



# Diabeteshoitajien kokemuksia omasta työstään

Pekka Kotkatniemi

Sami Tuuri & Akseli Vääräkangas

OPINNÄYTETYÖ

Lokakuu 2019

Sairaanhoitajan koulutusohjelma

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitajan koulutusohjelma

KOTKATNIEMI, PEKKA & TUURI, SAMI & VÄÄRÄKANGAS, AKSELI  
Diabeteshoitajien kokemuksia omasta työstään

Opinnäytetyö 43 sivua, joista liitteitä 3 sivua  
Lokakuu 2019

---

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää diabeteshoitajien kokemuksia työstään. Lähdimme selvittämään diabeteshoitajien työnkuvaa, heidän kokemuksiaan työstään ja mahdollisia kehitysehdotuksia. Opinnäytetyö tehtiin laadullisena tutkimuksena haastattelemalla Tampereen kaupungin diabeteshoitajia.

Opinnäytetyössä ilmeni, että diabeteshoitajien työ on laaja-alaista, ja he ovat vastuussa diabetesta sairastavien kokonaishoidosta. Potilasohjausta sisältyy työnkuvaan runsaasti. Teknologian kehittyminen tuo hoitotyötä helpottavia ratkaisuja. Diabeteshoitajat saavat mielestään riittävästi koulutusta ja tukea työhönsä. Teknologian satunnainen toimimattomuus aiheuttaa toisinaan ongelmia. Diabeteshoitajat kokevat, että lääkäripula ja aikapula ovat toisinaan työntekoa vaikeuttavia asioita.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että diabeteshoitajat kokevat työnsä vastuulliseksi ja sen myötä motivoivaksi. Tampereen kaupungin diabeteshoitajat ovat pääosin tyytyväisiä työssään ja kokevat työnsä mielekkääksi. Jatkotutkimusehdotuksina on selvittää kotihoidon hoitajien diabetesosaamista ja teknologiakoulutuksen kehittämistä.

---

Asiasanat: diabetes, diabeteshoitaja, diabetespotilaan hoitotyö

## **ABSTRACT**

Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Option of Nursing

KOTKATNIEMI, PEKKA & TUURI, SAMI & VÄÄRÄKANGAS, AKSELI  
Experiences of diabetic nurses

Bachelor's thesis 43 pages, appendices 3 pages  
October 2019

---

The purpose of this study was to examine the work experiences of diabetic nurses. The study was carried out in co-operation with the city of Tampere. The study was conducted with a qualitative approach. Data was collected by individual interviews with 5 diabetic nurses.

It was found that technology improves the effectiveness of care with treatment of diabetes. Study shows that the lack of medical doctors in health care centers is one of the key issues in diabetic care.

All respondents considered their work to be responsible and comprehensive. They felt that their work was challenging and thereby motivating. All respondents enjoyed working as a diabetic nurse.

---

Key words: diabetes, diabetic nurse, diabetic nursing

## SISÄLLYSLUETTELO

1	JOHDANTO .....	6
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	7
	2.1.1 Tyypin 1 diabeteksen hoito .....	8
	2.1.2 Tyypin 2 diabeteksen hoito .....	9
	2.2 Diabeteksen liitännäissairaudet.....	10
	2.3 Diabeteshoitaja ja pätevyys.....	11
	2.4 Diabetesta sairastavan hoitoketju .....	13
	2.4.1 Tyypin 1 diabetesta sairastavan hoitoketju .....	13
	2.4.2 Tyypin 2 diabetesta sairastavan hoitoketju .....	14
	2.5 Teknologia ja digitalisaatio .....	15
	2.6 Lääkeosaaminen.....	16
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE.....	18
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT .....	19
	4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä .....	19
	4.2 Aineistonkeruumenetelmät.....	19
	4.3 Aineiston analysointi .....	20
5	TULOKSET .....	23
	5.1 Asiantuntijuus.....	23
	5.1.1 Osaaminen .....	23
	5.1.2 Ammattitaidon kehittäminen .....	24
	5.2 Toimintaympäristö.....	25
	5.2.1 Diabeteshoitajan rooli .....	25
	5.2.2 Teknologia hoitotyössä.....	26
	5.2.3 Rakenteelliset haasteet .....	26
	5.3 Potilaskeskeisyys .....	27
	5.3.1 Potilaan yksilöllisyys .....	27
	5.3.2 Potilaslähtöiset haasteet.....	28
6	POHDINTA .....	29
	6.1 Tulosten tarkastelu .....	29
	6.1.1 Asiantuntijuus .....	29
	6.1.2 Toimintaympäristö .....	30
	6.1.3 Potilaskeskeisyys .....	31
	6.2 Jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotukset.....	33
	6.3 Eettisyys ja luotettavuus.....	34
	6.4 Opinnäytetyöprosessin pohdinta .....	36
	LÄHTEET.....	38

LIITTEET.....	41
Liite 1. Teemahaastattelun runko.....	41
Liite 2. Saatekirje ja suostumuslomake.....	42

## 1 JOHDANTO

Diabetesta sairastaa noin joka kymmenes Suomen aikuisväestöstä. Se on yksi nopeimmin kasvavista kansansairauksista. (Koski 2010, 6.) Valtaosa diabetesta sairastavista on tyypin 2 diabeetikkoja (Sund ym. 2009, 6). Näistä syistä johtuen katsomme tärkeäksi tuottaa lisätietoa diabeteshoitajien työstä ja siten vaikuttaa diabeteksen hoidon kehittämiseen.

Mielenkiintomme aiheeseen heräsi, kun työharjoittelujaksolla opinnoissamme tutustuimme diabeteshoitajien työnkuvaan sekä heidän työssään kohtaamiinsa haasteisiin. Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa Tampereen kaupungin terveysasemilla toimivien diabeteshoitajien kokemuksia työstään. Tavoitteenamme on tuottaa tietoa, jota voitaisiin hyödyntää diabeteshoitajien työn kehittämässä. Yhteistyötahonamme toimii Tampereen kaupunki.

Teemme laadullisen tutkimuksen, koska se antaa meille mahdollisuuden käyttää avointa tai puolistrukturoitua tiedonkeruumenetelmää. Tulokset on kerätty haastattelemalla viittä Tampereen kaupungin diabeteshoitajaa. Haastattelut on toteutettu yksilöhaastatteluina. Aineiston analysointi on toteutettu sisällönanalyysin keinoin. Pyrkimyksenämme on saada tällä tavoin haastateltavilta tietoa, jota voidaan käyttää diabeteshoitotyön kehittämässä. Opinnäytetyömme voi mahdollisesti toimia inspiraationa tuleviin opinnäytetöihin tai tutkimuksiin.

