”Syöden solakaksi –
hikoillen hoikaksi” –terveysmessut, joilla oli hyvä yleisömenestys. Muutamilla
paikkakunnilla on syntynyt jatkoksi terveystessujen perinne (Vaahterakumpu,
2007, 11.) Kyselyssä toivottiin lisää neuvontatilaisuuksia. Kun tulevaisuudessa
Äänekoskella suunnitellaan jatkoja terveystessuille, niin olisi hyvä ajatella myös
kauempana keskustasta asuvien ihmisten huomioon ottamista. Elintapojen muut-
taminen terveellisempään suuntaan on mahdollista, mutta se ei tapahdu hetkes-
sä eikä ilman ponnisteluja. Niihin talkoisiin tarvitaan meitä kaikkia yhteiskuntaa,
terveydenhuoltoa ja ihmistä itseään. (Niku 2004, 22.)

8.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen reliabelius

Tutkimuksen reliabeliudella tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta. Tutkimus antaa silloin tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. (Hirsjärvi ym. 2004, 216.) Tutkimuksessa käytetyt kysymykset pyrittiin muotoilemaan selkeiksi ja helposti ymmärrettäviksi, että välttyttäisiin vastausten virhetulkinnoilta. Mahdollista on, että kysymykset on myös ymmärretty väärin tai eri tavalla, jolloin reliabelius kärsii. Tässä tutkimuksessa reliabelius saattoi kärsiä, kun kysyttiin vastaanottotilojen käytännöllisyyttä ja liikkumisen helppoutta, koska vastaaja ei tiennyt, arvioiko hän väliaikaisia vai entisiä tiloja, koska kysymyksessä ei sitä sanottu. Yhdeksän vastaajaa on jättänyt sen kohdan väliin. Samoin kysymys soittoaajan ja välinejakelun ajankohdan sopivuudesta, oli huonosti muotoiltu, koska samassa lauseessa piti arvioida kahta asiaa. Tämän kohdan jätti myös yhdeksän vastaajaa väliin. Vastaanottotilojen kohdalla kysytyt yksityisyydet saatettiin ymmärtää vain tiloja koskeviksi ja/tai työntekijää koskeviksi. Monivalintatehtäviin oli vastattu hyvin, niihin on helpompi ja nopeampi vastata kuin avoimiin kysymyksiin. Avoimiin kysymyksiin tuli vähän vastauksia ja palautetta tuli, että kysymys 33 palveluiden ja hoidonohjauksen kehittämisideoista oli vaikea vastata. Virheitä voi tulla myös tutkimustulosten tietojärjestelmään tallentamisessa. Olen pyrkinyt tallentamaan tulokset huolellisesti.

Tutkimuksen validius

Tutkimuksen validius tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata (Hirsjärvi 2004, 216). Asiakkaiden kokemuksia palveluiden laadusta kuvasivat kysymykset 1–13 ja hoidonohjauksen laadusta 14–32. Osa vuorovaikutuskysymyksistä kuvasi sekä palveluiden laatua että hoidonohjausta. Avoimella kysymyksellä 33 kerättiin kehittämisideoita palveluiden ja ohjauksen kehittämiseksi. Kysymykset 34–36 liittyivät palveluun ja niissä kysyttiin silmäpohjien tarkistuksista ja seurannasta, miten ne ovat toteutuneet.

Tutkimukseen osallistui hyvin kaikenikäisiä tyyppin 2 diabeetikkoja, joten ikäryhmittäin katsottuna tutkimusaineisto on kattava. Vanhempi väki ymmärsi hyvin arvioida asteikoilla, miten hyvin asiat ovat toteutuneet. Suolahdesta ja Sumiaisten terveysasemilta tuli hoitajilta viestiä, että vanhempi väki ei ollut halukasta täyttämään kyselylomaketta. Alueittain eniten vastauksia tuli Äänekosken terveysaseman asiakkailta. Pienempien terveysasemien asiakkaat eivät olleet suhteessa yhtä hyvin edustettuina ja siksi ei ollut kovin relevanttia verrata miten palvelut ja hoidonohjaus on toteutunut eri terveysasemien sijaintipaikkakuntien mukaan. Terveysasemien diabetesyksiköt ovat kaikki niin erilaisia, sillä ainoastaan Äänekosken terveysasemalla diabeteshoitajat pitävät vastaanottoa kokopäiväisesti. Konginkankaan, Sumiaisten ja Suolahden yksiköissä diabetestyötä tehdään yhtenä osana muuta työnkuvaa.

Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuslupa anottiin Äänekosken terveyskeskuksen ylilääkäriltä. Asiakkaat saivat diabeteshoitajilta suulliset ohjeet, miten kyselyyn pitää vastata. Kyselyyn vastaaminen perustui asiakkaan vapaaehtoisuuteen ja asiakkaat osallistuivat tutkimukseen nimettöminä. Saatekirjeessä painotettiin, että vastauksia käsitellään täysin luottamuksellisesti. Asiakkaat jättivät kyselylomakkeen suljetussa kirjekuorossa ja hoitajat eivät lukeneet vastauksia. Vastauslomakkeet säilytettiin, käsiteltiin ja hävitettiin asianmukaisesti. Tutkimuksessa on pidetty huoli henkilöiden suojelusta, ettei yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa (Kylmä, Pietilä & Vehviläinen–Julkunen 2002,72).

Kylmän ja muiden (2002) mukaan tutkimuksen eettinen raportointi tarkoittaa sitä, että tutkija on avoin ja tarkka raportoidessaan tutkimuksen kaikki vaiheet. Tutkimustulokset julkaistaan rehellisesti ja objektiivisesti. Tuloksien objektiivisuutta on lisännyt se, etten ole työskennellyt diabetesneuvoloissa ja olen ulkopuolinen tutkija. Tämän tutkimuksen eettisyyttä tukee myös se, että olen pyrkinyt arvioimaan tutkimuksen kulkua luotettavuuden näkökulmasta. (Kylmä ym. 2002, 72–73).

8.4 Jatkotutkimusaiheet

Diabeetikoiden hoidonohjauksen laatuksiteereissa suositellaan hoitotyytyväisyyskyselyn tekemistä säännöllisin väliajoin. Siellä mainitaan, että kysely tehtäisiin hoidon, ohjauksen ja hoitovälineiden saatavuudesta, hoitotyytyväisyydestä ja diabetekseen liittyvästä elämänlaadusta (Diabeetikoiden hoidonohjauksen laatuksiteerit 2003). Diabetekseen liittyvää elämänlaatua ei tässä tutkimuksessa ole kartoitettu, joten sen huomioiminen seuraavassa kyselyssä olisi suotavaa. Mittaria kannattaa kehittää seuraavaa asiakastyytyväisyyskyselyä varten. Mittarin kehittämisessä voi hyödyntää Dehkon valmiiden mittareiden käyttöä, sillä erillisen työryhmän on tarkoitus laatia diabetesspesifinen asiakaskysely, jolloin kyselyn tuloksia voisi paremmin verrata valtakunnallisiin tuloksiin. Jokaisella paikkakunnalla on kuitenkin omat palvelujensa ominaispiirteet ja ne pitää ottaa huomioon kyselyssä. Kyselytutkimuksella en saanut paljon spesifisiä vastauksia palveluiden ja hoidonohjauksen kehittämiseen. Jatkotutkimusaiheena voisi olla haastattelututkimus, jolloin saataisiin enemmän näitä kehittämisideoita.

LÄHTEET

Aho, T. 2005. Lisää tehoa tyypin 2 diabeteksen hoitoon. Viitattu 16.8.2006. [Http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=976](http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=976).

DEHKO – Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000–2010. 2000. Tiivistelmä. Diabetesliitto. Tampere: Kirjapaino Hermes Oy.

Diabeetikoiden hoidonohjauksen laatuksiteerit. Suomen DESG ry:n laatuksiteerityöryhmä. DEHKO-raportti 2003:3. Tampere: Diabetesliitto.

Diabeetikon hyvän hoidon laatuksiteerit. Dehkon laatuksiteerityöryhmä. DEHKO-raportti 2002:1. Tampere: Diabetesliitto.

Diabeettinen retinopatia. 2006. Käypä hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Silmälääkäriyhdistyksen ja Diabetesliiton lääkäri-neuvoston asettama työryhmä. Viitattu 14.4.2007. [Http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.NaytaAtrikkeli?P_artikkeli=hoi50043](http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.NaytaAtrikkeli?P_artikkeli=hoi50043).

