



Sairaanhoitajien diabetesosaami- nen tehostetussa palveluasumi- sessa

Jenni Heikkilä
Susanna Pekkarinen

2019 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitajien diabetesosaaminen tehostetussa palveluasumisessa

Jenni Heikkilä
Susanna Pekkarinen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2019

Jenni Heikkilä & Susanna Pekkarinen

Sairaanhoitajien diabetesosaaminen tehostetussa palveluasumisessa

Vuosi 2019 Sivumäärä 50

Opinnäytetyön tarkoituksena on tukea kehittämistyötä Helsingissä toimivan keski-suuren yrityksen tehostetussa palveluasumisessa työskentelevien sairaanhoitajien osaamista diabeteksen hoitotyön osalta. Tavoitteena oli lisätä tietoa sairaanhoitajien osaamista diabeteksestä, ikääntyneiden erityispiirteistä ja diabeteksen eri hoitoalueista. Opinnäytetyö toteutettiin Helsingissä toimivan keski-suuren yrityksen tehostetun palveluyksikön kanssa, jossa on yhdeksän yksikköä.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin triangulaatiota, eli kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen menetelmän yhdistelmää. Aineiston keruu toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella, joka sisälsi myös avoimia kysymyksiä. Kyselylomake lähetettiin sähköpostilla saatekirjeineen 21:lle sairaanhoitajalle ja heistä 12 vastasi kyselyyn. Vastausprosentti oli 57 %. Kvantitatiivinen aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin ja kvalitatiivinen aineisto analysoitiin deduktiivisella eli teorialähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tutkimustulosten perusteella sairaanhoitajien osaamistaso diabeteksestä on kiitettävällä ja erinomaisella tasolla. Lähes kaikki sairaanhoitajat kuitenkin arvioivat oman osaamisensa alhaisemmaksi, kuin mitä se kyselylomakkeen mukaan oli. Osaaminen koostui neljästä osa-alueesta jotka olivat diabetes sairautena, lääkehoito, liikunta ja toimintakyky sekä jalkahoito. Osaamistaso jaettiin arvosanoille 1–5, jotta osaamistasoa voitiin verrata sairaanhoitajien omaan arvioonsa osaamistasoonsa asteikolla 1–5. Parhaimmat pistemäärät hoitajat saivat liikunnasta ja toimintakyvystä. Toiseksi parhaiten heillä sujui jalkahoidon osa-alue. Heikoimman osa-alueen jakoi tasapuolisesti diabetes sairautena sekä lääkehoito. Tutkimuksessa tuli ilmi, että sairaanhoitajat toivoisivat lisäkoulutusta yleisesti diabeteksestä, lääkehoidon insuliiniin liittyvää, motivoimisen suhteen sekä hiilihydraattien arviointiin ja asukkaan vaihtelevan ruokahalun arviointiin.

Opinnäytetyön tutkimustulosten pohjalta jatkokehittämisehdotukseksi nousi esille, että tutkimusta voitaisiin hyödyntää toiminnallisen opinnäytetyön muodossa esimerkiksi diabeteksen hoito-oppaana, joka käsittelisi diabetesta sairastavan asukkaan kokonaisvaltaista hoitoa. Oppaan tavoitteena olisi, että hoitajat saisivat tukea osaamiseensa ja että heillä olisi helposti saatavilla oleva opas, josta löytyisi nopeasti ja vaivattomasti tietoa.

Asiasanat: läkkäät, sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen, diabetes

Jenni Heikkilä & Susanna Pekkarinen

The competence of the nurses' in diabetes at an intensified care home

Year	2019	Pages	50
------	------	-------	----

Aim of the thesis was to develop nurses' care work related to diabetes at an intensified care home in a middle-sized company in Helsinki. The aim was to add knowledge about skills generally in diabetes, elderly peoples' characteristics and different areas of diabetes care work. The thesis was carried out in intensified care homes in a middle-sized company which runs in Helsinki, there are nine care home units.

The used research method was triangulation, which means combining qualitative and quantitative methods. The material collection was carried out by a structured questionnaire, which also included open questions. The questionnaire was sent with a cover letter by email to 21 nurses and 12 of them answered. Answering percent was 57 %. The quantitative material was analysed by statistical methods and the qualitative material was analysed deductively, which means by theory based analysis.

The research results show that nurses' skills about diabetes are on excellent and great levels. Nearly all nurses estimated their skills lower than they were in the questionnaire. Skills was composed from four sections, which were diabetes as a disease, pharmacological treatment, exercise and functional ability and foot care. Skill levels were shared to grades 1-5, that it was possible to compare nurses' skill levels for their own estimation of their skill levels in 1-5. The best scores nurses got from exercise and functional ability. Second best section was foot care. Weakest sections were diabetes as a disease and pharmacological treatment. According to a study nurses wish more general about diabetes and pharmacological treatments about insulin, motivating customers, estimating carbohydrates and estimating customers changing appetite.

From the results based on thesis study came up for further development that this study could be used for example as functional thesis for diabetes's care guide book which would handle overall care work of diabetes resident. The aim of the guide would be that nurses would get support for their skills and that they would have easily reach a guide where information would be found quickly and easily.

Keywords: Eldery, nurse's professional competence, diabetes

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet ja tutkimusongelmat	7
3	Diabetes sairautena	8
3.1	Diabeteksen oireet ja diagnosointi	8
3.2	Diabeteksen erityispiirteitä iäkkäillä	9
3.3	Diabeteksen lääkehoito	9
3.4	Diabetes, ruokavalio ja liikunta	12
3.5	Diabeetikon jalkojen hoito	15
4	Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen	15
4.1	Sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys ja osaaminen	15
4.2	Näyttöön perustuva toiminta hoitotyössä	18
4.3	Osaamisen arviointi osaamiskartoituksen avulla	21
5	Opinnäytetyön toteutus	22
5.1	Opinnäytetyön tutkimusympäristö	22
5.2	Kyselylomakkeen laatiminen ja aineiston keruu	23
5.3	Tutkimusmenetelmät ja analysointi	24
6	Opinnäytetyön tulokset	26
6.1	Sairaanhoitajien osaamistaso diabeteksestä	26
6.2	Sairaanhoitajien osaamistaso verrattuna itsearvioituun osaamistasoon	27
6.3	Sairaanhoitajien oikeiden vastausten osuus prosentteina osa-alueittain	27
7	Pohdinta	29
7.1	Tulosten tarkastelu	29
7.2	Eettisyys ja luotettavuus	31
7.3	Johtopäätökset ja jatkokehittämisehdotukset	34
	Lähteet	35
	Kuviot	40
	Liitteet	41

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset tarvitsevat monialaista ammattilaisuutta toteuttaakseen työtään. Toteuttaakseen sujuvaa moniammatillista yhteistyötä on olennaista, että jokainen ammattiryhmä hallitsee vahvasti oman alansa osaamisensa, joka edellyttää jatkuvaa kehittymistä ja oman ammattitaidon ylläpitämistä. Näin kävi ilmi optimoidussa sote-ammattilaisten koulutus- ja osaamisuudistus hankkeessa (Kangasniemi ym. 2018, 45.) Näyttöön perustuvassa toiminnassa yhdistyvät tutkimusnäyttö, tieto hoitoa koskevista olosuhteista, potilaan mieltymyksistä ja toimintatavoista sekä työntekijän kokemus (Mäkipää & Hahtela 2011, 35-38).

Tehostetussa palveluasumisyksiköissä asuu noin 5–10 % 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä. Sairaanhoidajan osaaminen kansansairauksien suhteen on tärkeää ikääntyneiden palvelun laadun vuoksi, sairaanhoidajilla on suuri vastuu. Yleisimmät perussairaudet ovat muistisairaudet, sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes, lonkkamurtuman jälkitila sekä psykiatriset sairaudet tai oireyhtymät, jotka eivät liity muistisairauteen. (Finne-Soveri 2019.)

Tutkimuksen mukaan hoitokodeissa asuvista ikääntyneistä ihmisistä 33 % sairastaa sydämen vajaatoimintaa. Diabetes ja keuhkohtaumatauti olivat myös yleisiä heillä, jotka sairastivat sydämen vajaatoimintaa. (Daamen MA, Hamers JP, Gorgels AP 2015.) Tämän vuoksi on tärkeää, että hoitokotien henkilökunta osaa kiinnittää huomiota diabetespotilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon. Diabetes on yksi keskeisistä ja yleisistä kansansairauksistamme erityisesti ikääntyneillä. (Aro, Huhtanen, Ilanne -Parikka & Kokkonen 2010, 6.) Diabeteksen yleisyyden takia terveydenhuollon ammattilainen kohtaa työssään diabeetikoita (Koski 2009, 4). Terveyskirjaston (2018) tiedon mukaan vuonna 2016 Kelan tilastoja seuraten diabeteslääkkeitä osti 368 861 ihmistä, joista 187 885 henkilöä oli ikääntyneitä, vähintään 65 vuotta täyttäneitä.

Diabetesta on erilaisia ja eriasteisia sairauksia, joille yhtenäistä on veren kohonnut sokeripitoisuus. Kaksi diabeteksen päätyyppiä ovat tyypin 1 diabetes, sekä tyypin 2 diabetes. (Ilanne-Parikka, Rönnemaa, Saha & Sane 2015, 9.) Tämä opinnäytetyö käsittelee tyypin 1 ja tyypin 2 diabetesta, sillä ne ovat iäkkäillä yleisiä. Tyypin 1 diabeteksessa insuliinihoito on ehdoton, sillä insuliinia ei erity ollenkaan. Tyypin 2 diabetesta voidaan hoitaa ruokavaliolla, tablettilääkkeillä tai insuliinilla tai muulla pistettävällä lääkkeellä, sillä insuliinin erityshaimasta ei ole riittävä. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 9-10.) Tyypin 2 diabetes voi kehittyä kahden toisistaan riippumattoman mekanismin kautta. Tyypin 2 diabetes voi kehittyä joko kohonneen paastoglukoosin kautta, jonka suurin aiheuttaja on insuliinierityksen häiriintyminen tai se voi kehittyä kahden tunnin glukoositason noususta, joka johtuu huonontuneesta insuliiniherkkyydestä. Tutkimuksen mukaan tyypin 2 diabetes on myös vahvasti perinnöllinen sairaus, jonka riskiä lisäävät geenit koskevat insuliinin erityksen häiriötä. (Stancakova 2010.) Diabetekseen liittyy

lisäsairauksia, kuten sydän- ja sepelvaltimotauti, aivoverenkiertohäiriöt ja jalkojen verenkierron heikentyminen, retinopatia eli silmän verkkokalvosairaus (Mäkinen 2017).

Opinnäytetyön tarkoituksena on tukea kehittämistyötä Helsingissä toimivan keskisuuren yrityksen tehostetussa palveluasumisessa työskentelevien sairaanhoitajien osaamista diabeteksen hoitotyön osalta. Tavoitteena on kyselyn tutkimustulosten perusteella kuvata sairaanhoitajien osaamista diabeteksestä, ikääntyneiden erityispiirteistä ja diabeteksen eri hoitoalueista. Tiedon pohjalta voidaan saada yritykselle mahdollisia kehittämiskohteita sairaanhoitajien diabeteshoitotyön suhteen, joiden kautta hoidonlaatua voisi parantaa iäkkäiden diabeteksen hoitotyössä. Opinnäytetyössä selvitetään sairaanhoitajien diabetesosaamistaso, minkälainen on sairaanhoitajien diabetesosaamisen itsearviointi verrattuna objektiiviseen osaamiseen diabeteksestä ja mitä kehittämiskohteita on sairaanhoitajien diabetesosaamisessa? Tutkimus on toteutettu sähköisellä kyselylomakkeella ja tutkimusmenetelmät ovat laadullinen eli kvalitatiivinen ja määrällinen eli kvantitatiivinen.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet ja tutkimusongelmat

Opinnäytetyön tarkoituksena on tukea kehittämistyötä Helsingissä toimivan keskisuuren yrityksen tehostetun asumispalveluyksiköiden sairaanhoitajien osaamista diabeteksen hoitotyön osalta.

Opinnäytetyömme tavoitteena on kuvata sairaanhoitajien osaamista diabeteksestä, ikääntyneiden erityispiirteistä ja diabeteksen eri hoitoalueista. Tiedon pohjalta voidaan saada yritykselle mahdollisia kehittämiskohteita sairaanhoitajien diabeteshoitotyön suhteen, joiden kautta hoidonlaatua voisi parantaa iäkkäiden diabeteksen hoitotyössä.

Tutkimusongelmat:

1. Minkälainen on tehostetuissa asumispalveluissa työskentelevien sairaanhoitajien osaamistaso diabeteksestä?
2. Minkälainen on tehostetuissa asumispalveluissa työskentelevien sairaanhoitajien diabetesosaaminen itsearvioituna? Sekä suhteessa objektiiviseen osaamiseen diabeteksestä.
3. Mitä kehittämiskohteita on tehostetuissa asumispalveluissa työskentelevien sairaanhoitajien diabetesosaamisessa?

3 Diabetes sairautena

3.1 Diabeteksen oireet ja diagnosointi

Diabeteksen oireet syntyvät, kun verensokeripitoisuus on koko ajan liian korkea, jolloin on kyse hyperglykemiasta (Ilanne-Parikka ym. 2015, 11). Verensokerin ylittäessä raja-arvon, alkaa sokeria erittyä virtsaan ainoastaan veteen liuenneessa muodossa, jolloin virtsamäärät suurenevät ja elimistö alkaa kuivua (Ilanne-Parikka ym. 2015, 72). Tästä johtuu janon tunne ja painon lasku. Solujen kyky käyttää sokeria normaalisti energialähteenään heikkenee, aiheuttaen diabeteksen tyypillisen väsymys oireen. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 11.)

Painonlaskua seuraa lisäksi insuliinin puutteellisesta vaikutuksesta lihas- ja rasvakudoksen rakentumiseen (Ilanne-Parikka ym. 2015, 11). Sokeri ei pääse lihas- ja rasvasoluihin ilman insuliinia. Lihaskudoksessa insuliinin tehtävä on varastoida glukoosi. Rasvakudokseen tulleen glukoosin insuliini muuttaa varastorasvaksi eli triglyserideiksi. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 66.) Näiden toimintojen puutteista seuraa siis painonlaskua, kun sokeri ei varastoidu ilman insuliinia (Ilanne-Parikka ym. 2015, 11).

Näkökyvyn vaihtelu kuuluu myös diabetesta sairastavan oireisiin korkean verensokerin vuoksi. Silmän mykiön korkean verensokerin vuoksi mykiö turpoaa. Tästä aiheutuva likinäköisyys heikentää esimerkiksi tekstin lukua. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 11.) Iäkkäämmällä diabeetikolla ei välttämättä ole tyypillisiä oireita. Iäkäs diabeetikko voi olla oireeton tai hänellä saattaa esiintyä yleisluontoisia oireita kuten väsymys, suun kuivuminen, hidas painonlasku, virtsankarkailu, muistamattomuus ja haluttomuus. (Aro ym. 2010, 9.)

Diabeetikolle voi kehittyä ketoasidoosi eli happomyrkytys täydellisestä tai suhteellisesta insuliinin puutteesta, jolloin elimistön glukoosin hyväksikäyttö ei ole mahdollista. Diabeettista ketoasidoosia sairastavista kahdella kolmesta on tyypin 1 diabetes. Ketoasidoosin keskeiset ongelmat ovat hyperglykemian epätasapainoinen hoito, ketoaineiden muodostumisen lisääntyminen ja siihen liittyvä metabolinen asidoosi eli elimistön nesteiden liiallinen happamuus. Ketoasidoosin oireet voivat olla lieviä ja epätarkkoja kuten huono ruokahalu, voimakas jano, päänsärky tai sitten voi olla syvä tajuttomuus. Ihon kimmoisuus pienenee ja syvä asidoosi aiheuttaa voimakasta hyperventilaatiota eli hengitys on normaalia syvempää ja tiheämpää. Ketoaineiden erittymisen vuoksi hengitysilma haisee asetonilta. Ketoasidoosin hoidossa on keskeistä nesteytys korjaamaan kuivumista, insuliinihoito ketoosin estämiseksi ja elektrolyyttien epätasapainon korjaus. Hoitamattomana ketoasidoosi voi johtaa kuolemaan, hoidosta huolimatta kuolleisuutta ilmaantuu 1–5 %. (Nelimarkka & Arola 2012.)

Diabetes todetaan laskimon plasmaverinäytteenä, josta mitataan sokeripitoisuus. Diabeteksen ollessa pidemmälle kehittynyt, ja vaikka oireet (jano, lisääntynyt virtsaneritys, väsymys, laihtuminen) ovat selkeät, pitää plasmansokeri mitata todentamiseen. Diabetes diagnosoi-

daan, jos paastoglukoosi on > 7 mmol/l. Jos paastoglukoosi ei ylitä diagnosointi rajaa, tehdään glukoosirasitustesti. Glukoosirasitustestissä aikuinen potilas juo 75 grammaa sokeria yön paaston jälkeen. Rasitustestiä ennen mitataan verensokeri ja uudestaan 2 tuntia sokerirasituksen jälkeen arvo, jos mittaustulos on > 11 mmol/l voidaan diagnosoida diabetes. Jos potilaalla ei ole oireita, pitää mittaustuloksia olla kaksi paastoglukoosissa sekä glukoosirasitustestissä, jotka ylittävät raja-arvot. (Yki-Järvinen & Tuomi 2018.)