## 2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tuomen & Sarajärven (2018) mukaan viitekehyksessä eli teoriassa käsitellään keskeisiä käsitteitä ja niiden välisiä suhteita. Teoriaosuus voidaan jakaa kahteen osaan: tutkimuksessa käytettävän metodologian käsittelyyn ja aiheesta jo olemassa olevan tiedon käsittelyyn. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 23–24.) Opinnäytetyömme keskeisiksi käsitteiksi valikoituivat diabetes, diabeteshoitaja ja diabetespotilaan hoitotyö. Teoreettisissa lähtökohdissa tuomme esille olemassa olevaa tietoa diabeteksestä, diabeteksen hoidosta ja diabeteshoitajan roolista sekä tässä opinnäytetyössä käytetystä metodologiasta laadukkaita lähteitä hyödyntäen.

### 2.1 Diabetes

Suomessa diabetesta sairastavia on yli 350 000. Tyypin 1 diabetesta sairastaa noin 50 000, ja loppuosa on lähinnä tyypin 2 eli aikuisiän diabetesta sairastavia. Diabetes on veren sokeripitoisuuden energia-aineenvaihdunnallinen häiriö. Diabetesta on erilaisia ja eriasteisia sairauksia, joille yhtenäistä on veren kohonnut sokeripitoisuus. Kaksi diabeteksen päätyyppiä ovat tyypin 1 ja tyypin 2 diabetes. Diabeteksestä on myös harvinaisempia alamuotoja, muun muassa raskausdiabetes tai haimatulehduksesta johtuva diabetes. 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 erityys haimasta ei ole riittävä. (Ilanne-Parikka, Rönnemaa, Saha & Sane 2015, 9–10.)

Yleisiä tavoitteita sekä tyypin 1 että tyypin 2 diabeteksen hoidossa on varmistaa hyvä elämänlaatu, mahdollisimman normaali arki ja komplikaatioiden minimoiminen. Hyvässä tilanteessa verensokeri ei sahaa korkeiden ja matalien arvojen välillä, vaan pysyttelee tasaisesti viitearvojen sisällä. Seurannan mittareina toimivat pääasiassa pitkäaikais-sokeriarvo, verensokerin paastoarvo ja aterian jälkeinen verensokeriarvo. Lisäksi diabeetikoilla seurataan LDL-kolesterolipitoisuutta ja verenpainetta. (Käypä hoito -suositus: Insuliininpuutosdiabetes 2018; Käypä hoito -suositus: Tyypin 2 diabetes 2018.)

Ravinnolla, lääkkeillä, liikunnalla, hormonitoiminnan vaihtelulla ja stressillä on merkittävää vaikutusta ihmisen verensokeritasoon. Diabeetikolla lisäksi lääke- ja insuliinihoito sekä insuliinin pistopaikka vaikuttavat. Verensokeritasoon vaikuttaa siis moni eri asia, jotka tulee ottaa huomioon diabeteksen hoidossa. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 266.)

### **2.1.1 Tyypin 1 diabeteksen hoito**

Tyypin 1 diabeetikoilla haiman oman insuliinin tuotannon puuttumiseen hoitona on insuliininkorvaushoito. Hoito toteutetaan erilaisilla insuliinivalmisteilla, joita annostellaan pumpuilla tai pistoksina ihonalaiskudokseen. Hoitoa seurataan päivittäin verensokerin mittaamisella ennen ruokailua ja sen jälkeen. Pidempiaikaista seuranta tehdään mittaamalla niin sanottu sokerihemoglobiini (HbA1c) 2–4 kertaa vuodessa. (Ilanne-Parikka 2018.)

Insuliinin korvaushoidossa käytetään pika- ja pitkävaikutteisia insuliineja. Pitkävaikutteista insuliinia pistetään säännöllisesti 1–2 kertaa päivässä, kun taas pikainsuliinia käytetään aterioiden yhteydessä ja tarvittaessa korjaamaan verensokeritasoa. Korkeita verensokeritasoja hoidetaan pikavaikutteisella korjausinsuliinilla, kun taas matalia verensokeritasoja hoidetaan hiilihydraattipitoisella ruualla. Insuliinilaatuja on monenlaisia, ja ne periaatteessa toimivat kaikilla. Erilaisten insuliinilaatujen toimivuus on kuitenkin yksilöllistä. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 266–267.)

Insuliinipumpussa käytetään yleensä lyhytvaikutteista insuliinia, joka menee jatkuvana infuusiona. Pumpulla voidaan antaa myös korjausannoksia tarvittaessa. Insuliinipumpun käytöllä on etuja monipistoshoitoon verrattuna. Sen käytössä on todettu vähemmän vakavia hypoglykemioita ja sokerihemoglobiinin pysyvän parempana. Kuitenkin pumpun käyttöön liittyy myös haasteita, kuten potilaalta vaadittava oma osaaminen, joten se ei sovellu kaikille. (Himanen ym. 2012, 3477–3478.)

Verensokeritason omaseuranta on erittäin tärkeä osa monipistoshoittoa. Mittausten määrä on yksilöllistä ja riippuu taudin hoitotasapainosta, mutta yleensä määrä



on neljästä viiteen mittausta vuorokaudessa. Mittaus voidaan toteuttaa sormenpäästä otettavasta verinäytteestä tai jatkuvasti yleistyvillä mittaussensoreilla. Hoitajalla on tärkeä rooli potilaan ohjaamisessa omatoimisiin mittauksiin sekä potilaan jaksamisesta huolehtimisesta, sillä jatkuva mittaaminen voi uuvuttaa monia. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 287–289.)

### **2.1.2 Tyypin 2 diabeteksen hoito**

Tyypin 2 diabeetikon hoidossa on kaksi keskeistä tavoitetta. Tärkein tavoite on verensokeritason laskeminen mahdollisimman lähelle normaaleja viitearvoja. Toinen tavoite on vähentää sepelvaltimotaudin ja aivohalvauksen vaaraa, koska diabeetikoilla on suurentunut riski niiden saamiselle. (Mustajoki 2018.)

Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan (Nguyen ym. 2010) riski sairastua tyypin 2 diabetekseen nousee, mitä enemmän ylipainoa henkilöllä on. Tutkimuksessa noin puolet tutkittavista diabeetikoista oli merkittävästi ylipainoisia (BMI >30). Tutkijat ehdottavatkin tyypin 2 diabeteksen pääasialliseksi hoidoksi painon pudottamista. (Nguyen ym. 2010.) Britanniassa tehdyssä hoitotutkimuksessa (Adamson ym. 2018) todettiin tehokkaalla laihdutuksella olevan merkittäviä hyötyjä. Tutkimuksessa yli 15 kiloa laihduttaneista diabeetikoista suurin osa (86%) pääsi taudin osalta remissioon eli taudin piiloon menoon ilman lääkkeitä. Myös pienemmällä laihduttamisella oli merkittäviä vaikutuksia. (Adamson ym. 2018.)