Eloranta, T., Huomo, M., Virkki, S. & Frilander-Paavilainen, E– L. 2007. Terveysteksi! – Onnistuneeseen elintapamuutokseen. Sairaanhoitaja 80, 3, 20–23.

Grönroos, C. 2000. Nyt kilpaillaan laadulla. Porvoo: WSBookwell Oy.

Grönroos, C. 2001. Palveluiden johtaminen ja markkinointi. Helsinki: WSOY.

Hiekkanen, S., Nordblad, A., Murtomaa, H., Outinen, M. & Sainio, S. Suunvuoro asiakkaalla. 2000. Tuloksia suun terveydenhuollon valtakunnallista asiakastytytyväisyyskyselystä. Stakes 30 / 2000. Helsinki: Stakesin monistamo.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. p., osin uud. laitos. Helsinki: Tammi.

Ilanne-Parikka, P. 2003. Tyypin 2 diabeetikon hoito. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Kangas, T., Kaprio, E.A. & Rönne-maa, T. (toim.). Diabetes. Hämeenlinna: Karisto Oy, 173–182.

Ilanne-Parikka, P. & Rönne-maa, T. 2000. Diabeetikon hoidon seuranta avoterveydenhuollossa. Suomen lääkäri-lehti 44, 4509–4513.

Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Jyväskylän yliopisto.

Kettunen, T., Liimatainen, L., Villberg, J. & Perko, U, 2006. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu sairaalassa. Sairaanhoitaja 79, 1, 19–22.

Kvist, T. 2004. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos ja terveyshallinnon ja -talouden laitos. Viitattu 6.4.2007. <http://www.uku.fi/vaitokset/2004/USBN951-950-1tkvist.htm>.

Kylmä, J., Pietilä, A.-M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2002. Terveyden edistämisen etiikan lähtökohtia. Teoksessa Terveyden edistäminen – Uudistuvat työmenetelmät. Toim. A.-M. Pietilä, T. Hakulinen, E. Hirvonen, P. Koponen, E.-M. Salminen ja K. Sirola. Helsinki: WSOY 62–76.

Lahtinen, J. & Isoviita, A. 1998. Asiakaspalvelu ja markkinointi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785

Lecklin, O. 2006. Laatu yrityksen menestystekijänä. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Liimatainen, L., Hautala, P. & Perko, U. 2005. Potilasohjausta kehittämässä. Innostusta ja innovaatiota. Teoksessa Liimatainen, L., Hautala, P., Perko, U. (toim). Poppi -projektin teoreettinen tietoperusta. Jyväskylä. JAMK.

Mänttari, L. 2003. Viitattu 3.4.2007. http://www.paaskyset.com/pd/stj5/aineistoja/Leena_manttari/vanhustyon_esitys_kerimaki2003.pdf.

Marttila, J., Himanen, O., Ilanne-Parikka, P. & Hiltunen L. 2004. Tyypin 2 diabeetikoiden ryhmänohjausmalli terveydenhuollon käyttöön. Pilottiraportti: Mallin toteutettavuus ja hyväksyttävyyys. DEHKO-projekti. Tampere: Suomen Diabetesliitto.

Niku, J. 2004. Voiko diabetesta juosta pakoon? Terveydenhoitaja 37, 21–22.

Olin, R., Pekola-Sjöblom, M. & Sjöblom, S. 2004. Asiakkaat arvioitsijoina. Asiakkaiden tyytyväisyys palveluihin vuonna 2003. KuntaSuomi 2004 -tutkimuksia nro 51. Acta nro 171. Suomen Kuntaliitto & Svenska social- och kommunalhögskolan vid Helsingfors universitet. Helsinki. Viitattu 5.5.2007. http://www.kunnat.net/k_pe_russivu.asp?path=1,29;348:31540:4980:5070;91444.

Outinen, M., Lempinen, K., Holma, T. & Haverinen, R. 1999. Seitsemän laatupolkua. Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Kuntaliiton painatuskeskus.