3.2 Diabeteksen erityispiirteitä iäkkäillä

Ikääntymisen myötä elimistössä tapahtuu monenlaisia muutoksia, joita on huomioitava hoidossa. Lääkeaineiden vaikutukset elimistössä muuttuvat, lääkkeet poistuvat elimistöstä hitaammin ja näin lääkeaineiden vaikutus tehostuu. Esimerkiksi iäkkäillä diabeetikoilla yleinen munuaisten vajaatoiminta voi aiheuttaa lääkeaineiden pitoisuuden kumuloitumisen. Mahdollisten haittavaikutusten välttämiseksi tulee sairaanhoitajan tällöin huolehtia lääkevalmisteen annoksen pienentämisen tarpeellisuudesta. Iäkkäillä diabeetikoilla on yleensä huonompi fyysinen toimintakyky muihin saman ikäisiin verrattuna. Ikääntyneiden elinympäristöön tulee kiinnittää erityisesti huomioita, sillä heillä saattaa olla liikkumis- ja näköongelmia, ääreishermoston ongelmia ja tasapainovaikeuksia, joiden vuoksi kaatuminen ja vahingoittuminen on todennäköisempää. (Aro ym. 2010, 9-12.) Ikääntyneen muistihäiriö tai dementia saattaa vaikuttaa myös oppimiseen. Stressi ja masennus vaikuttavat negatiivisesti omaksumiskykyyn, kuten myös jotkin lääkkeet tai huono hoitotasapaino. (Aro ym. 2010, 15-16.)

Iäkkään diabeetikon hoitoratkaisuissa vaikuttaa koko elämäntilanne; henkinen (muun muassa muistihäiriöt) ja fyysinen kunto (muun muassa maksan ja munuaisten toiminta), oppimis- ja näkökyky, toimintakyky, sairaudet ja lääkkeet, paino sekä ympäristö ja hoidon toteuttamismahdollisuudet. Mitä enemmän ikää tai toimintakyky rajoituksia diabeetikolla on, sitä yksilöllisemmin määritellään hoidon tavoitteet ja hoidon toteuttamisen suunnittelu. Hyvä elämäntila, oireettomuus ja jokapäiväinen hyvinvointi ovat ensisijaisia tavoitteita. (Aro ym. 2010, 9.)

3.3 Diabeteksen lääkehoito

Diabeteksen hoito on yksilöllistä ja kokonaisvaltaista, joka lähtee yksilöstä. Hoitohenkilökunnan tulee varmistaa, että diabetesta sairastava oppii itse kaiken omahoidon onnistumiseen tarvittavan. Hoito vaatii pitkäjänteistä sitoutumista diabeetikolta itseltään ja hänestä vastuussa olevalta hoitohenkilökunnalta. Hoitoammattilaiset antavat diabeetikolle tiedon, taidon, tarvittavat välineet ja omahoitoon tarvittavan henkisen tuen. Potilaanohjaus, oppiminen

ja potilaan sopeutuminen hoitoon ovat keskeisessä asemassa. Hyvien hoitotulosten saavuttamiseksi on todettu olevan merkityksellistä, että hoitohenkilökunta ja diabetesta sairastava yhdessä sitoutuu hoitoon hyvällä hoitoyhteistyöllä. Diabeteksen hoidon tavoitteena on pitää veren sokeripitoisuus sopivana ja jokapäiväinen hyvinvointi. Päivittäisen hyvinvoinnin suuri vaikuttaja on se, kuinka diabeetikko oppii sovittamaan yhteen verensokeriin vaikuttavia tekijöitä. Kun hoidon perusasiat ovat hallinnassa, erityistilanteistakin selvitään ja arki on sujuvaa. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 22-23.)

Tyypin 1 diabeteksessa hoidon tarkoituksena on korvata puuttuva insuliinineritys siten, että se sopii diabeetikon arkielämään (Ilanne-Parikka ym. 2015, 22-23). Insuliinivalmisteet ovat yksilöllisesti valikoituja joko pistoksina tai pumpulla rasvakudokseen. Perusinsuliinin ja ruokailun kanssa (ateriainsuliini) annettava monipistoshoido tai mahdollisesti pumppuhoido ovat tyypin 1 diabeetikon perushoitotapa. Pumppuhoidossa on käytössä pikavaikutteista insuliinia eli korjausinsuliinia, jolla on perusinsuliinivaikutus eli basaali, kun korjausinsuliinin infuusio on jatkuva. (Ilanne-Parikka 2018b.) Pumpussa voidaan käyttää myös lyhytvaikutteista insuliinia. Insuliinipumppu asetetaan kehon ulkopuolelle. Pumpusta kiinnittyy kanyyli ihon kudokseen ja kanyylin kautta sähkömoottorin avustuksella syötetään insuliinia. Pumppuun ohjelmoidaan insuliinin annon nopeus ja nappia painamalla laite syöttää ihon alle ateriainsuliinin. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 323-324.)

Ruokailun kanssa annostellaan hiilihydraattien, verensokerin ja muun ruokailun jälkeisen aktiiviteetin mukaan ateriainsuliinin annos eli bolus (Ilanne-Parikka, 2018b). Henkilö itse tietää omaan ruokailuun ja liikuntaan sopivat annokset (Ilanne-Parikka ym. 2015, 23). Ateriainsuliinia käytetään perusinsuliinin kanssa kontrolloimaan verensokerin nousua ruoan jälkeen. Lyhytvaikutteisen ateriainsuliini pistoksen jälkeen on hyvä aterioida 30 minuutin kuluessa. (Aro ym. 2010, 56.) Ateriainsuliini Novorapidin vaikutusaika on noin 3–5 tuntia, vaikutusaikaan vaikuttaa fyysinen rasitus, pistoskohdan verenkierto, lämpötila ja annoksen suuruus (Ilanne-Parikka 2018a). Ateriainsuliinina käy myös lyhytvaikutteinen Actrapid monipistoshoidossa, sillä on pidempi vaikutusaika, noin 5–8 tuntia ja sen oton kanssa pitää syödä välipala noin 2–3 tuntia kuluttua ruoasta (Ilanne-Parikka, 2018b). 2 tuntia ruokailun aloittamisen jälkeen olisi suositeltavaa, että verensokeri olisi 8–(10) mmol/l (Diabetesliitto 2019).

Pääasiallinen käyttöaihe pitkävaikutteisilla insuliineilla on riittämättömän haiman insuliinin tuoton korvaaminen ja elimistön perusinsuliinin saannin turvaaminen aterioiden välillä ja yöllä. Perusinsuliini annetaan yleensä 1–2 kertaa vuorokaudessa (Aro ym. 2010, 55; Ilanne-Parikka ym. 2015, 244.) Nykyisin insuliinin puutos korvataan useasti pitkävaikutteisilla insuliinijohdoksilla, detemirillä eli Leverimirillä tai glargiinilla eli Lantuksella (Ilanne-Parikka ym. 2015, 265, 271). Verensokeri pyritään pitämään 4–7 mmol/l tasolla ennen aamupalaa ja muita aterioita. Yöllä pitkävaikutteisia insuliineja pistetään mahdollisimman pienet annokset (Ilanne-Parikka, 2018b). Sulfonyyliureoihin kuuluva glimepiridi vaikuttaa lisäämällä insuliinin

eritystä haimasta. Lääkkeen vaikutus voi jostain syystä vahvistua ja aiheuttaa liian matalan verensokeritason. (Aro ym. 2010, 52.) Perusinsuliinin antoa ei voi tyypin 1 diabeetikoilla lopettaa insuliinintuoton puutoksen vuoksi, mutta joskus voi olla tarpeen pienentää annostusta (Ilanne-Parikka, 2018b).

Vaikka hoito on huolellista, plasman glukoosipitoisuus eli verensokeri voi silti vaihdella ruoan koostumuksen, mahalaukun tyhjenemisen vaihtelun, stressin, insuliinin imeytymisen vaihtelun, liikunnan tai kuukautiskierron vuoksi. Hetkelliset korkeat verensokerit voidaan korjata pikainsuliinilla ruokailun yhteydessä. Yksi yksikkö pikainsuliinia laskee verensokeria aikuisella yleensä 1–4 mmol/l, mutta insuliinin vaikutus on kuitenkin aina henkilökohtainen. Potilaalla on oltava oma henkilökohtainen ohje siitä, kuinka paljon yksi yksikkö hänen kohdallaan suurin piirtein laskee verensokeria. (Ilanne-Parikka, 2018b.)

lakkään diabeetikon verensokerin ollessa useasti yli 7–8 mmol/l tulisi verensokeria alentavaa lääkitystä tehostaa tai mahdollisesti aloittaa. Diabeteksen korkean verensokerin laskuun käytettävät lääkkeet toimivat eri mekanismeilla. Jotta päästään hoitotavoitteisiin, saattaa olla tarpeen yhdistää eri mekanismeilla vaikuttavia tabletteja ja insuliineja tai lääkevalmisteita. Diabetes lääkkeet on suositeltava ottaa samoihin aikoihin päivittäin, jotta lääkeaineen vaikutus olisi niin tasainen kuin mahdollista. (Aro ym. 2010, 50.)

Ihonalainen rasvakudos on insuliinin tavanomaisin pistopaikka, mutta tarvittaessa voidaan lyhyt- tai pitkävaikutteista insuliinia pistää lihakseen tai verisuoneen. Esimerkiksi ketoasidoosin eli happomyrkytyksen yhteydessä voidaan pistää lihakseen, jotta saadaan nopeampi aloitus vaikutukselle. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 244.) Pistettäessä rasvakudokseen ihopoimua nostetaan kevyesti. Neulan pituudesta riippuen, pistos tehdään 45–90 asteen kulmassa. Vatsan alueelle pistetään yleensä ateriainsuliini ja perusinsuliini yleensä reiteen tai pakaraan. Neulan vaihtoa suositellaan aina piston jälkeen. (Ilanne-Parikka, 2018b.) Insuliinin pistosalueen ihoa on seurattava säännöllisesti, jotta pistoalueella ei ole ongelmia ja insuliini imeytyisi elimistöön toivotulla tavalla (Jylhä & Salonen 2017).

Tyypin 2 diabeteksessa hoito on kokonaisvaltaisempaa. Siinä hoidetaan myös veren rasva-ainevaihdunnan häiriöt ja kohonnut verenpaine. Laihduttaminen on keskeinen asia diabeetikon hoitoa. Diabeteksen hoidon seurannassa on tärkeää säännöllinen seuranta lisäsairauksien riskitekijöiden osalta ja jo esillä olevien sairauksien tilanteesta. Tänä päivänä säännölliseen seurantaan kuuluvat verenpaine, veren rasva-arvot, jalkojen ja suun terveys, virtsan valkuaiseneritys. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 23-24.) Silmänpohjakuvaus tehdään 1–3 vuoden välein, 3 vuoden välein riittää, jos on normaali silmänpohjalöydös (Yki-Järvinen 2019). Näin pyritään välttämään lisäongelmien kehittymistä (Ilanne-Parikka ym. 2015, 23-24). Hyperglykemian hyvän lääkehoidon on tutkittu parantavan tyypin 2 diabetesta sairastavan silmä- ja munuaisiongelmiä ja joltain osin myös sydänsairauksien suhteen. Mitä aikaisemmin hoito aloitetaan, sen

tehokkaampaa se on. Britanniassa tehdyssä UKPDS-tutkimuksessa on osoitettu, että 10 vuoden tehostettu diabeteksen hyperglykemian hoito vähensi silmämuutosten kehittymistä 20 % ja munuaismuutosten kehittymistä suurin piirtein 30 %. Vuonna 2008, saman tutkimuksen jälki-seurannassa kävi ilmi, että tehostetun hoidon ryhmäläisten sydäninfarktirisiko oli pienentynyt 15 % ja kokonaiskuolleisuus oli laskenut 13 %. Tuloksista voidaan päätellä, että varsinkin ensimmäisten vuosien hyvä glukoosi tasapaino on oleellista komplikaatioiden syntymisten estämisen kannalta. (Rönnemaa 2013.)

Insuliinihoidoisella diabeetikolla verensokeri voi laskea liian alas, jolloin on kyse hypoglykemiasta. Verensokeri on liian alhainen, jos se on laskenut alle neljä millimoolia litrassa (mmol/l). (Aro ym. 2010, 67.) Keskeiset matalan verensokeritason oireet ovat nälän tunne, vapina, hikoilu, päänsärky, ärtyneisyys, sekavuus, heikotus ja tajunnantason lasku (Ilanne-Parikka ym. 2015, 311). Matala verensokeritaso voi aiheuttaa rintakipuja, sydämen rytmihäiriötä, sydänkohtauksen tai aivoverenkierron häiriön. lääkällä tasapainoaisesti heikentyä, siksi kaatuminen ja vammautuminen on mahdollista. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2016, 233.)

Turvallisuuden vuoksi on kiinnitettävä huomiota liiallisen verensokeritason laskuun ikääntyneiden diabeteshoidossa. Taipumus verensokerin liialliseen laskuun lisääntyy ikääntymisen vuoksi, koska glukagonihormonin erittyminen vähenee, jonka olisi tarkoitus nostaa verensokeria, matalan verensokerin oireet heikkenevät ja hypoglykemian aikana suorituskyky heikkenee. Tärkeä ensiapu matalaan verensokeriin on hiilihydraattipitoinen juoma tai ruoka, joka imeytyy nopeasti esimerkiksi kahdeksan sokeripalaa tai yksi keskikokoinen banaani. (Aro ym. 2010, 67.) Tilannetta seurataan mittaamalla verensokeri uudestaan 15 minuutin päästä, jos verensokeri ei ole noussut tarvitaan uusi annos hiilihydraattia. Näin toimitaan, kunnes verensokeri on noussut haluttuun tasoon. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 314.)

lääkään diabeetikon ensisijainen hoidontavoite on korkean verensokerin oireiden ja ongelmien ehkäisy ja nopeiden verensokeritasapainojen heilahtelut eritoten liian korkean ja liian matalan. Lisäsairauksien ennaltaehkäisy, aikainen toteaminen ja laadukas hoito ovat tärkeitä, se miten vahvasti niihin puututaan, riippuu eliniän ennusteesta ja kuinka paljon on muita lisäsairauksia. lääkkään diabeetikon hoidossa laihduttamiseen on suhtauduttava tarkkaan harkiten, sillä laihduttamisen aiheuttamat haitat voivat olla suurempia kuin hyödyt. Monesti painonnousun katkaiseminen on hyvä tavoite. (Aro ym. 2010, 13.)

3.4 Diabetes, ruokavalio ja liikunta

Tyypin 1 ja tyypin 2 diabetesta sairastavien ruokavalio suositukset ovat samat kuin terveellekin väestölle. Säännölliset ruokailuajat ovat suositeltavia tyypin 1 ja tyypin 2 diabeetikoille.

Ateria- ja välipala-aikoja suositellaan säännöllisiksi niin, että ruokailukertoja olisi 4–5 päivässä sovitettuna sujuvaksi oman elämänrytmin mukaan. Tasaisilla ruokailuajoilla pystyy hallitsemaan näläntunnetta paremmin, joka on hyödyllinen painonhallinnassa ja aterian jälkeinen verensokerin nousukin pienenee, jos hiilihydraattien määrä on pienempi kunkin aterian yhteydessä. Insuliinilääkitystä on helpompi ennakoida säännöllistä ruokailurytmiä noudattaessa. Jos aterioiden väli pitkittyy liikaa ja annoskoot ovat hyvin erilaisia voi helposti olla riskinä matala verensokeri. (Aro 2009, 52.)

Painonhallintaa tukee terveellinen ruokavalio, joka sisältää runsaasti kasviksia, hedelmiä ja marjoja sekä täysjyväviljaa. Rasvanmäärään tulisi kiinnittää huomiota painonhallinnan vuoksi, erityisesti kovan rasvan määrän vähentämiseen. Pehmeän rasvan päivittäiseen saantiin on kiinnitettävä huomiota. (Aro 2009, 46-47.) Pehmeän rasvan eli tyydyttymättömien rasvahappojen käyttö alentaa veren haitallista LDL-kolesterolia ja täten myös vähentää sydän- ja verisuonitautien riskiä, joka on tyyppin 1 ja 2 diabetesta sairastavilla normaalia väestöä suurempi (Aro 2009, 56). Kovan rasvan eli tyydyttyneiden rasvahappojen käytön vähentäminen alentaa hyvän HDL-kolesterolin tasoa, jotta hyvä HDL-kolesteroli saataisiin säilytettyä, tulisi kova rasva korvata pehmeällä rasvalla. Pehmeän rasvan hyviä vaikutuksia on myös insuliiniherkkyyden parantuminen. Pehmeitä rasvoja on kertatyydyttyneitä ja monityydyttyneitä, näiden rasvahappojen vaikutukset veren rasva-arvoihin ja verenglukoosiin ovat melko samanlaiset. Ravintolisänä käytettäviä n-3-monityydyttämättömät rasvahapot eivät ole diabeetikoille suositeltavia niiden LDL-kolesterolia nostattavan vaikutuksen vuoksi silloin, kun ravintolisä on peräisin kalasta. Muutoin kyseisen ravintolisän on todettu olevan suotuisa koko väestön sydämen ja verisuonten kuntoon, se vähentää verihutaleiden toisiinsa takertumista, veren hyytymistai-pumista ja triglyseridien pitoisuutta veressä. Riippumatta kuitenkin rasvan laadusta se vähentää insuliiniherkkyyttä, joten rasvan ei suositella ylittävän 35 % ravinnon kokonaisuudesta. Ylipainoiselle suositellaan rasvan osuudeksi 30 % kokonaisenergiamäärästä. (Aro 2009, 18.)