Mustajoki (2018) mainitsee tyypin 2 diabeteksen hoitoa käsittelevässä artikkelissaan pääasialliseksi hoidoksi laihduttaminen liikunnalla ja ruokailutottumusten muuttamisella. Verensokeritasojen normalisoitumisen ja energiamäärän vähentämisen lisäksi ruokavalion suunnittelussa tulee hänen mukaansa ottaa huomioon myös verisuonisairauksien riskin vähentäminen. Jos elämäntapojen muutokseen liittyy merkittävää painon pudottamista, on se suositeltavaa tehdä ohjattuna esimerkiksi diabeteshoitajan avulla. (Mustajoki 2018.)

Verensokeritason alentamiseen käytetään tarvittaessa lääkehoitoa. Lääkehoito aloitetaan aina verensokeritasoa alentavilla tableteilla, jotka hoitava lääkäri valitsee yksilöllisesti potilaan tarpeesta riippuen. Lääkkeet voivat vaikuttaa esimerkiksi maksan sokerituotantoon, haiman insuliinin tuotantoon, mahalaukun tyhjenemiseen tai sokerin sekä hiilihydraattien imeytymiseen. Ensisijainen lääke tyyppin 2 diabeteksen hoitoon on metformiini, joka vaikuttaa maksan sokerintuotantoon. Lääkehoidon lisäksi tarvitaan aina elämäntapamuutoksia tavoitteisiin pääsemiseksi. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 353–358.)

Insuliinia käytetään tarvittaessa tyyppin 2 diabeetikoille. Syitä insuliinihoidolle ovat elämäntapamuutosten ja tablettilääkkeiden riittämätön vaikutus insuliiniresistenssiin, tarve verensokeritason korjaamiselle aterian jälkeen tai haiman oman insuliinituotannon riittämättömyys. Tyyppin 2 diabeetikoilla voi ilmetä myös tilapäinen insuliinihoidon tarve. Tilapäisen insuliinihoidon syitä voivat olla tilapäiset stressitilanteet, infektiot tai muiden lääkkeiden vaikutukset. Insuliinihoitoa tulee arvioida jatkuvasti hoidon edetessä tai potilaan tilan muuttuessa, koska sen tarve vaihtelee. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 366–368.)

## **2.2 Diabeteksen liitännäissairaudet**

Diabeettinen neuropatia eli hermovaurio on kohonneen verensokerin hiljalleen aiheuttama yleinen diabeteksen liitännäissairaus. Tyypillisin hermovaurio on polyneuropatia, joka esiintyy pääasiassa jalkaterien alueella ja aiheuttaa usein jalkojen kipua ja puutumista. Neuropatian edetessä jalkojen tunto heikkenee, mikä altistaa ne vaurioille ja infektioille. Diabeettista neuropatiaa hoidetaan pitämällä veren glukoosipitoisuus ihanteellisena esimerkiksi diabeteslääkkeiden ja laihduttamisen avulla. (Mustajoki 2019a.)

Hyvin yleinen diabeetikon sairaalaan joutumisen syy on diabeteksen aiheuttama krooninen haavauma jalassa. Kaksi merkittävintä haavojen syntyyn vaikuttavaa tekijää ovat diabeettinen neuropatia ja alaraajojen tukkiva valtimotauti (Sinwar 2015). Neuropatian aiheuttama tunnottomuus ja virheasunnoista johtuvat ihon kovettumat ovat taustalla neuropaattisen haavan syntyyn. Haava ilmestyy usein

päkiän pohjaan tai isovarpaaseen, ja se on kivuton. Hoitamattomana ja pahentuessaan infektio voi edetä luuhun asti. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 229.)

Diabetekseen liittyvä heikentynyt valtimoverenkierto altistaa jalan hapenpuutteelle. Iskeeminen jalka -termiä käytetään, kun kudokset kuluttavat enemmän happea kuin saavat. Pahentuessaan hapenpuute johtaa kriittiseen tilaan, jossa jalkaa uhkaa kuolio. Oireita kriittisestä tilasta ovat leposärky, alkava kuolio tai iskemian aiheuttama haavauma. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 231.) Charcot'n jalka eli neuroartropatia on harvinainen, diabeetikoille kehittyvä autonomisen hermoston neuropatiaan ja jalan verisuoniin liittyvä häiriö. Se johtaa jalkapöydän luiden hajoamiseen ja jalkapöydän muodon muuttumiseen. (Mustajoki 2018.)

Diabeettinen nefropatia, eli diabetekseen liittyvä munuaissairaus on melko yleinen liitännäissairaus. Sitä esiintyy sekä tyypin 1 että tyypin 2 diabeetikoilla. Munuaisen ongelmat havaitaan liiallisesta valkuaisen erittymisestä virtsaan. Munuaisvauriot voivat edetä ajan kuluessa oireita aiheuttaviksi ja johtaa munuaisen vajaatoimintaan. Diabeettisen nefropatian tehokas ehkäisykeino on diabeteksen hyvä hoitotasapaino ja korkean verenpaineen hoitaminen. (Mustajoki 2019b.)

Diabeettinen retinopatia on yksi yleisimmistä diabeteksen liitännäissairauksista. Jopa 90 prosentilla tyypin 1 diabeetikoista on verkkokalvomuutoksia 20 vuoden sairastamisen jälkeen. Tyypin 2 diabeetikoista kolmasosalla voidaan todeta silmänpohjan muutoksia taudin alkuvaiheessa, mutta heillä muutokset johtavat harvemmin vakavaan verkkokalvosairauteen. (Seppänen 2018.) Diabeteksen hyvä hoitotasapaino on paras keino hidastaa ja ehkäistä muutoksia silmänpohjassa. Tarvittaessa näön heikkenemistä voidaan estää hyvin ajoitetulla laserhoidolla. (Ilanne-parikka ym. 2015, 496.)