Pesonen, H.-L., Lehtonen, J. & Toskala, A. 2002. Asiakaspalvelu vuorovaikutuksena. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Poskiparta, M. 2002. Neuvonnan keinoin kohti terveystyöskäytännön muutosta. Teoksessa Torkkola, S. (toim). Terveystyöskäytäntö. Helsinki: Tammi 24–35.

Pulkkinen, S. 1999. Laadun kehittäminen terveyden huollossa – analyysi laadun käsitteistä ja sisällöstä. Pro gradu -tutkielma. Terveyshallinnon ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto.

Rissanen, M–A. 2005. Tiedonsiirrosta vuorovaikutukselliseen ohjaamiseen – tyyppi 1 diabeetikon hoidonohjaus diabeteshoitajien kuvaamana. Pro-gradu - tutkielma. Kuopion yliopisto.

Salmela, P., Ebeling, T. & Pikkujämsä, S. 2007. Tyypin 2 diabeteksen (T2DM) hoito. Sairaanhoidopiirien hoito-ohjelmat. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoidopiiri. Viitattu 3.4.2007. http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=shp00581&p_haku=tyyppi.

Salmela, T. 1997. Autetaanko asiakasta – palvellaanko potilasta? Jyväskylä: Atena.

SFS–ISO 8402. 1986. Helsinki: Suomen standardisoimisliitto SFS.

Suunnitelma Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toteuttamiseksi. 2004. Projektisuunnitelma 2003–2007. Dehkon 2D-hanke(D2D). Suomen Diabetesliitto. Tampere: Kirjapaino Hermes Oy.

Tietoa diabeteksestä. 2006. Diabetesliitto. Viitattu 12.11.2006. http://diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=34.

Tuhkanen, M–L. 2006. Asiakkaan yksityisyyden turvaaminen hoitotyössä. Sairaanhoidaja 79, 3, 2022.

Tuomi, T. & Yki-Järvinen, H. 2005. Diabeteksen määritelmä, erotusdiagnoosi ja luokitus. Lääkärin käsikirja. Viitattu 30.12.2006. <http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.Koti?p-haku=2%20tyypin%20DM>.

Tyypin 2 diabetes – Opas aikuistyyppin diabeetikoille. 2002. Suomen Diabetesliitto ry. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ylikoski, T. 2000. Unohtuiko asiakas. 2. uud. p. Helsinki: KY-palvelu.

Vaahterakumpu, M. 2007. Kevyempänä jaksaa paremmin. Keski-suomalainen 17.1. 2007, 11.

Ventola, A–L. 2003. Empowerment-lähestymistapa tyypin 2 diabeetikoiden ravitsemusohjauksessa. Lisensiaatin työ. Helsingin yliopisto.

Winell, K. & Reunanen, A. 2006a. Diabetesbarometri 2005. Suomen Diabetesliitto ry. Kirjapaino Hermes.

Winell, K. & Reunanen, A. 2006b. Diabetesbarometri 2005. Teoksessa Diabetesvuosikirja 2005. Toim. Suomen Diabetesliitto ry. Tampere: Diabetesliitto 6-9.

OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS / LUPA-ANOMUS

Olen Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opiskelija.
Pyydän lupaa toteuttaa opinnäytetyöni yhteisössänne.

Opinnäytetyön aihe/nimi

Lisää laatua 2.tyypin diabeetikon hoidonohjaukseen

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tavoitteena on edistää 2.tyypin diabetesasiakkaiden saamaa ohjausta ja neuvontaa Ääneseudun terveydenhuollon kuntayhtymän diabetesneuvoloissa. Tarkoituksena on tutkia diabetesneuvoloissa käyneiden 2.tyypin diabetesasiakkaiden kokemuksia saamastaan palvelusta sekä ohjauksesta ja neuvonnasta. Tulosten pohjalta on tarkoitus löytää kehittämiskohteita, jotta diabetesneuvoloiden palveluja ja hoidonohjausta voidaan kehittää.

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisajankohta

Kevät 2007

Opinnäytetyön tekijä sitoutuu

Käsittämään saatuja tietoja luottamuksellisesti. Sitoudun myös tekemään tutkimuksen huolella sekä raporttoimaan sen tuloksista diabeteshoitajille opinnäytetyön valmistuttua.