Tyyppin 1 diabeteksen hoidossa on oleellista, että puuttuva insuliini saadaan korvattua. Nykyaikajan insuliini lääkehoitomuodot suovat mahdollisuuden, että diabeetikon ei välttämättä tarvitse tehdä muutoksia aterioinnin suhteen. Insuliinilääkehoitoa varten mitataan suurin piirtein diabeetikon ruokien hiilihydraattien määrät, työnteon aiheuttama energiakulutus ja liikunnan määrä. Tyyppin 1 diabetes hoidossa on ollut edukasta arvioida hiilihydraattien määrät, sillä niiden määrän kautta voi suunnitella insuliinin määrän aterian yhteydessä. Olisi hyvä muistaa yleistetty sääntö, että 10 grammaa hiilihydraatteja nostattaa verensokeria 2 mmol/l, ja että 1–2 yksikköä insuliinia laskee 2 mmol/l verensokeria. Jokaisen diabeetikon insuliinin ja hiilihydraatin suhde on joka tapauksessa henkilökohtainen ja se tulisi mitata verensokerimittauksilla. (Aro 2009, 56-58.)

lääkkään diabeetikon ruokavalio suositus on myös monipuolinen niin kuin nuoremmillekin. Proteiinin saannin on suositeltavaa olla ylärajan tuntumassa. läkkäämmän energiatarpeen saanti

on suurin piirtein 20 % pienempi kuin samankokoisen nuoremman aikuisen. Ravintoaineet saattavat iäkkäillä diabeetikoilla imeytyä huonommin ja sairaudet saattavat lisätä ravintoaineiden tarpeen saantia, siksi proteiinin ja muiden suojaravintoaineiden (D-vitamiini, kalsium, foolihappo, B12-vitamiini) saannista tulisi erityisesti huolehtia. (Aro 2009, 66-68.)

Tyypin 1 diabeetikko, joka käyttää insuliinia saa suurimman hyödyn liikunnasta, kun se on tarpeeksi säännöllistä eli ainakin kaksi kertaa viikossa. Diabeetikko voi harrastaa kaikenlaista liikuntaa, mutta sopivinta ovat kevyt hölkkä, reipas kävely tai pallopelit eli kohtuullisen tehokas liikunta. Liikunta nopeuttaa annetun insuliinin imeytymistä ja lihaksen tekemä työ tehostaa glukoosin kulutusta, nämä molemmat pitää huomioida, jotta verensokeri ei laskisi liian alhaiseksi. Vaihtoehtoisesti voidaan vähentää insuliinin määrää tai syödään enemmän hiilihydraatteja. Muutoksen määrät riippuvat rasituksesta, mutta mitä suurempi rasitus on, sitä enemmän tarvitaan korjauksia. Verensokeri tulisi mitata ennen liikuntaa ja jos tiedetään liikumisen kestävän yli tunnin tulisi pitkävaikutteisista insuliinin määrää vähentää ja hiilihydraattia nauttia noin tunnin välein rasituksen aikana. Paras hiilihydraatti on nopeasti imeytyvässä muodossa, kuten urheilujuoma, hedelmä tai sokeripitoinen mehu. (Mustajoki 2018b.)

Tyypin 2 diabetesta pystytään ehkäisemään tehokkaasti joka päiväisellä 30 minuuttia kestäväällä kohtuullisesti rasittavalla liikunnalla, se myös hoitaa hyvin diabetesta ja vähentää sen puhkeamista noin 60 % korkean riskin ihmisillä. Tehokkain liikuntamuoto tyypin 2 diabeteksen hoitoon on yhdistettynä kestävyys ja voimaharjoittelu. Vuonna 2010 tehdyn liikuntatutkimuksen mukaan se vaikutti suotuisasti sokeritasapainoon, kehonkoostumukseen ja hapenottokykyyn. Lihaskudos on tärkeä, sillä siellä tapahtuu sokerin varastointi ja lihaskudos myös polttaa sokeria. Näillä liikkumismuodoilla myös systolinen verenpaine laskee, veren huono LDL-kolesterolitaso laskee, mieliala nousee ja hyvinvointi paranee. Liikunnan vaikutukset ovat kuitenkin henkilökohtaisia, noin 15–20 % tyypin 2 diabeetikoista ei hyödy liikkumisesta ja kaikista väestöstä 8–13 % voi tulla huonoja vaikutuksia sydän- ja verisuonielimistön sairauksien suhteen ja diabeteksen riskitekijöihin. Syyt voivat olla geneettisiä, mutta varmoja syistä ei olla. (Eriksson, 2018.) Ikääntyneellä diabeetikolla liikunta pitää yhdistää sydämen ja tuki- ja liikuntaeläimistön kunnon mukaan, joka yleisesti on rauhallista, päivittäistä kestävyysliikuntaa. Rasitustaso ja rasitusmuoto tulee huomioida kunnon mukaan. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 435.)

län mukana perusaineenvaihdunta hidastuu ja lihaskudoskin alkaa vähetä. Lihaskudoksen vähenemistä ja aineenvaihduntaa voidaan kehittää kuntoa lisäävällä ja ylläpitävällä liikunnalla. Tämän mukana elimistö insuliinin käyttökyky eli insuliiniherkkyys kasvaa, josta seuraa verensokerin lasku. Etenkin tyypin 2 diabeteksen hoidossa liikkumisella on suuri merkitys. (Aro ym. 2010, 21.)

3.5 Diabeetikon jalkojen hoito

Diabeetikolle voi ilmestyä hankalia jalkaongelmia, yleisimpänä pitkäaikaiset haavaumat. Niiden ilmaantumiswaara todennäköisyys kasvaa, kun tulee diabeteksen lisäsairauksia, varsinkin neuropatiaa jossa on ääreishermostojen häiriöitä. Neuropatian seurauksena ei esimerkiksi ihon rikkoutumista huomata eikä tällöin tunneta kipua ja hoidon aloitus siirtyy. Laukaiseva tekijä voi olla terävä kivi, sopimaton kenkä tai vaurio voi tulla kynsiä leikattaessa. Vamma-alueelle kehittyy seuraavaksi bakteeritulehdus, jota keho ei kykene estämään verenkierron heikentymisen takia. Täten tulehdus pääsee kehittymään pidemmälle ja muodostumaan vaikeasti hoidettavaksi krooniseksi haavaksi. (Mustajoki 2018a.)

Diabeetikolla voi olla riskijalka, joka tulee tutkia säännöllisesti. Riskijalaksi luokitellaan jalka, jossa on tuntopuutoksia, verenkiertohäiriöitä tai kuormitusmuutoksia ja myös aikaisempi jalkahaavauma muodostaa riskijalan tuntomerkin. Jalkojen jokapäiväiseen hoitoon kuuluu varpaiden välien pyyhkiminen kostella pyyhkeellä, kylvettämistä ei suositella. Varpaiden välit tulee kuivata huolellisesti. Varvasväleihin tulisi laittaa talkkia tai villahaituvia. Jalat olisi hyvä rasvata perusvoiteella. Kenkien ja sukkien istuvuus pitää varmistaa, että ne eivät puristaisi jalkoja liikaa. Jos kovettumia ilmestyy, niiden syy tulisi selvittää ja niiden hoito kuuluu jalkaterapeutille tai jalkahoitajalle. (Aro ym. 2010, 42, 45.) Hyvällä hoidolla pystytään estämään haavaumien syntymistä, jolloin myös välttyään vaikeilta haavaumilta ja äärihoidoilta, kuten amputaatiolta. (Mustajoki 2018a.)

4 Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen

4.1 Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys ja osaaminen

Sairaanhoidajan velvollisuutena on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ja tapaturmien ennaltaehkäiseminen ja kärsimyksen lievittäminen (Mäkipää & Korhonen 2011, 20). Sairaanhoidajien toimintaa ohjaavat lainsäädäntö, ihmisoikeudet, hoitotyön arvot, eettiset periaatteet ja ohjeet (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 38). Sairaanhoidajat ovat hoitotyön asiantuntijoita ja he toteuttavat potilaan hoidossa lääketieteellistä hoitoa lääkärin ohjeiden mukaisesti (Kilpeläinen 2010, 4). Tutkimuskirjallisuuden mukaan asiantuntijuus perustuu teoreettiseen-, kokemus- ja metakognitiiviseen tietoon, jonka pohjana ovat ammattien perinteet ja jaettu tietämys (Mäkipää & Korhonen 2011, 18).

Ammattipätevyysdirektiivin mukaan sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen muodostuu yhdeksästä osaamisalueesta, jotka ovat asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjäyys, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö, kliininen hoitotyö,

näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen ja sosiaali- ja terveystalouden laatu ja turvallisuus. (Eriksson ym. 2015, 7-8.)

Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan tutkimuksen mukaan terveysalan ammattilaiset kokevat tarvitsevänsä lisää osaamista työskennellessään ikääntyvien ja heidän omaistensa kanssa. Osaamisen kehittämistä tarvitaan muun muassa asiakkaan huomioimiseen kokonaisvaltaisesti ja palveluntarpeen arviointiin. (Kangasniemi ym. 2018, 45.) Kiljusen väitöstutkimuksen mukaan hoitokodeissa työskentely vaatii laaja-alaista osaamista. Tutkimuksen mukaan hoitotyön ammattilaisten itsearvioitun osaamisen tasossa on vaihtelevuutta alueittain. Tutkimuksessa paneuduttiin ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen työskentelevien hoitotyön ammattilaisten osaamiseen eri puolelta Suomea. Ikääntyneiden hoidossa vaativien osaamisen osa-alueiksi havaittiin eettinen, vuorovaikutus-, yhteistyö-, kliininen, ohjaus-, johtamis- ja kehittämisosaaminen sekä iäkkäiden hyvinvoinnin edistämisen osaaminen. Usea tutkimukseen osallistuneista työntekijöistä arvioi osaamisensa hyväksi tai riittäväksi, mutta korostivat että osaamista on ylläpidettävä ja kehitettävä koko ajan. Tutkimuksessa selvisi, että osallistujat halusivat enemmän tietoa muun muassa muistisairauksista ja mielenterveyden häiriöistä. Tutkimuksessa nousi esiin, että hoitotyön ammattilaisten itsearvioinnin perusteella taito tukea asukkaiden hyvinvointia kokonaisvaltaisesti ja tukea heidän omia vaatimista kehittämistä. Sairaanhoidajien työkokemuksen määrällä oli merkitystä, kuinka hyvin he osasivat arvioida omaa osaamistaan. (Kiljunen 2019.)

Jokaisen sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevällä velvollisuutena on pysyä ajan tasalla oman ammattialansa kehityksestä ja olla tietoinen alansa tutkimuksia ja hoitosuosituksia (L559/1994; Korhonen, Jylhä & Holopainen 2012, 40-41). Sairaanhoidajan on osattava hakea ja arvioida kriittisesti tietoa ja käyttämään sitä toimintansa perusteena (Eriksson ym. 2015, 15). Velvollisuutena on vastata omasta ammatillisesta kehittymisestä ja sen ylläpitämisestä, sillä ilman hyvää ammattitaitoa ei ole hyvää hoitoa. Sairaanhoidajan on perehdyttävä ammatillista toimintaa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin, ennen kaikkea on otettava huomioon, mitä potilaan oikeuksista säädetään. (Puttonen 2017.)

Tänä päivänä sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstöllä on suuri vastuu oman ammatillisen osaamisen hankkimisesta ja sen ylläpitämisestä. Laadukas palvelu, potilasturvallisuus sekä yhä tärkeämmäksi tuleva tuloksellinen toiminta edellyttävät ammattitaitoista henkilökuntaa. (Laitinen-Pesola 2011, 152.) Potilasturvallisuuden ja terveydenhuollon ammattilaisten oikeusturvan kannalta, työnantajalla on velvollisuus mahdollistaa hoitohenkilökunnalle täydennyskoulutusta (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994).

Ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen edellyttävät, että sairaanhoitaja tuntee alansa suositukset, on lukutaitoinen ja osaa seurata alansa kehittymistä sekä tutkimuksia. Esimerkiksi oman alan ammattilehtien seuraaminen ja koulutuksiin osallistuminen on hyvä keino päivittää omaa tietoperustaa. Suomessa näyttöön perustuvan hoidon tiedonlähteitä ovat muun muassa Terveysportti, Käypä hoito -suositukset, JBI-tietokannat sekä hoitotyön tutkimussäätiö Hotus. (Korhonen, Hahtela, Siltanen & Holopainen 2018, 10.) Lisäksi yleisiä käytettyjä tiedonlähteitä ovat muun muassa Cochrane -kirjasto, CINAHL, Medic, Medline, Nelli ja Terveysportti (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 29).

Tutkimuksia seuraamalla ja lukemalla työntekijä edistää omaa tietoperustansa ja ymmärrystä esimerkiksi siitä, mitkä tekijät vaikuttavat potilaan hoidon lopputulokseen. Ajan tasalla oleva tietoperusta edistää työntekijän ajattelua ja kehittymistä alansa asiantuntijana, ja lisäksi se vaikuttaa myönteisesti hänen käytännön toimintaan. Äärimmäisen tärkeää on vanheneiden ja virheellisten toimintatapojen ja käytäntöjen tunnistaminen, sillä ne saattavat vaarantaa tai hidastaa potilaan toipumista, vahingoittaa potilaan elämänlaatua tai lisätä hoidon kustannuksia. (Korhonen ym. 2015, 47.) Tutkimuksien avulla voidaan huomata kehittämisen tarve hoitotyössä (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 65-66). Tutkimuksien ja hoitosuosituksien tunnistaminen ja tiedon lisääntyminen ei välttämättä johda käytännön muutoksiin, tiedon lisääntymisen lisäksi tarvitaan niiden aktiivista käyttöönottoa. (Ahtiluoto, Kaila, Komulainen, Mäkelä & Sipilä 2017).

Sairaanhoitajan hyvä ammattitaito on muun muassa oman asiantuntijuusalueen substanssi-osaaminen, eettiset taidot sekä hyvät vuorovaikutustaidot. Hyvä ammattitaito ja ilmapiiri tukevat työyhteisön toimintaa ja henkilökunnan hyvinvointia ja potilaat saavat asiallista ja inhimillistä kohtelua. (Korhonen, A. ym. 2018, 27-28.) Ammattitaitoa voidaan tarkastella esimerkiksi sillä, millä perusteella sairaanhoitaja tekee hoitoon liittyviä päätöksiä. Päätökset voivat perustua esimerkiksi kokemuksiin, mielipiteisiin, vanhennettuun tietoon tai näyttöön perustuvaan tutkittuun tietoon. (Sara, Mattila & Rekola 2011, 43, 51.) Potilaan on pystyttävä luottamaan siihen, että hoitajilla on ajantasainen tieto sekä osaaminen (Korhonen, A. ym. 2018, 28).

Sairaanhoitajalta odotetaan vahvaa eettistä ja ammatillista päätöksentekotaitoa asiakkaiden, potilaiden ja heidän läheistensä kohtaamisessa, hoitotilanteissa ja moniammatillisessa yhteistyössä (Korhonen, T. ym. 2018, 8). Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE on laatinut terveydenhuollon yhteiset eettiset periaatteet, jotka ovat oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto. (ETENE 2011). Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon eri ammattiryhmillä on omat eettiset ohjeet, jotka tukevat kyseisen ammattiryhmän eettistä päätöksentekoa (Korhonen, A. ym. 2018, 24).

Suomen sairaanhoitajaliitto julkaisi ensimmäiset omat kansalliset eettiset ohjeet, jonka Sairaanhoitajaliiton valtuuston kokous hyväksyi 28.9.1996 (Puttonen 2017). Eettiset ohjeet määrittävät sairaanhoitajan työtä ja toimintaa yhteiskunnassa. Ohjeet tarkastelevat sairaanhoitajan tehtäviä ja tavoitteita, vuorovaikutustaitoja potilaan sekä kollegojen kohtaamisessa, ammattitaitoa ja toimintaa yhteiskunnallisena vaikuttajana. (Ruuskanen 2011, 90.)

Moniammatillisen tiimin asiantuntemus ja yhteistyö varmistaa palvelukokonaisuuden asiakaslähtöisyyden. Yhteistyö edellyttää, että työntekijöillä on vahvaa osaamista omasta alastaan, ja että työntekijät tunnistavat toisten ammattiryhmien lähtökohtia työn tekemisessä sekä osaavat sovittaa niitä yhteen. (Sarajärvi ym. 2011, 52-53; Koivuniemi, Holmberg-Marttila, Hirso & Mattelmäki 2014, 183.) Tiimityöskentelyssä korostuvat lääketieteen, hoitotyön, kuntoutuksen sekä sosiaalityön ja muun sosiaalialan osaaminen (Rautiainen ym. 2016, 10). Esimerkiksi iäkkäiden toimintakykyä ja palvelutarvetta on osattava arvioida monipuolisesti, tämä edellyttää hyvää osaamista gerontologiasta, muistisairauksista, kuntoutumisesta, mielenterveys- ja päihdetyöstä, apuvälineistä, kodinmuutostöistä, eri asumismuodoista ja ympärivuorokautisesta hoivasta sekä omais- ja perhehoidosta. Moniammatillisen tiimin asiantuntijana sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu arvioida palvelun ja hoidon tarve, hoidon toteuttaminen ja järjestäminen, hoidon toteutuksen seuraaminen sekä omahoidon tukeminen. Tulevaisuuden muutokset luovat sairaanhoitajan työkuvaan uusia osaamisvaatimuksia. (Valvira 2017.)