### **2.3 Diabeteshoitaja ja pätevyys**

Diabeteshoitajan pätevyys perustuu Diabeteshoitajat ry:n laatimaan kriteeristöön, jonka on laatinut Diabeteshoitajat ry:n hallitus. Kriteeristön laatiminen nähtiin järkeväksi, koska Suomen sairaanhoitajaliiton jo vuodesta 2009 aloitetun klii-

nisen erityispätevyyden kriteerien täyttäminen velvoittaa Sairaanhoidajaliiton jäsenyyttä ja koulutusväylä on niin suuri, yhteensä 200 opintopistettä, että sillä ei ole ratkaistu diabeteshoitajan nimikeongelmaa. (Simonen 2012, 37.) Simonen (2012, 37) toteaa: "Kuudelle sairaanhoidajalle on myönnetty tähän mennessä kliinisen hoitotyön erityispätevyys pitkäaikaisiin terveysmuutoksiin liittyvän hoitotyön – diabeteshoitotyön asiantuntijuuden perusteella." Diabeteshoitajan kriteeristö esiteltiin Tampereella koulutuspäivillä huhtikuussa 2012, missä se sai hyvän vastaanoton erityisesti siksi, koska se korostaa koulutuksen, työkokemuksen ja työn sisällön merkitystä (Simonen 2012, 37).

Diabeteshoitajan peruskoulutuksena tulee olla joko sairaanhoidajan, kättilön tai terveydenhoitajan ammattitutkinto, minkä lisäksi diabeteshoitajan tulee käydä jatkokoulutuksia. Jatkokoulutus voi olla ammattikorkeakoulun järjestämä diabeteshoitotyön koulutus laajuudeltaan 10–30 opintopistettä tai ENDUP koulutus, jonka järjestää Euroopan diabeteshoitajien järjestö FEND (Federation in European Nurses in Diabetes; Simonen 2012, 38–39). Täydennyskoulutuksissa on useita eri vaihtoehtoja. Diabeteshoitajan tulisi käydä vuoden sisällä kahdessa koulutuksessa siten, että näistä yksi olisi valtakunnallinen. Näin tulisi toimia aina kolmen vuoden välein. (Simonen 2012, 38–39.)

Työkokemuksen tuomaa pätevyyttä tukee työnteko, jos sitä on viikossa vähintään 11,5h – vähempää tuntimäärää ei katsota pitävän yllä diabetesosaamista. Mitä enemmän diabeteshoitotyötä prosentuaalisesti viikosta on, sitä vähemmän työtä vuosissa tarvitsee olla kriteerien täyttymiseksi. 30–50 prosentin osuudella työkokemusta tulee olla 3 vuotta, 51–75 prosentin 2 vuotta, 76–100 prosentin yksi vuosi. (Simonen 2012, 38–39.)

Työn sisällön osalta Diabeteshoitajat ry:llä on 9 kohdan lista, josta kuukausittain tulee täyttyä viisi kohtaa.

1. Diabeetikoiden hoito ja hoidon seuranta.
2. Diabeetikoiden tukeminen, hoidonohjaus ja lisäsairauksien ehkäisy.
3. Diabeteksen ehkäisy, riskiryhmien seulonta ja tarvittaessa seuranta.
4. Konsultoivan hoitajan työ, terveydenhuollon ammattilaisten koulutus ja ohjaus.
5. Sidosryhmien kouluttaminen ja ohjaus, esimerkiksi lapsen vanhemmat, isovanhemmat, kouluhenkilökunta, päivähoitohenkilökunta.

6. Tutkimushoitajan ja tutkijan tehtävät, hoidon kehittämistehtävät.
7. Oppilasyhteistyö: esimerkiksi luennot, opiskelijoiden ohjaus.
8. Yhteiskunnallinen vaikuttaminen.
9. Yhteistyö Diabetesliiton ja paikallisten diabetesyhdistysten kanssa.  
(Simonen 2012, 39.)

## **2.4 Diabetesta sairastavan hoitoketju**

Koska työmme käsittelee diabeteshoitajien työtä Tampereen kaupungin sisällä, olemme rajanneet hoitoketjun tarkastelun Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tyyppin 1 ja tyyppin 2 diabeteksen hoitoketjuihin. Tampereen kaupunki vastaa perusterveydenhuollosta ja Pirkanmaan sairaanhoitopiiri erikoissairaanhoidosta (Sote ja maakuntaudistus Pirkanmaalla 2016, 55, 85).

### **2.4.1 Tyypin 1 diabetesta sairastavan hoitoketju**

Tyypin 1 diabeteksen hoitoketju Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä:

- Potilaalta jolla on diabeteksen oireita tai löydöksiä, mitataan verensokeritaso ja ketoainetaso päivystyksenä (Tyypin 1 diabetespotilaan hoitoketju 2018).
- Päivystyksenä erikoissairaanhoidon Tampereen Yliopistolliseen keskus-sairaalaan
  - o Aikuiset, joilla verensokeritaso suurempi tai yhtä suuri kuin 13,9 mmol/l ja ketoainetaso 0,6 mmol/l.
  - o Aikuiset, joilla verensokeritaso suurempi tai yhtä suuri kuin 25 mmol/l ja epäily muusta vakavasta sairaudesta.
  - o Diabeettinen ketoasidoosi. (Tyypin 1 diabetespotilaan hoitoketju 2018.)
- Kun diabetes on havaittu ja diagnosoitu, jokaiselle potilaalle sovitaan diabetesta hoitava taho. Tämä taho koordinoi mahdollisten lisä- ja liitännäissairauksien seurantaa sekä niiden hoitoa eri erikoisaloilla. (Tyypin 1 diabetespotilaan hoitoketju 2018.)

- Tyypin 1 diabetespotilaiden hoidossa palvelee Tampereen kaupungin diabetesvastaanotto, joka vastaa hoidonohjauksesta ja määräaikaiseurannoista. Se on tarkoitettu avohoitoon siirtyneille tyypin 1 diabeetikoille. (Diabetesvastaanotto.)

#### **2.4.2 Tyypin 2 diabetesta sairastavan hoitoketju**

Tyypin 2 diabeteksen hoidossa ja ehkäisyssä voidaan edetä neljän eri hoitopolun mukaan, riippuen asiakkaan omista voimavaroista ja hoidon haasteellisuudesta. Jaottelu perustuu Suuntima-palvelun kysymyksiin perustuvaan menettelyyn. Se tehdään asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyönä ja siinä on asiakkaalle ja ammattilaisella omat kysymyksensä. Asiakkaalle palvelun tarkoitus on auttaa häntä ymmärtämään omaa tilannettaan, ja ammattilaiselle vastaukset tuovat apua asiakkaan kohtaamiseen yksilönä ja ohjauksessa asiakasta voimaannuttaen. (Hämeenmaan sydänpiiri 2019.)