Opinnäytetyön suunnitelma on hyväksytty

Ohjaava opettaja

Irene Hartikainen ja Irmeli Matilainen

Opinnäytetyön yhteistyötaho

- Hyväksyn opinnäytetyön tekemisen yhteisössämme ja sitoudumme
(esim. ohjaamaan opinnäytetyön tekijää, avustamaan materiaalikuluisissa)

*toteutetaan tutk. materiaaliin merkitsevien selityk-
keiden*

Opinnäytetyön tekijät velvoitetaan (esim. raporttoimaan yhteistyötaholle)

tutk. tulokset ja käyttöön.

- En hyväksy opinnäytetyön tekemistä yhteisössämme, miksi

Tarvitaanko muita lupa-anomuksia

ei

kyllä, mitä

Arnelestad
Paikka ja aika 7/12.2006

Tapio Tammela

Yhteistyötaho
Ylilääkäri
Tapio Tammela

Irene Hartikainen

Ohjaava opettaja
Irene Hartikainen
irene.hartikainen@jamk.fi

Irmeli Matilainen

Ohjaava opettaja
Irmeli Matilainen
irmeli.matilainen@jamk.fi

Paikka ja aika 7/12.2006

Tuula Wilen

Opinnäytetyön tekijä
Tuula Wilen
Yhteystiedot
040-5205697
tuula.wilen.sho@jamk.fi

ARVOISA KYSELYYN OSALLISTUJA

Olen hoitotyön opiskelija Jyväskylän ammattikorkeakoulusta ja teen opintoihini kuuluvaa opinnäytetyötä yhteistyössä Sumiaisten, Suolahden ja Äänekosken diabeteshoitajien kanssa liittyen 2 tyypin diabetespalveluiden kehittämiseen.

Tarkoituksena on kyselytutkimuksella saada diabetesasiakkaiden kokemuksia saamastaan palvelusta ja ohjauksesta. Päämääränä on palveluiden ja ohjauksen kehittäminen, joten teidän ajatuksenne ja mielipiteenne ovat tärkeitä.

Pyydän Teitä ystävällisesti vastaamaan kyselyyn, jonka diabeteshoitaja on teille antanut. Vastauksianne käsitellään täysin luottamuksellisesti.

Ystävällisin terveisin

Tuula Wilen

	Erittäin hyvä	Melko hyvä	Ei osaa sanoa	Melko huono	Erittäin huono
--	--------------------------	-----------------------	--------------------------	------------------------	---------------------------

HENKILÖKUNTA

10. Henkilökunnan perehtyneisyys ja uskottavuus	5	4	3	2	1
11. Henkilökunnan halu palvella	5	4	3	2	1
12. Henkilökunnan ystävällisyys	5	4	3	2	1
13. Henkilökunnan joustavuus	5	4	3	2	1

VOUROVAIKUTUKSEN TOIMIVUUS

14. Henkilökunnan kyky kuunnella teitä	5	4	3	2	1
15. Miellyttävän keskusteluilmapiirin rakentaminen	5	4	3	2	1
16. Henkilökunnan keskusteluajan riittävyys kanssanne	5	4	3	2	1
17. Mahdollisuus esittää mieltä askarruttavia kysymyksiä	5	4	3	2	1
18. Yksilöllisen tiedon ja neuvojen antaminen	5	4	3	2	1
19. Mahdollisuus osallistua omahoidon suunnitteluun	5	4	3	2	1

TIEDON SAANTI DIABETEKSEEN JA OMAHOITOON LIITTYVISSÄ ASIOSSA

20. Tiedon saanti ruokavalioon liittyvistä asioista	5	4	3	2	1
21. Tiedon saanti liikuntaan liittyvistä asioista	5	4	3	2	1
22. Tiedon saanti verensokerin omaseurannasta	5	4	3	2	1
23. Tiedon saanti jalkojen hoidosta	5	4	3	2	1
24. Tiedon saanti diabetekseen liittyvistä elinmuutoksista	5	4	3	2	1
25. Tiedon saanti hammashuollon palveluista	5	4	3	2	1

LÄÄKEHOIDON OHJAUS

26. Lääkehoidon ohjauksen ymmärrettävyys ja selkeys	5	4	3	2	1
27. Lääkehoidon ohjauksen riittävyys	5	4	3	2	1