Dialoginen, moniammatillinen työ tarkoittaa asiantuntijuuden jakamista ja kumppanuutta potilaan ja sairaanhoitajan välillä. Potilas on aktiivinen oman terveyden vaikuttaja eikä passiivisessa roolissa (HUS 2019.) Potilaan antama tieto on yhtä tärkeää kuin sairaanhoitajan tieto hoitoa suunniteltaessa ja toteuttaessa, sillä potilas on oman kehonsa ja elämänsä asiantuntija, ja sairaanhoitaja on alansa asiantuntija (Mäkipää & Hahtela 2011, 41; Oksanen 2014, 57). Sairaanhoitaja tukee potilasta hoidossa liittyvien asioiden ratkaisemisessa. Potilaan suunnitelmassa ja tehdessä päätöksiä hoitoonsa liittyen edellytetään, että potilaalla on riittävästi tietoa päätöksensä tueksi. (Korhonen, A. ym. 2018, 16.) Hänellä on myös oikeus saada tietoa sairaudestaan ja hoidostaan, ja perustelut hoitoon liittyvistä hoitovaihtoehdoista (Korhonen, A. ym. 2018, 28). Asiakaskeskeisyys muuttaa sairaanhoitajan työtä entistä moniammatillisemmaksi. Moniammatillisuus edellyttää hyviä yhteistyö- ja vuorovaikutustaitoja sekä potilasturvallisuuden osaamista. (Korhonen, A. ym. 2018, 27-28; Koivuniemi ym. 2014, 177.)

4.2 Näyttöön perustuva toiminta hoitotyössä

Terveydenhuoltolaissa (1326/2010,8 §) edellytetään, että terveydenhuollon toiminta on näyttöön perustuvaa. Potilaan oikeus on saada asianmukaista ja ajan tasalla olevaa, näyttöön perustuvaa tietoa sairaudestaan, hoidostaan ja niihin vaikuttavista tekijöistä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Laissa määritellään myös, että terveydenhuollon toiminnan

on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua (Terveydenhuoltolaki 169/2007). Näyttöön perustuva toiminta määritellään parhaan, ajantasaisen tiedon arvioinniksi ja käytöksi yksittäisen potilaan, potilasryhmän tai väestön terveyttä koskevassa päätöksenteossa ja hoitotyössä. Tavoitteena on vastata hoidon tarpeeseen käyttämällä tehokkaiksi havaittuja menetelmiä ja hoitokäytäntöjä. Paras ajantasainen tieto tarkoittaa luotettavaa tutkimustietoa, ja sen puuttuessa voidaan hyödyntää asiantuntijoiden yhteysymmärryksessä perustuvaa näyttöä. (Korhonen, A. ym. 2018, 12, 28.) Näyttöön perustuvassa päätöksenteossa hyödynnetään potilaalta saatua tietoa, toimintaympäristöön ja resursseihin kuuluvaa tietoa sekä tutkittua tietoa. Päätöksenteossa sairaanhoitajan on kyettävä yhdistämään kaikista tiedonlähteistä saatu tieto ja räätälöimään se parhaaksi mahdolliseksi hoidoksi. (Mäkipää & Hah-tela 2011, 35-38.)

Parhaillaan sairaanhoitajien toiminta on näyttöön perustuvaa, ja siten yhdenmukaista eri työntekijöiden ja toimintayksiköiden välillä (Levin, Fineout-Overholt, Melnyk, Barnes & Vetter 2011). Sairaanhoitajan toiminta ja päätöksenteko voi perustua myös hyvin erilaisiin tietoihin esimerkiksi henkilökohtaisiin kokemuksiin ja arvoihin, työyksikössä vallitseviin rutiineihin tai vanhentuneeseen tietoon, mikä voi johtaa siihen, että käytännöt eri työntekijöiden tai työyksiköiden kesken vaihtelevat paljon, eivätkä vastaa niitä käytäntöjä, jotka tutkimuksien mukaan olisi parhaita. (Korhonen, A. ym. 2018, 47; Lehtomäki 2009, 27.) Potilaalle käytäntöjen erilaisuus näyttäytyy epäyhtenäisinä toimintatapoina, hoidon laadun vaihtelevuutena ja pahimmissa tapauksessa hoitovirheinä, jotka vaikuttavat potilasturvallisuuteen ja hoidon eettisyyteen. Yhdenmukaiset näyttöön perustuvat käytännöt varmistavat potilaan käsityksiä laadukkaasta hoidosta. (Korhonen, T. ym. 2018, 10.) Hoitotyöntekijöiden yhdenmukaiset toimintatavat parantavat hoidon laatua ja vaikuttavuutta sekä potilaiden hoidon tasa-arvoisuutta (Korhonen, T. ym. 2018, 38).

Useiden tutkimusten mukaan näyttöön perustuvan toiminnan toteuttaminen jokapäiväisessä hoitotyössä johtaa parempiin tuloksiin. Näyttöön perustuvalla toiminnalla on myös myönteisiä vaikutuksia hoidon laatuun ja kustannuksiin. (Saunders 2016.) Parhaan mahdollisen tutkimusnäytön lisäksi, on muistettava, että hoidon lopputulokseen vaikuttavat potilaan kokemus hoidon merkityksellisyydestä ja hänen sitoutumisensa hoitoon (Straus & Haynes 2009).

Näyttöön perustuvassa toiminnassa sairaanhoitajan on tunnistettava sellaiset tilanteet, jossa hoitosuosituksia on noudatettava sekä tilanteet, jossa niistä voidaan poiketa vaarantamatta potilasturvallisuutta. Esimerkiksi aseptiikka on hoitotyössä ehdotonta potilasturvallisuuden näkökulmasta, poikkeuksena on vain potilaan henkeä uhkaava tilanne, jossa peruselintoimintojen turvaaminen menee edelle. (Korhonen, A. ym. 2018, 29.)

Itä-Suomen yliopistossa tehdyn tutkimuksen (2016) mukaan, sairaanhoitajilla on heikkoa tietoa näyttöön perustuvasta toiminnasta. Tutkimuksessa kävi ilmi, että sairaanhoitajat tuntevat

näyttöön perustuvan toiminnan käsitteen, ja kokonaisuudessa kunnioittavat sekä uskovat sen käytön hyödyllisyyden. Haasteena on, että sairaanhoitajat eivät ymmärrä, miksi ja miten sitä tulisi käyttää päivittäisessä hoitotyössä, jonka vuoksi suurin osa ei käytä sitä päivittäisessä toiminnassa. (Saunders 2016.)

Hoitoalan ammattilaiset suhtautuvat yleisesti myönteisesti näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseen, mutta se ei tähän asti ole toteutunut toivotulla tavalla (Korhonen, A. ym. 2018, 10), sillä heiltä puuttuu riittävä näyttöön perustuvan toiminnan koulutus sekä valmiudet soveltaa sitä käytännön työtehtäviin. Toteuttamista ovat lisäksi hankaloittaneet muun muassa kiire, puutteelliset tiedonhaku taidot ja työntekijöiden epävarmuus omasta osaamisestaan. Näyttöön perustuvan toiminnan vahvistaminen olisi erityisen tärkeää laadukkaan hoitotulosten saavuttamiseksi. (Saunders 2016.) Hoitotyössä työskenteleville on tärkeää, että saatavissa oleva tutkimusnäyttö on mahdollisimman vaivattomassa muodossa. Huonolaatuisten tutkimustiedon käyttö päätöksenteossa voi aiheuttaa virheellisiä ratkaisuja, kun hyvälaatuisten tutkimuksien käyttö antaa päätöksille vahvan perustan. (Grimshaw ym. 2012.)

Hoitotyön tutkimussäätiö ja sairaanhoitajaliitto on laatinut tuoreen (2018) kansallisen kyselyn sairaanhoitajille, hoitotyön johtajille ja asiantuntijoille näyttöön perustuvan toiminnan toteutumisesta. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, kuinka näyttöön perustuva toiminta näyttäytyy käytännössä sekä minkälaista tukea organisaatiot ovat antaneet näyttöön perustuvan toiminnan tukemiseksi. Tutkimuksessa tuli ilmi, että näyttöön perustuvan tiedon hankintaan, leviättämiseen, käyttöönottoon ja arviointiin laaditut tavoitteet ovat paikoitellen toteutuneet heikosti. Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että kyselyyn vastanneet kaipaivat lisää näyttöön perustuvan toimintaa tukevien koulutusten järjestämistä. (Korhonen, A. ym. 2018, 5-7). Näyttöön perustuvassa toiminnassa tukirakenteet ovat organisaatiokulttuuri, erityisesti tietokulttuuri, johtaminen, tiedonhallinta sekä asiantuntijuuden hyödyntäminen sekä osaamisen kehittäminen. Sairaanhoitajien ammatillista osaamista voidaan kehittää näytön käyttöönottoa tukevilla malleilla, mentorointi- ja ohjausjärjestelmillä, koulutuksilla ja tutkimuskluubeilla. Ne ovat myös keinoja, joiden avulla hoitotyöntekijä voi kehittää osaamistaan perustehtävänsä toteuttamiseksi (Korhonen, A. ym. 2018, 56.)

Sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa usein hyväksi (Flinkman ym. 2017). Potilasturvallisuuden kannalta ei riitä, että ainoastaan hoitaja itse arvioi osaamistaan. Osaamisen tasoa voidaan seurata osaamiskartoituksilla ja kehityskeskustelujen avulla. Osaamiskartoituksia ja kehittämiskeskusteluja on tehtävä säännöllisesti, jonka pohjalta voidaan tehdä tarpeellisia kehittämistoimenpiteitä. Osaamista voidaan ylläpitää ja kehittää muun muassa täydennyskoulutuksilla ja työnkierroilla. (Yhtymähallitus 2013, 20.) Opiskelijan tai vasta valmistuneen sairaanhoitajan käsitys omasta osaamisesta saattaa olla riittämätön (Helminen 2017).

4.3 Osaamisen arviointi osaamiskartoituksen avulla

Näyttöön perustuvan toiminnan edistäminen ja hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen ovat terveydenhuollon kehittämiskohteena kansainvälisesti. Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen tarpeeseen ovat vaikuttaneet väestön ikääntyminen, kansainvälistyminen, muutokset lainsäädännössä, tiedon uusiutuminen, teknologian kehittyminen, hoitoaikojen lyhentyminen ja terveydenhuollon kustannuksien nousu. (Kehus & Törmänen 2014, 36; Kotila ym. 2016, 18.)

Ammatillinen osaaminen eli ammattitaito muodostuu tiedoista, taidoista ja persoonallisuudesta. Työssä osaaminen tarkoittaa työn edellyttämien tietojen ja taitojen hallitsemista ja kykyä soveltaa niitä käytännön työhön. Osaaminen ja osaamisvaatimukset muuttuvat koko ajan, jonka vuoksi niitä on kehitettävä jatkuvasti. Vuosia sitten hankittu koulutus vaatii päivittystä, jotta ammattitaito säilyisi hyvänä. (Virtainlahti 2009, 23, 26.) Osaaminen on aktiivista ja dynaamista tietämistä, siinä yhdistyvät tiedon sisältö ja sen hyödyntäminen, ajattelun taidot, kyky organisoida sekä työskennellä tiimissä, oppimistaidot, stressinsietokyky sekä kyky itsearviointiin ja itsensä kehittämiseen (Hätönen 2011, 9).

Osaamisen kehittäminen edellyttää monipuolisten menetelmien käyttöä sekä vuorovaikutteellisuutta. Osaamista kehittäessä on tärkeää kartoittaa lähtötilanne, jossa selvitetään mitä osaamista eri tehtävien hoitamisessa vaaditaan. Kehittämissuunnitelmaa laatiessa on tiedettävä mikä nykyinen osaaminen on, mitä tavoitellaan sekä mitä halutaan kehittää. (Tuomi & Sumkin 2012, 30-31.) Osaamiskartoitus on tutkimusprosessi, jonka tavoitteena on saada organisaation osaaminen ja tulevaisuuden kehittämistarpeet näkyväksi. Osaamisen nykytila verrataan tavoitetasoon. Osaamiskartoituksen avulla voidaan kartoittaa yksittäisen työntekijän ja koko työyksikön osaamista, nähdä sen kehittämistarpeita ja visioida tulevaa. (THL 2019.)

Osaamiskartoituksen tarkoituksena on arvioida työntekijöiden tietoja, taitoja ja kokemuksia, ei persoonallisuutta (Tuomi & Sumkin 2012, 27).

Osaamiskartoituksessa ei tule mitata pelkästään substanssiosaamista, vaan on myös arvioitava osaamista laajemmasta näkökulmasta. Sairaanhoidajien työn vaihtelevuuden takia, osaamistarpeissa on eroavaisuuksia eri työyksiköissä. Esimerkiksi sairaanhoitajan osaamista arvioidessa tulisi huomioida hänen yhteistyökykynsä, vuorovaikutustaidot, toiminta paineen alla ja ongelmanratkaisukykyä. (Virtainlahti 2009, 27-28.)

Osaamiskartoituksen apuna voidaan käyttää kehityskeskusteluja, itsearviointeja, kyselyjä sekä haastatteluja (Viitala 2013, 183-184). Yksittäisen työntekijän osaaminen ja kehittämistarpeita käydään yleensä läpi kehityskeskusteluiden osana. Työntekijä arvioi ensin omaa osaamista osaamiskartoituslomakkeella, jonka jälkeen itsearvio käydään läpi esimiehen kanssa. Itsensä osaamisen arvioinnissa tulisi olla rehellinen. Liian hyvä itsearviointi aiheuttaa virheellistä tietoa, ja osaamista ei kehitetä ollenkaan. Osaamistarpeiden tunnistettua, niitä on mahdollista kehittää. Yleensä osaamiskartoitusta laadittaessa aloitetaan isoimmista kokonaisuuksista,

jotka jaetaan yksittäisiksi tehtäviksi. Osaamiskartoitus on todettu hyväksi työntekijän miettiessä omaa työtä ja sen tekemistä, sillä se konkretisoi omaa osaamista ja osaamisen tasoa. (THL 2019.)

Osaamiskartoituksen tuloksena kehittyi osaamiskartta, johon voidaan hahmottaa nykyistä osaamista ja tulevaisuudessa tarvittava osaaminen (THL 2019). Osaamiskartta on organisaation yhteinen työväline, jonka avulla voidaan prosessoida osaamista henkilöstön ja johdon kanssa. Osaamiskenttä ja kehittämisen tavoitteet dokumentoidaan mahdollisimman konkreettisesti. (Viitala 2013, 182.) Osaamiskartan tekemiseen on varattava tarpeeksi aikaa ja sen aiheesta on hyvä käydä keskustelua. Osaamiskartoitus ei ole täydellinen osaamisen mittari, vaan se on suuntaa antava apuväline esimerkiksi uuden työntekijän tai opiskelijan perehdyttämisessä. (Hätönen 2011, 18.)

5 Opinnäytetyn toteutus

5.1 Opinnäytetyön tutkimusympäristö

Tutkimusympäristönä on Helsingissä toimivan keskisuuren yrityksen yhdeksän tehostetun palveluasumisen yksikköä pääkaupunkiseudulla. Asiakkaita asumisyksiköissä on yhteensä noin 250 iältään 40–99 vuotiaita, pääasiassa ikääntyneitä. Opinnäytetyössämme puhumme ikääntyneet käsitteestä yleisellä tasolla, emmekä ole rajanneet heitä tiettyyn ikäryhmään. Henkilöstömitoitus asumisyksiköissä on 0,5–0,7. Asumisen taustalla on joko ikääntyminen tai päihde- ja mielenterveysongelmista johtuva ympärivuorokautinen avun tarve. Alle 65 vuotiaiden asumisyksiköissä noudatetaan Asunto ensin -periaatetta, jonka mukaan asuminen on perusoikeus, jota ei tarvitse ansaita esimerkiksi elämäntapoja muuttamalla. Asumista voidaan jatkaa niin kauan kuin asukas sitä vointinsa puolesta tarvitsee ja tarvittaessa elämän loppuun asti. Jokaisessa asumisyksikössä työskentelee yhteensä noin 25 sairaanhoitajaa, joille 21 sairaanhoitajalle opinnäytetyömme kysely kohdennetaan.

Yritys on yleishyödyllinen säätiö. Säätiön perustehtävä on puolustaa ihmisiä, jotka ovat syrjäytymisvaarassa. Yritys tuottaa yhdessä tytäryrityksensä kanssa vaikuttavia sosiaali- ja terveyspalveluita, jotka parantavat heidän asiakkaiden arkea. Työn tavoitteena on, että jokaisella on mahdollisuus arvokkaaseen elämään.

Helsingissä toimiva yritys on erikoistunut vaativien erityisryhmien palveluihin, joita he kehittävät asiakkaiden ja yhteistyökumppaneiden kanssa. Säätiö toimii useilla paikkakunnilla ja kansalaistoiminta on vahvasti mukana toiminnassa. Yhteiskunnallisessa konsernissa työskentelee tuhat ammattilaista ja yli kaksi tuhatta vapaaehtoista. Toiminnasta ja omaisuudesta syntyvällä tuotolla he toteuttavat perustehtävänsä, työtä ihmisarvoisen huomisen puolesta.

5.2 Kyselylomakkeen laatiminen ja aineiston keruu

Opinnäytetyön aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella (liite 1), joka sisälsi strukturoituja monivalintakysymyksiä ja avoimia kysymyksiä (Kananen 2011, 49). Strukturoitujen monivalintakysymysten vastauksista saimme kvantitatiivista eli määrällistä aineistoa ja avoimien kysymysten avulla saimme kvalitatiivista eli laadullista aineistoa. Kyselylomakkeen kysymykset perustuivat opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin sekä teoreettiseen viitekehukseen. Kysymykset perustettiin niin, että ne olivat ymmärrettävissä, selkeitä ja, että vastaajalla oli kysymystä edellyttävä tieto. (Vilpas 2018, 6.) Ammattitaitovaatimuksien perusteella, jokaisella vastaajalla tulisi olla tieto vastata esitettyihin kysymyksiin. Teimme kysymykset yksinkertaisiksi ja asetimme rajoituksia kysymysten kokonaismäärään niin, että saimme haluamme tiedon.