**Omatoimiasiakkuus** – Asiakkaan voimavarat hyvät ja hoidon tavoite selkeä. Hoidon painopiste on ohjauksessa ja asiakkaan omien taitojen ja tietojen vahvistamisessa. Asiakas varaa sähköiset vastaanottopalvelut itse ja suorittaa seuranta omatoimisesti, alkuvaiheessa diabeteshoitajaa hyödyntäen. Tavoitteena työ- ja toimintakyvyn säilyttäminen. (Suuntiman mukaiset asiakkuuspolut.)

**Yhteisöasiakkuus** – Asiakkaan voimavarat heikot, hoidon toteutus selkeä. Tärkeimpänä tavoitteena työ- ja toimintakyvyn sekä omatoimisuuden tukeminen. Asiakkuudessa hyödynnetään yhteisöä ja vertaistukea. Ammattilainen varaa asiakkaalle ajan hoitajan vastaanottopalveluihin ja kontakti asiakasta. Matalan kynnyksen ryhmävastaanottoihin ei tarvitse ajanvarausta. Ammattilaisen roolissa korostuvat omahoitajuus ja asiakkaan konkreettinen opastus palveluihin. (Suuntiman mukaiset asiakkuuspolut.)

**Yhteistyöasiakkuus** – Asiakkaan voimavarat hyvät, monitahoinen ja haasteellinen hoito. Asiakkuussuunnitelman painopisteinä motivaation ylläpito. Hoidossa hyödynnetään asiakkaan omia voimavaroja. Moniammatilliset interventiot ja niiden koordinointi osana hoitoa. Keinoina käytetään vertaistukihenkilöitä, kuntoutuskursseja ja erityistyöntekijöiden palveluita.

Koordinointi diabeteshoitajan ja/tai diabetes/omalääkärin vastuulla. Tavoitteena asiakkaan työ- ja toimintakyvyn säilyttäminen tai paraneminen. (Suuntiman mukaiset asiakkuuspolut.)

**Verkostoasiakkuus** – Asiakkaan voimavarat heikot, monitahoinen ja haasteellinen hoito. Asiakkuussuunnitelman painopisteinä ovat hoidon koordinaatiosta sopiminen ja moniammatillisen asiakkuussuunnitelman koordinointi ja seuranta. Hoidon keinoina käytetään moniammatillista yhteistyötä. Läheisten ja lähiammattilaisten tukeminen, lisäksi kotipalvelut ja -kuntoutus. Hoidon koordinoi hoitotaho. (Suuntiman mukaiset asiakkuuspolut.)

## 2.5 Teknologia ja digitalisaatio

Nykyteknologia tarjoaa uusia diabeteksen omaseurannan välineitä. Kitsioun ym. (2017) meta-analyysissä käsitellään erilaisten mobiiliratkaisujen, kuten matkapuhelinten, mobiilisovellusten ja niihin liittyvien puettavien välineiden, vaikuttavuutta glukoositasojen seurannassa diabeetikoiden omahoidossa. Meta-analyysissä on mukana sekä tyypin 1 että tyypin 2 diabetesta käsitteleviä tutkimuksia. Mobiiliratkaisuiden todetaan parantavan diabeteksen hoitotasapainoa 0,8 prosenttia tyypin 2 diabeetikoilla ja 0,3 prosenttia tyypin 1 diabeetikoilla – ainakin ensimmäisten 12 kuukauden aikana. (Kitsiou ym. 2017).

Etänä tehtäviä interventioita käsittelevässä meta-analyysissä todettiin, että henkilökohtainen tekstiviestiohjaus voi vaikuttaa positiivisesti verensokeritasoihin tyypin 2 diabeetikoilla. Meta-analyysissä todettiin, että etäohjauksen tulee olla potilaskohtaisesti räätälöityä ollakseen mahdollisimman tehokasta. Etäohjauksessa tärkeää on säännöllinen, mutta ei kuitenkaan liiallinen kontakti potilaaseen. Myös useampien kanavien, kuten verkkopalveluiden ja mobiiliratkaisujen yhteiskäyttö saattoi johtaa parempaan tulokseen meta-analyysissä käytetyissä tutkimuksissa. (Sahin, ym. 2019).

Glukoosisensorointilaitteilla kyetään seuraamaan soluvälinesteen glukoosipitoisuutta, eli kudossokeria joko tietyn jakson ajan tai jatkuvasti. Mitattuja verensokeri- tai sensorointituloksia voi itse tarkastella älypuhelimella ja tietokoneella. Tulokset ja raportit voi halutessaan välittää hoitopaikkaan. Osa laitteista tekee hälytyksen, mikäli verensokeri on liian korkea tai matala. Sensori voi toimia yhteistyössä insuliinipumpun kanssa. (Terveys-kylä.fi 2019.) Tyypin 2 diabeetikoilla sensorilaitteen käytön ei ole todettu parantavan verensokeritasoja insuliinin pistoshoidon ohessa, mutta se on kuitenkin turvallinen ja helppo vaihtoehto itse toteutetulle mittaukselle (Ajjan, ym. 2016).

Insuliinipumppua käytetään diabeteksen omahoidossa. Se annostelee jatkuvasyöttöisesti insuliinia ennalta määritellysti infuusiona ihonalaiskudokseen. Käyttäjä pystyy annostelevaan ruokailujen yhteydessä tarvittavan lisäinsuliinin. Pumppuhoito on lähempänä kehon normaalia insuliinineritystapaa. Se on myös tarkempaa kuin monipistohoito. Tarkkuus on erityisen tärkeää hyvin insuliiniherkälle ja hypoglykemia-alttiille diabeetikolle. Insuliinipumpulla onnistuu myös liikunnan yhteydessä tarvittava annosmuutos varsin näppärästi. Pumput ovat olleet maailmalla laajassa käytössä jo 30 vuotta. Maailmalla insuliinipumput ovat verrattain yleisiä diabeteksen hoidossa: joillain alueilla jopa parikymmentä prosenttia tyypin 1 diabeetikoista käyttää niitä. (Suomen Lääkärilehti 47/2012.)

Suomeenkin on saatu ensimmäinen niin sanottu keinohaimateknologiaa hyödyntävä insuliinipumppujärjestelmä MiniMed 670G. Sen automatiikka säätää insuliinin annostelun. Aterioiden vaikutusta se ei vielä ota automaattisesti huomioon. Diabeteksen hoito on helpottumassa ja tarkentumassa teknologian kehittyessä, mutta Suomessa sen hyödyntäminen on perin riippuvaista sairaanhoitopiirien resursseista. Esimerkiksi vain pienehkö osa Libre -verensokeritason seurantajärjestelmästä kiinnostuneista on saanut sen käyttöönsä. (Diabetesliitto 2019.)

## 2.6 Lääkeosaaminen

Diabeetikon omahoito sisältää usein pistos- tai pumppuhoidon insuliinilla. Diabeetikon on tärkeä tunnistaa eri insuliinit ja niiden käyttötarkoitukset. Insuliinit voi-



daan jaotella vaikutusajan tai käyttötarkoituksen mukaan: pikavaikutteiset, lyhytvaikutteiset, pitkävaikutteiset ja sekoiteinsuliinit sekä perusinsuliinit, ateriainsuliinit ja sekoiteinsuliinit. Kunkin diabeetikon yksilöllisellä hoidon ohjauksella edesautetaan diabetesta sairastavaa tavoittamaan riittävät tiedot ja taidot oman hoitonsa jokapäiväiseen toteuttamiseen. Hän oppii ja pystyy tekemään hoitoaan koskevat päivittäiset valinnat ja päätökset. (Terveyskylä.fi 2019.)

### **3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE**

Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa Tampereen kaupungin terveysasemilla toimivien diabeteshoitajien kokemuksia omasta työstään teemahaastattelun keinoin.

Opinnäytetyön tavoite on tuottaa tietoa diabeteshoitajien työstä ja mahdollisista ongelmakohdista, joita voitaisiin hyödyntää diabeteshoitajien työn kehittämisessä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä diabeteshoitajan työnkuva sisältää?
2. Miten diabeteshoitajat kokevat työnsä?
3. Miten diabeteshoitajan työtä voisi kehittää?

## 4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Valitsimme kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän opinnäytetyömme toteutukseen, koska haluamme selvittää hoitajien kokemuksia heidän omasta työstään. Teemahaastattelu on mielestämme luonnollinen tapa aineistonkeruumenetelmänä kvalitatiiviseen tutkimukseen, koska se antaa haastatteluille vapautta sekä mahdollistaa haastateltavien oman pohdinnan.

### 4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä ei pyritä löytämään absoluuttista totuutta, vaan se on tutkimukseen osallistuvien omaa luonnehdintaa heidän kokemastaan todellisuudesta. Kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä pyritään löytämään tieto, joka ei ole saavutettavissa välittömällä havainnoinnilla. (Vilka 2015.) Vilka vertaakin välittömien havaintojen saavuttamattomissa olevia asioita arvoituksiksi, jotka tutkijan täytyy ratkaista tutkimuksessaan (Vilka 2015).

Trojanin (2019, 13) mukaan laadullisessa tutkimuksessa pyritään saamaan ymmärrystä jostakin. Selvitetyämme teoriaosuudessa diabeteshoitajien työn sisältöä ja heidän kokemuksiaan haastatteluiden avulla pyrimme ymmärtämään saatuja tuloksia. Ymmärtämisellä tarkoitamme sitä, että osaamme nimetä kokemusten perusteella mahdollisesti esiin tulevia työn ongelmakohtia. Näin saamme vastattua kolmanteen tutkimuskysymykseen ja löydämme jatkokysymyksiä. On mahdollista, ettemme löydä kehitettäviä asioita opinnäytetyössä.

### 4.2 Aineistonkeruumenetelmät

Teemahaastattelu rakentuu etukäteen muodostetuista teemoista, joita voidaan syventää tarkentavilla kysymyksillä haastattelun edetessä tutkittavien vastauksiin perustuen. Teemahaastattelu voidaan toteuttaa hyvinkin vapaamuotoisesti tai lähestulkoon strukturoidusti. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Aineiston keruu osallistujia haastatteleamalla teemahaastattelun keinoin antaa parhaat edellytykset

kaikkien merkityksellisten asioiden esille nousemiseen, koska siten saadaan mahdollisuus reagoida tarkentavilla kysymyksillä.

Laadullisessa tutkimuksessa on vaikea määrittää, kuinka paljon tietoa täytyy kerätä, jotta sitä on riittävästi (Trojan 2019, 18). Trojan lisääkin, että aineiston analysoinnin taso määrittelee tutkimuksen laatua enemmän kuin varsinainen tiedon määrä. Alustavissa keskusteluissa arvioimme, että sopivaksi haastatteluiden kokonaismääräksi sopisi viisi–kahdeksan. Haastatteluiden määrä on myös yhteistyötahon mielestä sopiva. Luonnostelimme ryhmän kanssa alustavia haastatteluteemoja, jotka käytiin työelämäpalaverissa läpi. Työelämäpalaverin jälkeen jäi viisi keskeistä teemaa, jotka löytyvät työn lopusta liitteestä 1.

### **4.3 Aineiston analysointi**

Alasuutari (2011) jakaa laadullista tutkimusta käsittelevässä oppikirjassaan laadullisen analyysin kahteen osaan: havaintojen pelkistämiseen ja arvoituksen ratkaisemiseen. Havaintojen pelkistäminen koostuu niin sanotuista raakahavainnoista, jotka kerätään yhteen ja joista muodostetaan yläkäsitteitä. Alasuutarin mukaan näin saadaan havainnoille yhteisiä piirteitä ja aineisto on helpommin käsiteltävissä, suppeammassa muodossa. Arvoituksen ratkaisemisella kirjoittaja tarkoittaa aineiston tulkintaa. (Alasuutari 2011, 38–44.)

Tuomi ja Sarajärvi (2018) jakavat kirjassaan sisällönanalyysin neljään eri vaiheeseen, jotka perustuvat Timo Laineen laadullisen tutkimuksen analyysin ohjeeseen. Ensimmäisessä vaiheessa keskeistä on valita tekijää ja työtä kiinnostava teema, joka on luonnollisesti sidoksissa tutkimuksen tehtävään ja tavoitteeseen. Teemassa pysytään tiukasti koko analysoinnin ajan, jolloin asia ei lähde liikaa rönnyilemään ja keskeisten tietojen löytäminen on helpompaa. Varsinainen analysointi alkaa litteroimisella eli haastattelun kirjoittamisella tekstimuotoon. Kolmannessa vaiheessa teksti luokitellaan, teemoitetaan ja tyypitetään. Luokittelussa aineistosta määritellään luokkia, joiden esiintyvyyttä seurataan. Teemoituksessa luokkia avataan tarkemmin. Tyypityksessä teemoista etsitään yhtäläisyyksiä ja muodostetaan yleistyksiä. Lopuksi kirjoitetaan yhteenveto. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 103–107.)

Tuomen ja Sarajärven (2018) mukaan sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää melkein kaikissa laadullisen tutkimuksen muodoissa. Käytämme siis haastatteluiden kautta tuotetun materiaalin purkamiseen sisällönanalyysin keinoja, koska opinnäytetyömme noudattaa laadullisen tutkimuksen perinteitä.