Strukturoidussa kysymyksissä tiedetään tarkasti mitä kysytään, ja mitkä ovat kysymysten oletetut vastausvaihtoehdot. Tämä vaatii, että tutkijat tuntevat ilmiön ja ovat perehtyneet ilmiötä selittäviin teorioihin. Strukturoidut kysymykset kuuluvat kvantitatiiviseen tutkimukseen, jonka pohjana ovat aina sekä teorian että ilmiön tuntemus. Mikäli ilmiötä tai sen teorioita ei tunneta, voivat kysymykset olla vääriä, vaihtoehdot puutteellisia ja koko tutkimuksen tarkoitus menee ohi. (Kananen 2015, 68-70.) Valmiiden vastausvaihtoehtojen ansioista mittaaminen on helppoa ja selkeää ja vastaaminen kysymyksiin nopeaa. Avoimet kysymykset soveltuvat tilanteisiin, kun vaihtoehtoja ei pystytä tai haluta luetella. Avoimien kysymysten vastaukset antavat sellaista tietoa, jota monivalintakysymyksillä ei välttämättä saisi. (Kananen 2011, 31.)

Kyselylomakkeen hyötynä oli anonyymisyys, joka tarkoittaa, että vastaajat jäivät tuntemattomiksi, jolloin vastauksia voitiin saada myös arkaluontoisina pidettyihin kysymyksiin. Hyötynä oli myös puolueettomuus, sillä etäisyyden takia tutkijoilla oli vähäinen vaikutus vastauksiin. (Vilkkä 2014, 13, 90.) Taustatiedot olivat osittain tarpeettomia ja pienen otoksen vuoksi halusimme taata anonyymisuuden, joten emme kysyneet esimerkiksi ikää tai sukupuolta.

Kolme hoitoalan opiskelijaa esitesti kyselylomakkeen. Esitestaus tehtiin 10 % osuudella varsinaisesta otoskoosta ja sen tarkoituksena oli parantaa reliabiliteettia ja validiteettia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 204.) Esitestauksella halusimme selvittää, kuinka kauan kysymyksiin vastaamiseen kuuluu aikaa ja olivatko kysymykset ja ohjeet ymmärrettäviä. Kyselylomakkeen esitestaus oli tärkeä osa kyselyn toteuttamista ja sen avulla voitiin tarkastaa vastaavatko kysymykset haluamiimme asioihin. Esitestaajien palautteen mukaan kysymykset olivat ymmärrettäviä ja selkeitä.

Laadimme opinnäytetyötä varten kyselylomakkeen. Laadimme myös saatekirjeen aineiston keruuseen liittyen, jonka lähetimme kyselylomakkeen mukana. Laadittuamme kyselylomak-

keen, lähetimme sen saatekirjeineen tarkistettavaksi eettiseen toimikuntaan. Eettisen toimikunnan hyväksyttyä tutkimussuunnitelman ja kyselylomakkeen, yksikön johtaja lähetti kyselylomakkeen saatekirjeineen 21 sairaanhoitajalle vastattavaksi. Oli tarkoitus, että vastaajilla olisi kaksi viikkoa aikaa vastata kyselylomakkeeseen, mutta jouduimme vähäisten vastausten vuoksi lisäämään vastausaikaa vielä kahdella viikolla. Vastaajille lähetettiin muistutusviesti aina yhden viikon välein.

5.3 Tutkimusmenetelmät ja analysointi

Tutkimusmenetelmä on sääntö, menettelytapa tai keino, jonka tarkoituksena on ratkaista tutkimusongelma (Kananen 2015, 65). Tutkimusmenetelmämme oli triangulaatio eli käytimme sekä kvalitatiivista eli laadullista että kvantitatiivista eli määrällistä menetelmää (Kvalimotv 2019). Kvalitatiivista tutkimusta voi edeltää kvantitatiivinen tutkimus tilanteissa missä on kerätty määrällistä tietoa, mutta tiedon muuttaminen ymmärrettävään muotoon edellyttää haastatteluja, havainnointia tai muuta selvitystä taustoista. Kahden tutkimusmenetelmän käyttö lisää tutkimustiedon ymmärrystä ja tutkimustulosten luotettavuutta. Menetelmien avulla tutkimusilmiötä voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta, ja sen käyttöä voidaan perustella tutkimustilanteissa, jossa yksi menetelmä jättää tiedonkeruuseen aukkoja, jotka voidaan täydentää muilla menetelmillä. (Kananen 2014, 142-143.) Kvantitatiivinen tutkimus eroaa kvalitatiivisesta tutkimuksesta erityisesti havainnoinnin, analysoinnin, haastattelumetodin ja litteroinnin osalta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 54).

Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimusmenetelmässä tietoa tarkastellaan lukumääräisesti ja vastataan kysymykseen, kuinka paljon, kuinka usein, milloin tai missä. Kvantitatiivista tutkimusta voidaan käyttää sellaisissa tilanteissa, jossa tutkittavasta ilmiöstä on jo aiempaa teoriatietoa. Tutkittava aineisto on numeroina tai tutkimusaineisto on ryhmitelty numeeriseen muotoon, ja sen tuloksia voidaan havainnollistaa taulukoiden tai kuvioiden avulla. Tutkimusaineistoa voidaan kerätä kyselylomakkeilla, systemaattisena havainnointina tai käyttämällä valmiita rekisterejä ja tilastoja. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään yleensä survey-tutkimusta, jossa aineistoa kerätään käyttämällä tutkimuslomaketta. (Heikkilä 2014, 15-17; Kananen 2011, 12-19.) Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla saadaan useimmiten selvitettyä nykytilanne, mutta ei syy- ja seuraussuhteisiin liittyviä toimintoja (Heikkilä 2014, 16).

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on pyrkiä selvittämään tai paljastamaan tosiasioita, eikä todistamaan olemassa olevaa teoriaa tai väittämiä. Tutkimusmenetelmää voidaan hyödyntää silloin, kun aihealue on jokin verran tuntematon tai tutkimuksen tarkoituksena on huonosti tunnettujen toimintojen ymmärtäminen ja kuvaileminen. (Yin 2013, 19-20.) Sen avulla pyritään selittämään kokonaisvaltaisesti tutkimuksen kohteen laatua, omi-

naisuuksia ja merkityksiä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään ihmisiä tiedon keruun välineenä, sillä tutkimuksen tehtävänä on saada objektiivisesti käsityksiä ihmisten käytöksestä sekä ajatuksista tutkimusympäristöön liittyvässä aiheenalueessa. Yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat kysely, haastattelu, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. (Hirsjärvi ym. 2009, 161.) Kvalitatiivisen tutkimuksen avulla voidaan selvittää laaja-alaista tietoa tai tutkia eri asioiden merkityksiä, sekä syy- ja seuraussuhteisiin liittyviä toimintoja (Heikkilä 2014, 15).

Kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen kriteeristöissä on eroja, joka tuo haasteetta luotettavuustarkastelulle (Heikkilä 2014, 16). Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuustarkastelu on arvion varassa, koska sen luotettavuutta ei kyetä arvioimaan ja laskemaan niin kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Arviointi kohdistuu aineiston keruuseen, aineistojen analysointiin ja tutkimuksen raportointiin. (Vilka 2015, 196-197.) Yleisiä kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197). Kvalitatiivisen tutkimuksen aineisto voidaan analysoida muun muassa teemoittain tai mallintamisella (Hirsjärvi ym. 2009, 224). Kvantitatiivisen tutkimuksen aineistoa voidaan kuvata erilaisilla jakaumaluvuilla, suorilla ja-kaumilla, ristiintaulukoinneilla tai monimuuttujamenetelmillä (Hirsjärvi ym. 2009, 180).

Opinnäytetyön kyselylomakkeen avoimien kysymyksien vastaukset analysoitiin sisältöanalyysia hyödyntäen. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan tutkimusaineiston kuvaamista sanallisesti, ja sillä voidaan etsiä merkityssuhteita ja merkityskokonaisuuksia. Sisällönanalyysi on mahdollista toteuttaa joko aineistolähtöisesti eli induktiivisesti tai teorialähtöisesti eli deduktiivisesti (Vilka 2015, 163). Tässä opinnäytetyön tutkimuksessa on käytetty teorialähtöistä sisällönanalyysia. Teorialähtöisen analysoinnin lähtökohtana ovat teoria ja teoreettiset käsitteet, joita käsitellään uuden aineiston yhteydessä. Teorialähtöistä sisällönanalyysia ohjaa aikaisempaan tietoon perustuva viitekehys, joka voi olla teoria, malli tai käsitejärjestelmä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167-168; Vilka 2015, 170-171.)

Aineiston analysointi aloitettiin sen täsmentämisestä. Kyselylomakkeiden vastaukset tallennettiin ja kirjoitettiin puhtaaksi, eli litteroitiin. Analysoinnissa kävimme läpi myös tutkimuksen haasteita ja siihen liittyvää luotettavuutta. Analysoinnissa käytimme mittarina vastausten pistemääriä. Kvantitatiivisen aineiston tutkittavat ilmiöt muutettiin Excel-ohjelmalla taulukoiksi. Taulukot nimettiin kyselylomakkeessa sisältävien kysymyksien mukaan, jonka tavoitteena oli helpottaa tekstin ymmärtämistä. Taulukoilla voitiin havainnollistaa esimerkiksi vastausten jakautumista osaamisen välillä. Tutkimukseen liittyvien ilmiöiden selittäminen numeraalisessa muodossa havainnollisti aineiston analyysia. Kyselylomakkeiden vastaajat ja vastaukset numeroitiin, jotta niihin olisi helpompi palata myöhempää tarkastusta varten. Pienien lukemien kuvaamiseen käytimme prosenttia, jonka avulla vastausten dissosiaatio saatiin selkeämmin esiin. Kvalitatiiviseen aineistoon perehdyimme lukemalla aineisto useita kertoja

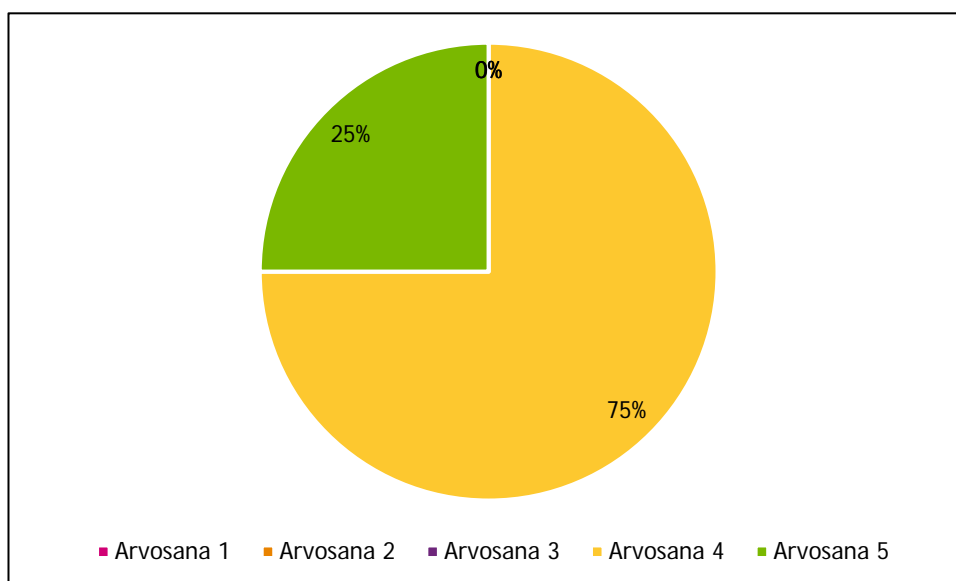
läpi. Perehtymisen aikana muokkasimme kvalitatiivisen aineiston, jossa laskimme, että kuinka moni oli vastannut samalla lailla. Näin saatiin haasteet ja lisäkoulutustoiveet esiin.

Laskimme sairaanhoitajien kyselylomakkeiden vastauksien pistemäärät ja lopuksi jokaisen vastaajan pistemäärät yhteen. Kyselylomakkeesta oli mahdollista saada korkeintaan 23 pistettä. Vastaukset pisteytettiin monivalinta- kysymyksissä niin, että jokaisesta vastauksesta voi saada 1 pisteen. Jos on neljä vaihtoehtoa vastauksessa, niin jokaisesta oikeasta vastauksesta saa 0,25 pistettä, myös vastaamatta jättämisestä. Jos taas on kaksi vaihtoehtoa, saa 0,5 pistettä oikeasta vastauksesta ja vastaamatta jättämisestä myöskin 0,5 pistettä. Lopuksi laskimme pisteet yhteen. Osaamistaso jaettiin arvosanoille 1–5, jotta osaamistasoa voitiin verrata sairaanhoitajien omaan arvioonsa osaamistasoonsa asteikolla 1–5. Jokaiselle arvosanalle on omat pisterajansa; ykkönen (1) 0–4,6 pistettä, kakkonen (2) 4,7–9,2 pistettä, kolmonen (3) 9,3–13,8 pistettä, nelonen (4) 13,8–18,4 pistettä ja vitonen (5) 18,5–23 pistettä.

Kolmas tutkimusongelma analysoitiin ensin laskemalla kunkin osa-alueen (diabetes sairautena, lääkehoito, liikunta ja toimintakyky sekä jalkahoito) sairaanhoitajien saamien pistemäärien keskiarvo ja mikä oli kunkin osa-alueen maksimaalinen pistemäärä. Sairaanhoitajien keskiarvoinen pistemäärä jaettiin maksimi pistemäärällä ja kerrottiin 100:lla, josta saatiin oikein vastattu prosenttimäärä. Ja näitä osa-alueiden prosenttimääriä vertaillen voitiin nähdä kehittämisen kohteet.

6 Opinnäytetyön tulokset

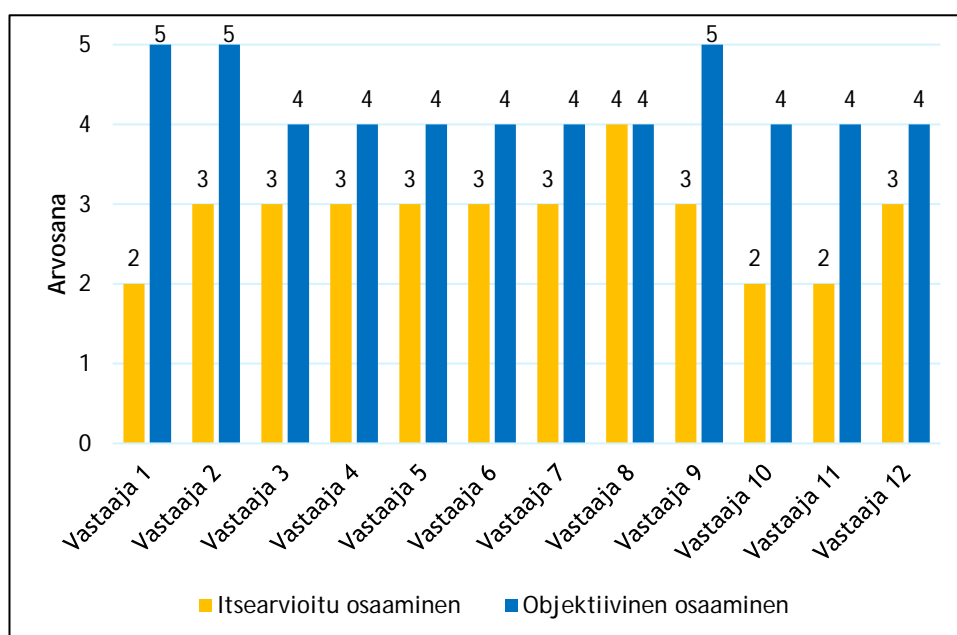
6.1 Sairaanhoitajien osaamistaso diabeteksestä



Kuvio 1: Sairaanhoitajien osaamistaso diabeteksestä

Kyselylomakkeeseen vastasi yhteensä 12 sairaanhoitajaa. Kyselylomakkeen alin saatu pistemäärä oli 15 ja ylin saatu pistemäärä oli kahdella eri hoitajalla 18.75. Alimman pistemäärän saanut hoitaja oli työskennellyt hoitoalalla yli 10 vuotta ja ylimmät pistemäärät saaneet sairaanhoitajat olivat työskennelleet alle vuoden ja toinen 5-10 vuotta. Sairaanhoitajista 75 % sai arvosanan 4 ja 25 % sai arvosanan 5.