Taulukko 1. Esimerkki sisällönanalyysista

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
<i>"Tämä on asiantuntijahoitajan työtä, jossa hoitoa seurataan ja kohennetaan"</i>	Diabeteksen hoitotyön asiantuntija
<i>"Tarjotaan tukea ja tietotaitoa erilaisien asiakkaiden hyväksi."</i>	
<i>"Täällä yksikössäni, tai siis toimialueella mä oon diabeteksen hoitotyön asiantuntija."</i>	
<i>"Me ei olla luontaisesti kaikista teknologiaan suuntautuneita ihmisiä kun ollaan hoitoalalle tultu niin sitten kun tulee uus systeemi niin me vähän aikaa täällä huokaillaan ennen kun se alkaa tulla tutuksi."</i>	Teknologian kehityksessä haastavaa pysyä mukana
<i>"Eniten haastetta tuottaa tää teknologia. Siinä on pakko pysyä mukana jos meinaa pysyä tässä mukana. Se pitää hallita."</i>	

Taulukko 2. Esimerkki sisällönanalyysistä

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p>Hoidonohjaaminen monipuolista.</p> <p>Ohjaaminen keskeinen osa työtä.</p> <p>Diabeteshoitaja vastaa hoitokokonaisuudesta.</p> <p>Diabeteshoitajalta vaaditaan kokonaisvaltaista diabeteksen hoidon osaamista.</p>	Osaaminen	Asiantuntijuus
<p>Diabeteshoitajalta vaaditaan uusien asioiden itseopiskelua.</p> <p>Ammattitaidon kehittäminen liikaa omalla vastuulla.</p> <p>Ammattitaidon kehittämiseen olemassa hyvää koulutusta.</p> <p>Diabeteshoitajilla ehdotuksia ammattitaidon kehittämisen parantamiseksi.</p>	Asiantuntijuuden kehittäminen	

## 5 TULOKSET

Tulokset on esitelty pää- ja yläluokkien mukaan otsikoituna. Sisällön analysoinnissa muodostui kolme kappaletta pääluokkia, joiden alle tuli yhteensä seitsemän yläluokkaa. Pääluokkia ovat asiantuntijuus, potilaskeskeisyys ja toimintaympäristö. Kussakin pääluokassa tulevat vastaukset hyvin tutkimuskysymyksiin; diabeteshoitajan työnkuvan sisällöstä, työnsä kokemuksesta sekä työnsä kehittämistä. Tätä opinnäytetyötä varten haastateltiin viittä diabeteshoitajaa, joista osa työskenteli Tampereen kaupungin diabetesvastaanotolla ja osa terveyskeskuksissa. Kaikki haastateltavat toimivat täysipäiväisesti diabeteshoitajan roolissa.

### 5.1 Asiantuntijuus

Tämä pääluokka asiantuntijuus käsittelee diabeteshoitajan osaamista ja ammattitaidon kehittämistä. Diabeteshoitajan työnkuvaan kuuluu diabeetikon hoidon organisointi ja toteutus läpi potilaan koko elämänkaaren. Hoitajat kokivat työnsä keskeisimpänä osana hoidonohjauksen. Kaikki haastateltavat kokivat työnsä mielekkäänä. Useimmissa haastatteluissa hoitajat kokivat uusien teknologisten ratkaisujen hallitsemisen haastavaksi.

#### 5.1.1 Osaaminen

Kaikissa haastatteluissa diabeteshoitajat korostivat, että he vastaavat potilaan hoitokokonaisuudesta. He kokivat potilaan ohjaamisen keskeisenä työn sisältönä. Ohjaaminen sisältää hoitajien mukaan ohjausta kaikissa hoidon vaiheissa. Ohjaus voi sisältää alkuohjausta, itsenäiseen hoitoon opastamista sekä teknologisten hoitoratkaisujen käyttöön opastamista. Diabeteshoitajalta vaaditaan kattavaa kokonaisvaltaista diabeteksen hoidon osaamista.

*”Pääpaino on hoidonohjauksessa.”*

*”Se on meidän päätehtävä saada potilaita huolehtimaan ja hoitamaan itseensä.”*

*”Tämä on asiantuntijahoitajan työtä, jossa hoitoa seurataan ja kohennetaan.”*

Diabeteshoitajat kokivat uuden teknologian ja digipalveluiden opetteluun ajoittain haastavana. Teknologisten laitteiden toimintojen ja niihin liittyvien ohjelmistojen opiskelu jää usein hoitajan omalle vastuulle. Laittevalmistajien järjestämät koulutukset koettiin hyvinä.

*“Mut ehkä me enimmäkseen käytännön ja toistojen kautta opitaan käyttään (uutta teknologiaa).”*

*“Ajankohtaisena on nyt nää erityyppiset ohjelmat ja laitteet. Me ei olla luontaisesti kaikista teknologian suuntautuneita ihmisiä kun ollaan hoitoalalle tultu niin sitten kun tulee uus systeemi niin me vähän aikaa täällä huokaillaan ennen kun se alkaa tulla tutuksi.”*

### **5.1.2 Ammattitaidon kehittäminen**

Työnantaja järjestää diabeteshoitajien mukaan vain vähän koulutusta, mutta se koetaan laadukkaana. Diabeteshoitajat kokivat saavansa hyvin koulutusta työhönsä, mutta toisaalta samanaikaisesti he kokivat jäävänsä paitsi monista hyvistä koulutuksista. Yksityiset tahot järjestävät heidän kertomansa mukaan laadukasta koulutusta, mutta koulutusten toteutuminen työajan ulkopuolella rajoittaa osallistumista niihin. Kaikki hoitajat kokivat diabetesvastaanotolla järjestettävän sisäisen koulutuksen erittäin hyvänä. Terveyskeskuksissa toimivat diabeteshoitajat toivoivat lisää kollegojen välistä kokemusten ja ajatusten vaihtoa.

*“Sitten meil on vähän henkilökunnan sisäistä palaveria kerran viikossa ja kerran kuukaudessa meil on tällöinen koko henkilökunnan koulutus... ne on diabetekseen, hoitoon tai tutkimukseen liittyviä aiheita. Ja tota meil on välillä oma porukka luennoi ja välillä on sit ulkopuolisia pyydetty luennoimaan ja se on ollut semmost ammattitaidon kehittämistä.”*

*”Kerran kuussa järjestetään siellä koulutukset (diabetesvastaanotto). ... Siellä on tällöinen käytäntö, joka on erittäin hyvä.”*



## 5.2 Toimintaympäristö

Tämä pääluokka toimintaympäristö käsittelee diabeteshoitajan roolia, teknologiaa hoitotyössä ja rakenteellisia haasteita. Diabeteshoitajien työ sisältää paljon muiden hoitotahojen neuvontaa ja yhteistyötä muiden asiantuntijoiden kanssa. Hoitajat kokevat työnsä olennaiseksi osaksi diabeetikon hoitoketjua. Teknologia ja sen kehitys koettiin useimmissa haastatteluissa hyvänä asiana. Diabeteshoitajat kokivat toisinaan muun terveydenhuollon henkilöstön osaamisen tai saataavuuden ongelmaksi.