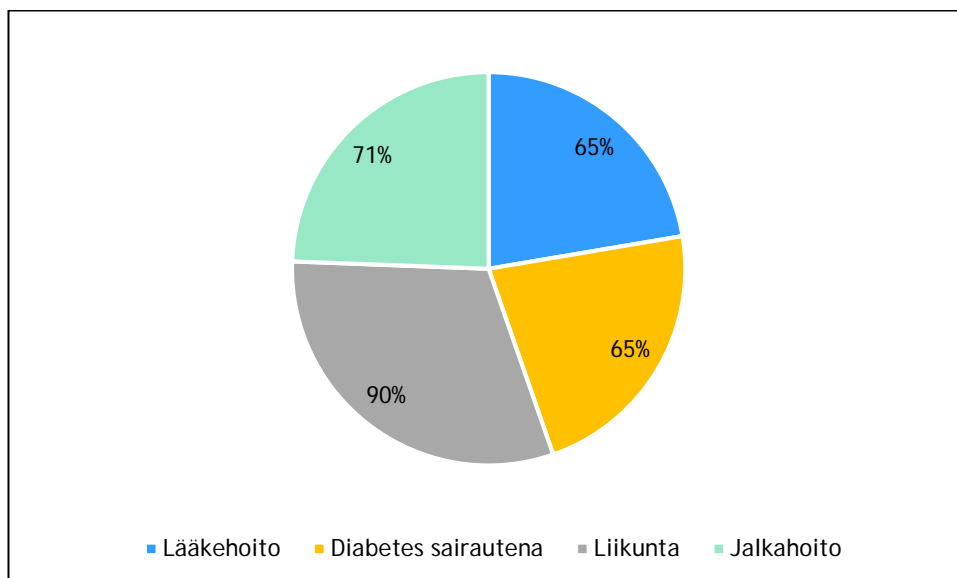
6.2 Sairaanhoitajien osaamistaso verrattuna itsearvioituun osaamistasoon



Kuvio 2: Sairaanhoitajien itsearvioitu osaaminen verrattuna objektiiviseen osaamiseen

Kyselylomakkeessa kysyttiin sairaanhoitajilta, mikä on heidän oma arvionsa osaamistasostaan. Kysymykseen vastasi 12 sairaanhoitajaa. Yksi (1) sairaanhoitaja arvioi oman osaamisen samaksi kuin mitä hän kyselylomakkeessa sai arvosanaksi, joka oli arvosana 4. Kaikki muut arvioivat arvosanan alemmaksi kuin mitä he kyselylomakkeessa saivat. Yksi (1) arvioi arvosanaksi 2 ja sai kyselylomakkeesta arvosanan 5. Kaksi (2) arvioi oman osaamisen arvosanalla 2 ja saivat kyselylomakkeesta arvosanan 4. Kaksi (2) sairaanhoitajaa arvioi osaamistasokseen arvosanan 3 ja saivat testissä arvosanan 5. Puolet sairaanhoitajista arvioi osaamisensa arvosanalla 3 ja saivat kyselylomakkeesta arvosanan 4.

6.3 Sairaanhoitajien oikeiden vastausten osuus prosentteina osa-alueittain



Kuvio 3: Oikeiden vastausten osuus prosentteina

Kyselylomakkeen osa-alueista liikunnasta ja toimintakyvystä kaikkien sairaanhoitajien pistemäärien keskiarvo oli 1.79, joka on 90 % osa-alueen kokonaispistemäärästä, joten tällä alueella sairaanhoitajien tieto oli 90 % oikein. Jalkahoidosta kaikkien sairaanhoitajien pistemäärien keskiarvo on 2.13, joka on 71 % jalkahoidon kokonaispistemäärästä. Diabetes sairautena kaikkien sairaanhoitajien pistemäärien keskiarvo 3.88, joka on 65 % diabetes sairautena osa-alueen kokonaispistemäärästä. Lääkehoidosta kaikkien sairaanhoitajien pistemäärien keskiarvo on 7.75, joka on 65 % lääkehoidon kokonaispistemäärästä.

Avoimissa kysymyksissä kolme (3) toivoi lisäkoulutusta yleisesti, perusteluina haastavat asiakkaat ja diabeetikkojen yksilöllisyys. Kaksi (2) sairaanhoitajaa oli toivonut lääkehoidon insuliiniin liittyvää koulutusta, koska ajoittain verensokerit vaikeasti tasapainossa, miten insuliinit vaikuttavat sokeriaineenvaihduntaan, ja kun on tullut uusia insuliineja. Lisäkoulutusta kolme (3) toivoi motivoimisen suhteen, perusteena asukkaan välinpitämättömyys ja psykiatrisen potilas. Lisäkoulutusta toivoi yksi (1) sairaanhoitaja hiilihydraattien arviointiin ja asukkaan vaihtelevan ruokahalun arviointiin.

Sairaanhoitajista kahdeksan (8) pyysi harvemmin apua/tukea asukkaan diabeteksen hoitoon liittyen. Neljä (4) sairaanhoitajaa pyysi apua/tukea joka viikko. Kaikki sairaanhoitajat kykenivät hoitamaan diabetesta hoitosuunnitelman insuliini pistosohjeita noudattamalla, asukkaan yleisvoiminnan mukaan tai mitatun verensokeriarvon perusteella. Kukaan ei vastannut, että kysyn usein apua muilta.

Epäselväksi kohdaksi, joista kysyttiin kollegoilta tai lääkäriltä, sairaanhoitajista seitsemän (7) kertoi olevan insuliinin pistämisen, kun verensokeriarvot ovat hyvin poikkeavat erinäisistä syistä, ja kun verensokerit eivät ole hoitotasapainossa, myös verensokerin mittausajankohta

oli epäselvä. Kaksi (2) sairaanhoitajaa kertoi kysyvän uusimmista insuliinilääkkeistä, toinen mainitsi Budyreonin.

7 Pohdinta

7.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tutkimuksen perusteella sairaanhoitajien osaamistaso oli kiitettävää eli (arvosana 4) 75 %:lla ja erinomaista (arvosana 5) 25 %:lla. Yleisesti ottaen sairaanhoitajien osaaminen oli siis todella hyvää. Alin saatu pistemäärä oli 15 pistettä ja ylin pistemäärä 18.75 pistettä. Opinnäytetyön tutkimuksen mukaan työkokemus hoitoalalla ei vaikuttanut kyselylomakkeen menestymiseen, sillä alimman pistemäärän saanut oli työskennellyt hoitoalalla yli 10 vuotta ja parhaimmat pistemäärät saaneet olivat työskennelleet hoitoalalla alle vuoden ja toinen heistä 5-10 vuotta.

Sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa yleensä hyväksi (Flinkman ym. 2017). Potilasturvallisuuden kannalta ei riitä, että ainoastaan hoitaja itse arvioi osaamistaan. Osaamisen tasoa voidaan seurata osaamiskartoituksilla ja kehityskeskustelujen avulla. (Yhtymähallitus 2013, 20.) Opinnäytetyön tutkimukseen vastanneista sairaanhoitajista kahdeksan (8) arvioi osaamisensa hyväksi. Kiljusen väitöstutkimuksen mukaan hoitotyön ammattilaisten itsearvioidun osaamisen tasossa on vaihtelevuutta eri puolella Suomea. Kiljusen tutkimuksessa paneuduttiin ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen työskentelevien hoitotyön ammattilaisten osaamiseen. Usea tutkimukseen osallistuneista työntekijöistä arvioi osaamisensa hyväksi tai riittäväksi. (Kiljunen 2019.) Opinnäytetyön tutkimuksen mukaan yksi (1) arvioi osaamisensa kiitettäväksi, kahdeksan (8) arvioi osaamisensa hyväksi ja kolme (3) tyydyttäväksi, jota voi rinnastaa Kiljusen tutkimuksessa esiin nousseeseen riittävään. Opinnäytetyön tutkimuksessa vain yksi (1) sairaanhoitaja arvioi oman osaamisensa samaksi kuin mitä hän kyselylomakkeen mukaan sai, eli arvosanaksi 4. Loput 11 sairaanhoitajaa arvioi oman osaamisensa alhaisemmaksi, kuin mitä se kyselylomakkeen mukaan oli.

Kiljusen (2019) mukaan sairaanhoitajien työkokemuksen määrällä oli merkitystä, kuinka hyvin he osasivat arvioida omaa osaamistaan. Opinnäytetyömme tutkimuksen mukaan yksi (1) arvioi arvosanakseen saman kuin kyselylomakkeessa saatuun arvosanaan, hänen työkokemuksensa hoitoalalla oli yli 10 vuotta. Alimman pistemäärän saanut vastaaja 10 arvioi oman osaamisensa arvosanaksi 2 ja sai kyselylomakkeen mukaan arvosanaksi 4, hänen työkokemuksensa hoitoalalla oli yli 10 vuotta, joten tässä kohtaa työkokemus ei korreloi kuinka hyvin osasi arvioida osaamistaan. Osaamistaan hän ei kuitenkaan yliarvioinut. Parhaimmat pistemäärät saaneet vastaajat saivat arvosanan 5. Vastaaja 9 arvioi oman osaamistasonsa arvosanalla 3, hänellä oli työkokemusta hoitoalalla alle vuosi. Toinen parhaimman pistemäärän saaneista vastaaja 1 arvioi oman osaamistasonsa arvosanalla 2, työkokemusta hoitoalalla hänellä oli 5-10

vuotta. Heilläkään ei korreloinut työkokemus vuodet itsearvioinnin suhteen niin kuin Kiljusen tutkimuksessa. Heillä oli toisinpäin, vähemmän kokenut arvioi lähemmäs kyselylomakkeen tu-
lostta kuin enemmän työkokemusta omaava.

Potilasturvallisuuden kannalta ei riitä, että ainoastaan hoitaja itse arvioi osaamistaan. Osaamiskartoituksia ja kehittämiskeskusteluja on tehtävä säännöllisesti, jonka pohjalta voidaan tehdä tarpeellisia kehittämistoimenpiteitä. (Yhtymähallitus 2013, 20.) Osaamista kehittäessä on tärkeää kartoittaa lähtötilanne, jossa selvitetään mitä osaamista eri tehtävien hoitamisessa vaaditaan. Kehittämissuunnitelmaa laatiessa on tiedettävä mikä nykyinen osaaminen on, ja mitä tavoitellaan sekä mitä halutaan kehittää. (Tuomi & Sumkin 2012, 30-31.)

Opinnäytetyön tutkimuksen kyselylomakkeen neljä osa-aluetta olivat diabetes sairautena, lääkehoito, liikunta ja toimintakyky sekä jalkahoito. Parhaimmat pistemäärät hoitajat saivat liikunnasta ja toimintakyvystä, josta he vastasivat 90 % oikein. Toiseksi parhaiten heillä sujui jalkahoidon osa-alue, josta he vastasivat 71 % oikein. Heikoimman osa-alueen jakoi tasapuolisesti diabetes sairautena sekä lääkehoito, joista molemmista he osasivat vastata 65 % oikein.

Itä-Suomen yliopistossa tehdyn tutkimuksen (2016) mukaan, sairaanhoitajilla on heikkoa tietoa näyttöön perustuvasta toiminnasta. Tutkimuksessa kävi ilmi, että sairaanhoitajat tuntevat näyttöön perustuvan toiminnan käsitteen, ja yleisellä tasolla arvostavat sekä uskovat sen käytön hyödyllisyyden. Haasteena on, että sairaanhoitajat eivät ymmärrä, miksi ja miten sitä tulisi käyttää päivittäisessä hoitotyössä, jonka vuoksi suurin osa ei käytä sitä päivittäisessä toiminnassa. (Saunders 2016.) Opinnäytetyön tutkimuksen kyselylomakkeen avoimissa kysymyksissä sairaanhoitajista kahdeksan (8) pyysi harvemmin apua/tukea asukkaan diabeteksen hoitoon liittyen. Neljä (4) sairaanhoitajaa pyysi apua/tukea joka viikko. Kaikki sairaanhoitajat kykenivät hoitamaan diabetesta hoitosuunnitelman insuliini pistosohjeita noudattamalla, asukkaan yleisvoinnin mukaan tai mitatun verensokeriarvon perusteella. Kukaan ei vastannut, että kysyn usein apua muilta. Tästä voisi päätellä, että sairaanhoitajat kysyvät apua, kun sitä tarvitsevat.

Itä-Suomen tutkimuksen mukaan sairaanhoitajilla on heikkoa tietoa näyttöön perustuvasta toiminnan, mutta opinnäytetyön tutkimuksen mukaan heillä hyvä osaamistaso. Voikin miettiä, että oliko opinnäytetyön kyselylomake liian helppo. Toisaalta taas suurin osa, jopa kahdeksan (8) sairaanhoitajista pyysi harvemmin apua/tukea diabeteksen hoidossa, neljä (4) kysyi apua joka viikko. Ja kaikki osasi myös toteuttaa diabeteksen hoitoa suunnitelman, asukkaan yleisvoinnin tai mitatun verensokerin perusteella.

Sairaanhoitajien toimintaa ohjaavat lainsäädäntö, ihmisoikeudet, hoitotyön arvot, eettiset periaatteet ja ohjeet (Eriksson ym. 2015, 38). Sairaanhoitajat toimivat hoitotyön asiantuntijana ja toteuttavat potilaan hoidossa lääkärin ohjeidenmukaista lääketieteellistä hoitoa (Kil-

peläinen 2010, 4). Opinnäytetyön tutkimustuloksien mukaan nämä tuntuivat toteutuvan sairaanhoitajilla, sillä he kysyivät tukea kollegoilta tai lääkäriltä. Epäselväksi kohdaksi, joista kysyttiin kollegoilta tai lääkäriltä, sairaanhoitajista seitsemän (7) kertoi olevan insuliinin pistäminen, kun verensokeriarvot ovat hyvin poikkeavat erinäisistä syistä, ja kun verensokerit eivät ole hoitotasapainossa, myös verensokerin mittaussajankohta oli epäselvä. Kaksi (2) sairaanhoitajaa kertoi kysyvän uusimmista insuliinilääkkeistä, toinen mainitsi erityisesti Budyreonin.

Kiljusen väitöstutkimuksen mukaan usea tutkimukseen osallistuneista työntekijöistä korostivat, että osaamista on ylläpidettävä ja kehitettävä koko ajan (Kiljunen 2019). Opinnäytetyön kyselylomakkeen avoimissa kysymyksissä kolme (3) toivoi lisäkoulutusta yleisesti, perusteluina haastavat asiakkaat ja diabeetikkojen yksilöllisyys. Kaksi (2) sairaanhoitajaa oli toivonut lääkehoidon insuliineihin liittyvää koulutusta, koska ajoittain verensokerit vaikeasti tasapainossa, miten insuliinit vaikuttavat sokeriaineenvaihduntaan, ja kun on tullut uusia insuliineja. Lisäkoulutusta kolme (3) toivoi motivoimisen suhteen, perusteena asukkaan välinpitämättömyys ja psykiatrisen potilas. Lisäkoulutusta toivoi yksi (1) sairaanhoitaja hiilihydraattien arviointiin ja asukkaan vaihtelevan ruokahalun arviointiin. Selkeästi eniten tietoa haluttiin lisää lääkehoidon ja verensokeriarvojen suhteen. Kyselylomakkeessa lääkehoito oli toinen heikoista kohdista, jossa oikeiden vastausten määrä oli 65 %, joten sairaanhoitajat itsekin tämän tiedostivat. Siksi on hyvä, että he välillä kysyvät tukea, hoitovirheiden välttämiseksi. Lisäkoulutus näistä toisi varmasti varmuutta ammatilliseen osaamiseen ja sen kautta työssä jaksamiseen ja motivaatioon.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimus on eettisesti pätevä, luotettava ja johtopäätökset uskottavia, jos tutkimus on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön mukaan. Tutkijayhteisö hyödyntää tutkimuksessaan hyvää tieteellistä käytäntöä, jossa lainsäädännössä on määrätty rajat. Hyvää tieteellistä käytäntöä voidaan hyödyntää lisäksi tutkimusorganisaatioiden laatujärjestelmänä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tutkimuksessa olemme noudattaneet hyvän tutkimusetiikan tieteellisen käytännön tekijöitä, jotka ovat luotettavuus, tunnollisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten arkistoinnissa ja esiin tuomisessa sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tutkimus pohjautuu eettisesti kestäviin tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien hyödyntämiseen sekä muiden tutkijoiden työn ja tulosten kunnioitukseen. Tutkimuksessa muodostuneet tietoaineistot raportoidaan hyvää tiedonhallintatapaa hyödyntäen. Tutkijat ovat hankkineet välttämättömät tutkimusluvut ja tehneet eettisen ennakoarvioinnin. Kaikkien tutkimukseen osallistuvien oikeuksia ja velvollisuuksia on huomioitava sekä rahoitukseen liittyvät asiat esitetään asianosai-

sille sekä rahoituslähteet ilmoitetaan tutkimustuloksissa. Tutkijat eivät suorita tutkimukseensa arviointeja tai päätöksiä, mikäli on aihetta epäillä heidän olevan esteellisiä kyseisessä tilanteessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tutkimuksia seurattaessa on muistettava, että asioiden kehittäminen tutkimuksien avulla ei voi perustua ainoastaan yhteen tutkimustyöhön. Yksittäisestä tutkimustyöstä saatua päätelmää ei aina voida pitää luotettavana, sillä yksittäisen tutkimuksen tieto voi olla harhaanjohtavaa, sillä tutkimusmenetelmän laatu ja luotettavuus saattaa vaihdella. (Korhonen A. ym. 2018, 20.) Kehitettävän aiheen tutkimuksia tulisi olla riittävä määrä, joissa selvästi esiintyy samansuuntainen näyttö. Useampaa tutkimustyötä samasta aihepiiristä samansuuntaisilla päätelmillä voidaan pitää luotettavina. (Korhonen ym. 2012, 40-41.)

Opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta arvioidaan tutkimusetiikan pojalta. Opinnäytetyön lähtökohtana on kunnioittaa tutkittavien itsemääräämisoikeutta, estää heidän vahingoittamista sekä muistaa yksityisyys ja tietosuojat. Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa arvioimme minkälaisia haittoja tutkimuksen tekeminen saattaa aiheuttaa tutkittaville sekä selittää miten haittoja voidaan vähentää mahdolliset haitat. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218-220; Kuula 2011, 80, 102.) Saatekirjeeseen ja sen tietoon kiinnitimme erityisesti huomiota, siinä tuli esille osallistumisen vapaaehtoisuus, tutkittavan eettinen vastuu ja miten tutkimusaineisto säilytetään ja julkaistaan. Opinnäytetyön vastaajille annettiin mahdollisuus päättää, haluaako hän osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuminen perustui tietoiseen suostumukseen, ja tutkittavat olivat tietoisia siitä, että heillä oli mahdollisuus kieltäytyä tai keskeyttää tutkimus missä vaiheessa tahansa. Kyselytutkimuksessa kyselylomakkeen vastaaminen voidaan esittää tietoiseksi suostumukseksi.

Opinnäytetyön laatua lisää tutkimustulosten luotettavuus. Luotettavuutta mitataan validiteetilla ja reliabiliteetilla. Reliabiliteetti ja validiteetti muodostavat yhdessä tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231.) Tutkimusprosessi tavallisesti on herkkä virheille, jotka saattavat johtua joko tutkijasta tai tutkittavasta aineistosta. Tutkimuksen luotettavuustarkastelulla yritetään korjata osa virheistä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2019.)

Reliabiliteetti eli luotettavuus osoittaa mittaustulosten tarkkuutta ja toistettavuutta, sillä tutkimustulos ei ole sattumanvarainen. Jos tutkimus uusittaisiin samoissa olosuhteissa, tulisi tulosten pysyä samoina. (Heikkilä 2014, 178.) Tutkimuksen reliabiliteetti saattaa heikentyä, jos kysymykset ovat epäselvästi muotoiltu tai tutkimus on toteutettu väärällä ajankohdalla. Reliabiliteetti ei välttämättä takaa tulosten pätevyyttä eli validiteettia. (Kananen 2015, 349-350.) Validiteetilla tarkoitetaan kyselylomakkeen pätevyyttä eli onnistuuko tutkimus mittaamaan niitä asioita, joita sen oli tarkoitus mitata. Kyselylomakkeen kysymysten tulisi olla tarkasti suunniteltuja, jotta kaikki vastaajat ymmärtävät kysymykset samalla tavalla. (Heikkilä

2014, 177, 231.) Työn validiteettiä varmistetaan huolellisella etukäteissuunnittelulla, koska sitä on hankala analysoida jälkeenpäin (Kananen 2014, 146).

Opinnäytetyömme tuotos perustuu teoreettiseen viitekehykseen. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää lähdeaineiston oikeaoppinen käyttö. Erilaisiin tutkimuksiin viittaaminen osoittaa, että aiheeseen on perehdytty (Booth, Colomb & Williams 2010, 93). Emme ole käyttäneet yli kymmenen vuotta vanhoja lähteitä ja olemme huomioineet, että viisi vuotta vanha julkaistu tieto saattaa olla vanhentunutta. Olemme pyrkineet hyödyntämään uusinta saatavilla olevaa tietoa ja laadittuja julkaisuja aiheesta. Opinnäytetyön tutkimusaineiston hakuvaiheessa haimme tutkimukseemme sopivia tutkimuksia sekä artikkeleita useammasta eri tietokannasta. Opinnäytetyön vaiheet on toteutettu Laureassa asetettujen vaatimusten mukaisesti.

Tutkijoina tunnistimme vastuumme uuden tiedon tuottajina, ja olemme tietoisia siitä, että tuotettua tietoa voidaan käyttää hyödyksi hoitoa tai sen suunniteltaessa koskevilla päätöksissä. Keskeistä tutkimuksen luotettavuudelle on, että sen tuloksiin voidaan luottaa, eli tutkijat eivät ole loukannut hyvää tieteellistä käytäntöä tai syyllistynyt vilppiin esimerkiksi dokumenttien analyyseissä (Korhonen, A. ym. 2018, 33).

Tutkimus on luotettava siltä osin, minkälaisia kysymyksiä on esitetty ja kysymyslomake on esitetty oikealle ryhmälle. Luotettavuutta ja eettisyyttä lisäsi mahdollisuus vastata kysymyksiin anonyymisti. Opinnäytetyön prosessissa ei käsitelty henkilötietoja eikä muitakaan salassa pidettäviä asioita. Tutkimus tehtiin ainoastaan yhdessä Helsingissä toimivan keskisuuren yrityksen työskenteleville sairaanhoitajille, joten tulosta ei voida Suomessa yleistää, sillä muut tehostetut asumispalvelut voivat vaihdella asiakkaiden sekä henkilökunnan määrän mukaan, lisäksi käytännöt vaihtelevat.

Opinnäytetyön kyselylomakkeeseen vastasi 12 sairaanhoitajaa mahdollisesta 21:sta. Kaksi vastaajista kommentoi, että vaihtoehtoina olisi voinut olla myös "en tiedä", sillä he olivat arvanneet vastauksen, jos eivät tieneet. Tästä syystä kyselylomakkeen tuloksia ei voida pitää täysin luotettavina, koska myös arvaamalla on voinut saada oikean vastauksen. Kyselylomakkeet sai täyttää työajalla. Lomakkeiden täytössä oli kolmella kestänyt alle 15 minuuttia, kolmella (3) oli kestänyt noin 25 minuuttia loppuilla puolesta tunnista jopa 70 minuuttiin. Työaikana on mahdollisesti tullut katkoksia tai ovatko vastaajat mahdollisesti käyttäneet googlea vastauksen etsimiseen, kun joillain kestänyt niin kauan täyttää lomake. Pistemäärästä kaksi (2) alimman ja ylimmän saaneista olivat molemmat vastanneet noin 25 minuuttia, toisella 18.75 pistettä saaneista oli kestänyt noin 47 minuuttia lomakkeen täytössä.

7.3 Johtopäätökset ja jatkokehittämissuhteet

Opinnäytetyö keskittyy sairaanhoitajien diabetesosaaminen tehostetussa palveluasumiessa. Opinnäytetyön tulosten mukaan sairaanhoitajien osaamistaso oli kiitettävää (arvosana 4) 75 %:lla ja erinomaista (arvosana 5) 25 %:lla. Lähes kaikki sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa alhaisemmaksi, kuin mitä se kyselylomakkeen mukaan oli. Osaaminen oli hyvällä tasolla mutta itsearvioitu osaaminen oli huonompi. Olisi hyvä, jos sairaanhoitajat tiedostaisivat paremmin osaamisensa ja saisivat tukea siihen. Tekemämme tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat halusivat selkeästi eniten lisää tietoa lääkeshoidon ja verensokeriarvojen suhteen.

Opinnäytetyön tutkimustulosten pohjalta jatkokehittämissuhteeksi nousi esille, että tutkimusta voitaisiin hyödyntää toiminnallisen opinnäytetyön muodossa esimerkiksi diabeteksen hoito-oppaana, joka käsittelisi diabetesta sairastavan asukkaan kokonaisvaltaista hoitoa. Oppaan tavoitteena olisi, että hoitajat saisivat tukea osaamiseensa ja että heillä olisi helposti saatavilla oleva opas, josta löytyisi nopeasti ja vaivattomasti tietoa.

Lähteet

Painetut

Aro, E. 2009. Diabetes ja ruoka. 3. painos. Jyväskylä: Suomen Diabetesliitto ry.

Aro, E., Huhtanen, J., Ilanne -Parikka, P. & Kokkonen, L. 2010. Ikäihmisen diabetes. 3. painos. Tampere: Suomen Diabetesliitto ry.

Booth, W., Colomb, G. & Williams J. 2010. Forskning och skrivande - konsten att skriva enkelt och effektivt. Malmö: Holmbergs AB

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. painos. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Tammi.

Häggman-Laitila, A. & Melender, HL. 2009. Näyttöön perustuvan toiminnan edistäminen hoitotyössä: katsaus koulutusinterventioiden vaikuttavuuteen. Hoitotiede 22 (1), 36-54.

Hätönen, H. 2011. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen II. Helsinki: Edita.

Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. 2015. Diabetes. 8. painos. Helsinki: Duodecim.

Kananen, J. 2011. Kvantti. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitat opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro.

Kehus, E. & Törmänen, O. 2014. Näyttöön perustuva hoitotyö osastonhoitajien näkökulmasta. Tutkiva hoitotyö 12 (3), 36-44

Koivuniemi, K., Holmberg-Marttila, D., Hirsso, P. & Mattelmäki, U. 2014. Terveystieteiden kompassi: Avain asiakkuuteen. Riika: Duodecim

Korhonen, A., Jylhä, V. & Holopainen, A. 2012. Millaiseen tietoon potilaan hoitoa koskevat päätökset perustuvat? Tutkiva hoitotyö 10 (1), 40-41.

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. 2018. Näyttöön perustuva toiminta. Tarpeesta tuloksiin. Saksa: Skhole Oy

Korhonen, T., Holopainen, A, Kejonen, P, Meretoja, R, Eriksson, E. & Korhonen, A. 2015. Hoitotyöntekijän tärkeä rooli näyttöön perustuvassa toiminnassa. Tutkiva hoitotyö 13(1), 44-51.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. painos. Tampere: Vastapaino

Laitinen-Pesola, J. 2011. Tuottavuus sairaanhoitajan työssä. Teoksessa Ranta, I. (toim.). Sairaanhoitaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Edita

Mäkipää, S. & Hahtela, N. 2011. Teoksessa Ranta, I. (toim.) Sairaanhoidaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Edita

Mäkipää, S. & Korhonen, T. 2011. Teoksessa Ranta, I. (toim.) Sairaanhoidaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Edita

Oksanen, J. 2014. Motivointi työväliseenä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Ruuskanen, I. 2011. Koulutuksesta työelämään. Vastavalmistunut sairaanhoidaja asiantuntijana. Teoksessa Ranta I. (toim.) Sairaanhoidaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Edita.

Sarajärvi, A., Mattila, L. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. 2016. Geriatria. 3. painos. Tallinna: Duodecim.

Tuomi, L. & Sumkin, T. 2012. Osaamisen ja työn johtaminen. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. painos. Jyväskylä: PS- kustannus.

Viitala, R. 2013. Henkilöstöjohtaminen: Strateginen kilpailutekijä. Helsinki: Edita

Virtainlahti, S. 2009. Hiljaisen tietämyksen johtaminen. Helsinki: Talentum.

Yin, R. 2013. Kvalitativ forskning från start till mål. Lund: Studentlitteratur AB

Sähköiset

Ahtiluoto, A., Kaila, M., Komulainen, J., Mäkelä, M. & Sipilä, R. 2017. Suomalaisten hoitosuositusten käyttöönoton tutkimusta tarvitaan lisää. Viitattu 30.3.2019. <http://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2017/18/duo13906>

Daamen, MA, Hamers JP, Gorgels AP, Brunnel-La Rocca HP, Tan FE, van Diejen-Visser MP. & Schols JM. 2015. Heart failure in nursing home residents; a cross-sectional study to determine the prevalence and clinical characteristics. Viitattu 5.2.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26675117>

Diabetesliitto. 2019. Yksilöllinen hoito ja diabetes kuntoon. Viitattu 13.3.2019. https://www.diabetes.fi/diabetes/tyypin_2_diabetes

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Viitattu 13.5.2019. <https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

Eriksson, J. 2018. Tietoa potilaalle: Liikunta ja tyypin 2 (aikuistyyppin) diabetes. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 19.3.2019. https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=dlk00930

ETENE. 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. Etene-julkaisuja 32. Viitattu 7.3.2019. <https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841>

Finne-Soveri, H. 2019. Iäkkäiden pitkäaikaishoidon erityiskysymykset palvelutalossa. Lääkärin käsikirja. Viitattu 1.4.2019. https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/aava?p_artikkeli=ykt01414

- Flinkman, M., Leino-Kilpi, H., Numminen, O., Jeon, Y., Kuokkanen, L. & Merteoja, R. 2017. Nurse Competence Scale: a systematic and psychometric review. Viitattu 12.3.2019. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.13183>
- Helminen, K. 2017. Nursing students' final assessment in clinical practice. Perceptions of teachers, students and mentors. Viitattu 14.3.2019. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2420-9/urn_isbn_978-952-61-2420-9.pdf
- HUS. 2019. Asiakkaan osallisuus- ja vaikutusmahdollisuuksia. Viitattu 30.3.2019. <https://www.hus.fi/potilaalle/palaute-ja-osallisuus/Sivut/default.aspx>
- Ilanne-Parikka, P. 2018a. Tyypin 1 diabeteksen hoito. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 14.3.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00774
- Ilanne-Parikka, P. 2018b. Tyypin 1 diabetes: hoito. Lääkäriin käsikirja. Viitattu 14.3.2019. www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt00557
- Jylhä, A & Salonen, K. 2017. Diabeteksen hoidon tavoitteet ja seuranta. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 14.3.2019. https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk02320
- Kangasniemi, M., Hipp, K., Häggman-Laitila, A., Kallio, H., Karki, S., Kinnunen, P., Pietilä, A., Saarnio, R., Viinamäki, L., Voutilainen, A. & Waldén, A. 2018. Optimoitu sote-ammattilaisten koulutus- ja osaamisuudistus. Viitattu 15.2.2019. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160883/39-2018-Optimoitu%20sote-osaaminen.pdf>
- Kiljunen, O. 2019. "Käsi-parilla" ei pärjää - iäkkäiden moninaiset tarpeet haastavat hoitohenkilökunnan osaamisen hoitokodeissa. Viitattu 26.3.2019. <https://www.uef.fi/-/kasiparilla-ei-parjaa-iakkaiden-moninaiset-tarpeet-haastavat-hoitohenkilokunnan-osaamisen-hoitokodeissa>
- Kilpeläinen, T. 2010. Ulkomaalaisen sairaanhoitajan opas suomalaiseen työelämään. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 11.3.2019. http://www.workfinland.fi/upload/Tiedostot/Viimeisin_Ulkomaalaisen_sairanhoitaja_n_opas_suomalaiseen_tyolamaan_.pdf
- Korhonen, T., Hahtela, N., Siltanen, H. & Holopainen A. 2018. Toteutuuko näyttöön perustuva toiminta Suomessa? Raportti nykytilasta hoitotyön edustajien kuvaamana. Viitattu 16.3.2019. https://sairanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2018/02/npt_raportti_digi.pdf
- Koski, S. 2009. Diabetes terveydenhuoltoalan koulutuksessa. Selvitys ja suositukset. Viitattu 25.2.2019. https://www.diabetes.fi/files/1041/Diabetes_terveydenhuoltoalan_koulutuksessa.pdf
- Kotila, J., Axelin, A., Fagerström, L., Flinkman, M., Heikkinen, K., Jokiniemi, K., Korhonen, A., Merteoja, R. & Suutarla, A. 2016. Sairanhoitajien uudet työnkuvat - laatua tulevaisuuden sote-palveluihin. Sairanhoitajaliitto. Viitattu 14.3.2019. <https://sairanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2016/04/Laajavastuinen-sairanhoitaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf>
- Kvalimotv. 2019. Triangulaatio. Viitattu 21.2.2019. https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_4.html
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Viitattu 26.2.2019. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940559>
- Lehtomäki, L. 2009. Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi. Akateeminen väitöskirja. Viitattu 12.3.2019. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66495/978-951-44-7758-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Levin, RF., Fineout-Overholt, E., Melnyk, BM., Barnes, M. & Vetter, MJ. 2011. Fostering evidence-based practice to improve nurse and cost outcomes in a community health setting: a pilot test of the advancing research and clinical practice through close collaboration model. Viitattu 13.3.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21157261>
- Mustajoki, P. 2018a. Tietoa potilaalle: Diabeteksen jalkaongelmat ja niiden ehkäisy. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 15.3.2019. https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=dlk00768&p_haku=diabeetikko
- Mustajoki, P. 2018b. Tietoa potilaalle: Liikuntaohje tyyppin 1 diabeteksessä. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 19.3.2019. https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=dlk00888&p_haku=diabeetikko
- Mäkinen, H. 2017. Diabetekseen liittyvät lisäsairaudet. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 20.3.2019. https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk02329
- Nelimarkka, L. & Arola, J., 2012. Ketoasidoosin hoito. Suomen lääkärilehti 67,33-38. Viitattu 13.3.2019. www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=s1136882&p_haku=diabetes
- Puttonen, J. 2017. Sairaanhoidajan eettiset velvollisuudet. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 6.3.2019. https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk04401
- Rautiainen, E., Vallimies-Patomäki, M., Aitamurto, J., Merasto, M., Moisio, E-L., & Tepponen M. 2016. Kliinisen hoitotyön erikoisosaaminen. Kehittämisehdotukset tukemaan työelämän muutosta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 61. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. Viitattu: 26.3.2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/78989/STM_raportti.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rönnemaa, T. 2013. Tyyppin 2 diabeteksessä hyperglykemian hoitotavoite on yksilöllinen. Lääketietoa Fimeasta. Viitattu 19.3.2019. https://www.terveysportti.fi/terveysportti/laake.dlr_laake.artikkeli?haku=diabetes%20tut...
- Saaranen-Kauppinen & Puusniekka. 2019. Validiteetti. Motv. Viitattu 5.3.2019. https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3_1.html
- Saunders, H. (2016). Nurse´s readiness for evidence- based practice: Implementing the paradigm shift of transforming evidence for clinical practice. Kuopio. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 18.2.2019. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2167-3/urn_isbn_978-952-61-2167-3.pdf tai <https://www.uef.fi/-/naytoon-perustuva-toiminta-ei-ole-viela-vakiintunut-hoitotyohon>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Valtioneuvoston periaatepäätös. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021. Viitattu 12.03.2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf
- Stancakova, A. 2010. Tyyppin 2 diabetes voi kehittyä kahden eri mekanismin kautta. Viitattu 26.3.2019. https://archive.uef.fi/vaitostiedotteet/uef-fi/2010/6.3._Tyyppin_2_diabetes_voi_kehitty_kahden_eri_mekanismi_kautta.html
- Straus, S. & Haynes, B. 2009. Managing evidence-based knowledge: the need for reliable, relevant and readable resources. Viitattu 12.3.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2670907/>

Terveydenhuoltolaki 169/2007. Viitattu 29.4.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#a1326-2010>

Terveyskirjasto. 2018. Diabetes. Viitattu 26.2.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00011#s2

THL. 2019. Osaamiskartoitus ja sen vaiheet. Viitattu 30.3.2019. <https://thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/toimijat-tyon-tuki-hallinto/tyon-tuki/osaamiskartoitus>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Viitattu 5.2.2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valvira. 2017. Sosiaalihuollon tehtävissä toimiminen. Viitattu 19.3.2019. <https://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/sosiaalihuollon-ammattioikeudet/sosiaalihuollon-tehtavissa-toimiminen>

Vilka, H. 2014. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Viitattu 30.3.2019. <http://hanna.vilka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>

Vilpas, P. 2018. Ohjeita kvantitatiiviseen tutkimukseen. Metropolia AMK. Viitattu 9.3.2019. <https://wiki.metropolia.fi/download/attachments/86116000/Ohjeita+kvantitatiiviseen+tutkimukseen+osa1.pdf?version=4&modificationDate=1385368226000>

Yhtymähallitus. 2013. Peruspalvelukuntayhtymä Kallion potilasturvallisuussuunnitelma. POTILASTURVALLISUUSSUUNNITELMA. Viitattu 15.3.2019. http://www.kalliopp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/kallio/embeds/kalliowwwstructure/16145_Valmis_potilasturvallisuussuunnitelma.pdf

Yki-Järvinen, H. 2019. Tyypin 2 diabeteksen hoito ja seuranta. Lääkärin käsikirja. Viitattu 15.3.2019. https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt00561

Yki-Järvinen, H & Tuomi, T. 2018. Diabeteksen määritelmä, erotusdiagnoosi ja luokitus. Lääkärin käsikirja. Viitattu 13.3.2019. www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt00552

Kuviot

Kuvio 1: Sairaanhoidajien osaamistaso diabeteksestä	26
Kuvio 2: Sairaanhoidajien itsearvioitu osaaminen verrattuna objektiiviseen osaamiseen	27
Kuvio 3: Oikeiden vastausten määrä prosentteina	28

Liitteet

Liite 1: Kyselylomake sairaanhoitajien diabeteshoidon osaamisen tutkimukseen	42
Liite 2: Kyselylomakkeen oikeat vastaukset	47
Liite 3: Kyselylomakkeen saatekirje	50

Liite 1: Kyselylomake sairaanhoitajien diabeteshoidon osaamisen tutkimukseen

Tutkimus sairaanhoitajien diabeteshoidon osaamisesta.

Kyselylomakkeen täyttöön olisi hyvä varata aikaa noin 15 minuuttia. Kyselyssä on tarkoitus kartoittaa todellista osaamista. Täten olisi tärkeää, että esimerkiksi Googlea ei käytettäisi apuna. Monivalintakysymyksissä valitse oikea/oikeat vaihtoehdot. Kiitos vastauksistanne.

1. Työkokemus hoitoalalla

- Alle 1 vuosi
- 1-5 vuotta
- 5-10 vuotta
- Yli 10 vuotta

2. Työkokemus tehostetussa asumispalvelussa

- Alle 1 vuosi
- 1-5 vuotta
- 5-10 vuotta
- Yli 10 vuotta

3. Tämänhetkinen diabetesosaamiseni on kehittynyt

- Sairaanhoitaja koulutuksen myötä
- Työkokemuksen myötä
- Lisäkoulutuksen myötä

4. Tyypin 2 diabetekselle on ominaista, että

- Oireet (mm. janon tunne) voivat ilmaantua yhtäkkiä.
- Kehittyy hitaasti.
- Insuliinin tarve kasvaa ylipainon vuoksi.
- Haima ei tuota insuliinia ollenkaan.

5. Ikääntyneen ihmisen diabeteksen oireet voi olla.

- Olemattomat.
- Virtsan karkailu.
- Muistamattomuus.
- Janon tunne, virtsamäärien lisääntyminen ja laihtuminen.

6. Diabetes todennetaan.

- Vain verensokeriarvojen mittausten perusteella.
- Oireiden sekä kohonneiden verensokeriarvojen mukaan.

7.Hyperglykemian oireita ovat

- Kova jano, väsymyksen tunne, lisääntynyt virtsaamisen tarve, tajunnantason heikkeneminen, reagoitokyvyn aleneminen, pahoinvointi.
- Happomyrkytys eli ketoasidoosi.

8.Hypoglykemian oireita ovat

- Ärtisyys, vapina, heikotus, hikoilu, sekavuus, kalpeus, näköhäiriöt.
- Lisääntynyt virtsamäärä, ripuli, ahdistuneisuus.

9.Ikääntyneelle diabeetikolle hypoglykemia voi aiheuttaa

- Rytmihäiriöitä.
- Rintakipuja.
- Aivoverenkierron häiriön.
- Jalkojen verenkiertohäiriön.

10.Mitkä ovat 1 tyyppin diabetesta sairastavan verensokerin yleiset tavoitearvot 2 tuntia aterian jälkeen?

- 4-7 mmol/l
- 8-10 mmol/l
- 11-15 mmol/l
- 16-20 mmol/l

11.Insuliinin vaikutus on yksilöllistä. Kuinka paljon 1 ky pikainsuliinia laskee verensokeria tavallisesti?

- n. 1-4 mmol/l
- n. 5-9 mmol/l
- n. 9-14 mmol/l
- n. 14-20 mmol/l

12.Insuliinin pistosalueen ihoa on seurattava säännöllisesti, jotta

- Pistosalueella ei ole ongelmia ja insuliini imeytyisi hyvin.
- Ihon kunto pysyisi hyvänä.

13.Insuliini kuuluu pistää aina lihakseen.

- Oikein
- Väärin

14.Miten tulisi toimia jos ikääntyneen aamuverensokeri on toistuvasti yli 7-8mmol/l?

- Tulisi verensokerin alentava lääkehoito lopettaa.
- Tulisi verensokerin alentava lääkehoito aloittaa tai tehostaa.
- Tulisi verensokeria alentavaa lääkehoitoa jatkaa ennallaan.
- Tulisi verensokeria alentavaa lääkehoitoa pienentää.

15. Tablettimuotoiset lääkkeet olisi hyvä ottaa joka päivä samaan aikaan, jotta

- Lääkkeenotto ei unohtuisi.
- Lääkeaineen vaikutus olisi mahdollisimman tasainen.

16. Glimepiridi tablettilääke

- Lisää sokerin eritystä maksasta.
- Lisää insuliinineritystä.
- Saattaa aiheuttaa verensokerin liiallista laskua.
- On turvallinen lääke, sillä pitää verensokerin aina optimaalisella tasolla.

17. Pääasiallinen käyttöaihe pitkävaikutteisilla insuliineilla on

- Riittämättömän haiman insuliinin tuoton korvaaminen.
- Perusinsuliinin saannin turvaaminen.
- Purkaa insuliiniresistenssi.
- Aterioiden aiheuttaman verensokerin nousun hoitaminen.

18. Kykenen toteuttamaan asukkaan insuliinihoitoa

- Hoitosuunnitelman insuliini pistosohjeita noudattamalla.
- Asukkaan yleisvoinnin mukaan.
- Mitatun verensokeriarvon perusteella.
- Kysyn usein apua muilta.

19. Onko diabeteslääkityksessä jotain epäselviä kohtia, joista tiedustelet kollegoilta tai lääkäriltä ja mitä nämä mahdollisesti ovat?

20. Asukkaan verensokerin laskiessa alle 4 mmol/l on kyseessä matala verensokeriarvo, tällöin annan hänelle nopeasti imeytyvää hiilihydraattia suun kautta ja jään seuraamaan verensokeritason nousua.

- Kyllä
- Ei

21. Hiilihydraatit vaikuttavat verensokeriin yksilöllisesti. Kuinka paljon 10 grammaa hiilihydraattia tavallisesti nostaa verensokeria?

- n. 0 mmol/l
- n. 2 mmol/l
- n. 8 mmol/l
- n. 10 mmol/l

22. Kuinka pitkään ateriainsuliinin, Novorapidin vaikutus kestää?

- 10-20 minuuttia insuliinin annosta.
- 1-2 tuntia insuliinin annosta.
- 1-3 tuntia insuliinin annosta.
- 3-5 tuntia insuliinin annosta.

23. Ateriainsuliinin annon yhteydessä on hyvä ohjata asukasta syömään

- Viimeistään 5 minuutin kuluessa insuliinin annosta.
- Viimeistään 30 minuutin kuluessa insuliinin annosta.
- Viimeistään 40 minuutin kuluessa.
- Viimeistään tunnin kuluessa.

24. Mitkä neljä tuntomerkkiä määrittää että diabeetikolla on riskijalka?

25. Luettele vähintään neljä toimintoa jalkojen päivittäisessä perushoidossa.

26. Kuuluuko kovettuman hoito jalkaterapeutille tai jalkojenhoitajalle?

- Kyllä
- Ei

27. Miten liikunta vaikuttaa diabetekseen?

- Verensokeriaineenvaihdunta tehostuu ja insuliiniherkkyys paranee.
- Verensokeriaineenvaihdunta hidastuu ja insuliiniherkkyys heikkenee.
- Ei mitenkään
- Diabetes sairautena pahenee

28. Millä tavoin ikääntyneen diabeetikon lisäsairaudet (sydän, liikunta- ja tukielin sairaudet) tulee sovittaa toiminta- ja liikkumiskykyyn?

- Suosittelemalla nopeitempoista, päivittäistä kestävyysliikuntaa.
- Suosittelemalla rauhallista, päivittäistä kestävyysliikuntaa.
- Huomioimalla rasitustaso ja rasitusmuodot.
- Huomioimalla ainoastaan asianmukainen vaatetus.

29. Pyydät neuvoa/tukea asukkaan diabeteksen hoitoon liittyen

- Joka päivä
- Joka viikko
- Joka kuukausi
- Harvemmin

30. Oma arviosi diabeteshoidon osaamistasostasi asteikolla 1-5

- 1 (Välttävä)

- 2 (Tyydyttävä)
- 3 (Hyvä)
- 4 (Kiitettävä)
- 5 (Erinomainen)

31. Onko diabeteshoidossa joitain haasteellisia asioita ja mitkä ne ovat?

32. Olisiko sinulla mahdollisia aiheideoita lisäkoulutusta ajatellen?

33. Olisiko sinulla jotain lisättävää, jota ei kyselyssä tullut esille?

Liite 2: Kyselylomakkeen oikeat vastaukset

Kyselylomakkeen oikeat vastaukset:

4. Tyypin 2 diabetekselle on ominaista, että

-Kehittyy hitaasti.

-Insuliinin tarve kasvaa ylipainon vuoksi.

5. Ikääntyneen ihmisen diabeteksen oireet voivat olla

-Olemattomat.

-Kehittyy hitaasti.

-Muistamattomuus.

-Janon tunne, virtsamäärien lisääntyminen ja laihtuminen.

6. Diabetes todennetaan

-Oireiden sekä kohonneiden verensokeriarvojen mukaan.

7. Hyperglykemian oireita ovat

-Kova jano, väsymyksen tunne, lisääntynyt virtsaamisen tarve, tajunnantason heikentyminen, reagoitakyvyn aleneminen, pahoinvointi.

-Happomyrkytys eli ketoasidoosi.

8. Hypoglykemian oireita ovat

-Ärtisyys, vapina, heikotus, hikoilu, sekavuus, kalpeus, näköhäiriöt.

9. Ikääntyneelle diabeetikolle hypoglykemia voi aiheuttaa

-Rytmihäiriöitä.

-Rintakipu.

-Aivoverenkierron häiriön.

10. Mitkä ovat 1 tyypin diabetesta sairastavan verensokerin yleiset tavoitearvot 2 tuntia aterian jälkeen?

-8-10 mmol/l

11. Insuliinin vaikutus on yksilöllistä. Kuinka paljon 1 ky pikauinsuliinia laskee verensokeria tavallisesti?

- n.1-4 mmol/l.

12. Insuliinin pistosalueen ihoa on seurattava säännöllisesti, jotta

-Pistosalueella ei ole ongelmia ja insuliini imeytyisi hyvin.

13. Insuliini kuuluu pistää aina lihakseen.

-Väärin.

14. Miten tulisi toimia jos ikääntyneen aamuverensokeri on toistuvasti yli 7-8 mmol/l?

-Tulisi verensokerin alentava lääkehoito aloittaa tai tehostaa.

15. Tablettimuotoiset lääkkeet olisi hyvä ottaa joka päivä samaan aikaan, jotta

-Lääkeaineen vaikutus olisi mahdollisimman tasainen.

16. Glimepiridi tablettilääke

-Lisää insuliinineritystä.

-Saattaa aiheuttaa verensokerin liiallista laskua.

17. Pääasiallinen käyttöaihe pitkävaikutteisilla insuliineilla on

- Riittämättömän haiman insuliinin tuoton korvaaminen.

- Perusinsuliinin saannin turvaaminen.

20. Asukkaan verensokerin laskiessa alle 4 mmol/l on kyseessä matala verensokeriarvo, tällöin annan hänelle nopeasti imeytyvää hiilihydraattia suun kautta ja jään seuraamaan verensokeritason nousua.

-Kyllä.

21. Hiilihydraatit vaikuttavat verensokeriin yksilöllisesti. Kuinka paljon 10 grammaa hiilihydraattia tavallisesti nostaa verensokeria?

-2 mmol/l.

22. Kuinka pitkään ateriainsuliinin, Novorapidin vaikutus kestää?

-3-5 tuntia insuliinin annosta.

23. Ateriainsuliinin annon yhteydessä on hyvä ohjata asukasta syömään

-Viimeistään 30 minuutin kuluessa insuliinin pistosta.

24. Mitkä neljä tuntomerkkiä määrittää, että diabeetikolla on riskijalka?

-Jalassa on tuntuu puutoksia.

-Jalassa on verenkiertohäiriöitä.

-Jalassa on kuormitusmuutoksia.

-Jos on aikaisemmin ollut haavauma.

25. Luettele vähintään neljä toimintoa jalkojen päivittäisessä perushoidossa.

-Jalkojen päivittäinen pesu kädenlämpöisellä vedellä. Jos jalat ovat likaiset, voidaan käyttää mietoa saippuaa. Jalkoja ei pidä liottaa, koska vettynyt iho on altis sieni- ja bakteeri-infektioille.

-Jalat kuivataan pehmeällä pyyhkeellä varvas varpaalta. Kosteaksi jäänyt iho altistuu sieni ja bakteeri-infektioille.

- Jalat rasvataan päivittäin. Mitä kuivempi iho on, sitä rasvaisempi voide valitaan. Voide hierotaan kunnolla ihoon, etenkin kovettumakohtiin. Varvasvälejä ei rasvata, koska se voi altistaa hautumille. -----Jalat tarkistetaan päivittäin pesun yhteydessä. Huomioidaan ihon kunto, lämpö, väri, hautumat, kovettumat, rakkulat, kynnet ja kynsien ympäristö. Apuna voi käyttää peiliä. Poikkeavien löydösten, kuten esimerkiksi ihorikon, haavan, kynnen ympäristön punoituksen tai kivun ilmaantuessa tulee ottaa yhteyttä sovittuun hoitopaikkaan pa-rin vuorokauden kuluessa.

26. Kuuluuko kovettuman hoito jalkaterapeutille tai jalkojenhoitajalle?

-Kyllä.

27. Miten liikunta vaikuttaa diabetekseen?

-Verensokeriaineenvaihdunta tehostuu ja insuliiniherkkyys paranee.

28. Millä tavoin ikääntyneen diabeetikon lisäsairaudet (sydän-, liikunta- ja tukielin-sairaudet) tulee sovittaa toiminta- ja liikkumiskykyyn?

-Suosittelemalla rauhallista, päivittäistä kestävyysliikuntaa.

-Huomioimalla rasisitus-taso ja rasisitusmuodot.

Liite 3: Kyselylomakkeen saatekirje

Saatekirje

Hyvä vastaanottaja,

Olemme sairaanhoitaja opiskelijoita Laurea Ammattikorkeakoulusta, Porvoon kampukselta. Opintojemme loppuvaiheeseen kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa tehostetun asumispalveluyksiköiden sairaanhoitajien osaamista diabeteksen hoitotyön osalta ja selvittää mitkä ovat heidän haasteensa diabeteksen hoitotyössä.

Yhteistyökumppanimme toimii Helsingin XXXXXXXXXX

Tutkimukseen osallistuminen ja kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, eikä aiheuta kustannuksia. Vastaaminen tapahtuu sähköisellä lomakkeella. Kyselyyn vastataan anonyymisti, joten osallistuvien henkilöllisyys ei paljastu ulkopuolisille. Antamasi tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja saatua aineistoa käytetään vain tähän tutkimukseen. Aineisto säilytetään ja hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua. Kieltäytyminen tai keskeyttäminen on mahdollista ilman perusteluja tai vaikutusta työsuhteeseen. Vastaamalla kyselyyn annat suostumuksesi vastauksiesi hyödyntämiseen opinnäytetyössä ja autatte osaamisen kehittämistä organisaatiossanne.

Kiitämme yhteistyöstäsi ja toivomme, että vastaat kyselyyn, tutkimuksen onnistumisen kannalta. Jos sinulle herää aiheeseen liittyen kysymyksiä, voit ottaa meihin yhteyttä.

Kiitos vastauksistasi.

Jenni Heikkilä jenni.k.heikkila@student.laurea.fi

Susanna Pekkarinen susanna.pekkarinen@laurea.fi