### 5.2.1 Diabeteshoitajan rooli

Diabeteshoitajat kokivat olevansa diabeteshoidon kokonaisvaltaisia asiantuntijoita. He kokivat, että heidän roolinsa on hyvin keskeinen hoidon suunnittelussa, ohjaamisessa, jatkohoidon järjestämisessä, hoidon seurannassa ja potilaan tukemisessa. Diabeteshoitajat kertoivat työnsä sisältävän myös muiden tahojen konsultaatioihin vastaamista. Konsultaatioita tulee esimerkiksi erilaisista palvelukodeista, hoitolaitoksista, muilta hoitajilta ja myös lääkäreiltä. Diabeteshoitajat tekevät heidän kertomansa mukaan lisäksi yhteistyötä muun muassa lääkärin, jalkaterapeuttien, psykologin ja ravitsemusterapeutin kanssa. Yhteistyö- ja konsultointisuhteet koettiin hyvinä, ja niitä oli riittävästi. Diabeteshoitajien vastuulla on myös muiden hoitajien kouluttaminen diabeteshoitotyöhön.

*“Diabeteshoito on aina tiimityötä, että sitä ei kukaan tee yksin.”*

*”Sitten on tosiaan eri laitoshoidon väki, että he voivat aika matalalla kynnyksellä voivat olla tänne yhteydessä ja pyytää koulutusta.”*

Kaikki haastatellut diabeteshoitajat kokivat työnsä mielekkäänä ja palkitsevana. He kokivat diabeteksen hoidon mielenkiitoinena työkenttänä. Useampi haastateltavista koki potilaiden hoidossa saavutetut onnistumiset ja haasteista suoriutumisen palkitsevana. Diabeteshoitajat kokivat työn vastuullisuuden motivoivana tekijänä.

*”...tää on jotenkin kauheen mielenkiintoinen sairautena tää diabetes.”*

*”Niitä onnistumisiakin kuitenkin on. Se on tosi mukavaa. Onhan se kiva, että ihmiset tykkää käydä meillä. Sekin on jo palkitsevaa.”*

*”Aikanaan ajattelin, että tää on hyvinkin tylsää... Kyllä siinä paljon on mielenkiintoista ja näkee sen diabeetikon kehityksen pitkältä ajalta.”*

### **5.2.2 Teknologia hoitotyössä**

Diabeteshoitajat kokivat, että teknologia helpottaa hoitotyötä. Se on tehnyt mahdolliseksi seurata hoitoa entistä tarkemmin ja helpottaa myös potilaan omahoitoa. Erityisesti Libre-sensori koettiin hyväksi välineeksi diabeteksen hoidossa. Sovellusten ajoittaiset toimintahäiriöt aiheuttavat lisätyötä ja ajanhukkaa. Teknologian kehityksen diabeteshoitajat kokevat hyvänä asiana, ja sen odotetaan tuovan helpotusta hoitotyöhön.

*”Välillä menee hermo näihin purkuohjelmiin jos ne ei toimi. ... Siihen menee älyttömästi aikaa kun sä rupeet sählään niitten kanssa.”*

*”Toivon mukaan se menis enemmän siihen automaattisuuntaan, että se laite anostelis sen insuliinin verensokerin mukaan eikä sen diabeetikon kauheesti tartteis ite tehdä mitään.”*

### **5.2.3 Rakenteelliset haasteet**

Lääkäritilanteen heikkous tuli esiin monessa haastattelussa. Lääkäreitä ei ollut saatavilla tarpeellisessa määrin. Samaten työterveydessä ja kotihoidossa diabeteshoitajat näkivät diabetesosaamisessa parantamisen tarvetta. Diabeteshoitajat kouluttavat esimerkiksi kotihoidon lähihoitajia, mutta työntekijöiden vaihtuvuus koettiin suurena haasteena kotihoidossa. Työtehtävien päällekkäisyys tuottaa välillä haastavuutta ajankäytön suhteen.

*”Aika huonoa tietoutta on diabeteksestä muita asioita hoitavilla hoitajilla.”*

*”Mutta lääkäriresurssi on huono.”*

*”Koulutus, se kotihoidon väen. Siellä on se ongelma, että vaihtuu se väki niin paljon, että kun saadaan yhdet koulutettua niin tulee uudet tilalle. Sillai vähän haastavaa.”*

### **5.3 Potilaskeskeisyys**

Tämä pääluokka potilaskeskeisyys käsittelee potilaan yksilöllisyyttä ja potilaslähtöisiä haasteita. Diabeteshoitajan työhön sisältyy yksilöllisten tavoitteiden määrittely ja potilaan vastuuttaminen hoitoonsa. Potilaan motivaatioon vaikuttaminen koettiin merkittäväksi osaksi tavoitteisiin pääsyä. Muistisairaiden määrän kasvu ja maahanmuuttajien kulttuurien erilaisuus nousivat haastatteluissa esiin merkittävänä haasteina.

#### **5.3.1 Potilaan yksilöllisyys**

Diabeteshoitajat korostivat yksilöllisyyttä hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Kaikissa haastatteluissa hoitajat kertoivat yksilöllisyyden tärkeydestä tavoitteiden määrittelyssä. Suurimpia yksilökohtaisia tekijöitä ovat ikä, samaten muut sairaudet, elämäntilanne ja läheisten tuki. Potilaan motivaatio on keskeinen osa hoidon etenemisessä. Potilaan motivoituneisuus omahoitoon vaihtelee suurestikin. Hoitajat kokivat säännöllisen hoitokontaktin olevan tärkeä hoidon onnistumisen kannalta. Joissain haastatteluissa diabeteshoitajat olivat sitä mieltä, että hoitoresursseja tulisi kohdentaa enemmän nuoriin potilaisiin.

*”Tää on siinä mielessä kiva työ, että täällä pääsee vaikuttamaan ihmisten asioihin. Et se on tän työn suola, että on mahdollisuus vaikuttaa”*

*”Jokaisellehan tehdään (tai pitäisi tehdä) aina yksilölliset tavoitteet, ne ei voi olla pelkästään sieltä vedetty samat tavoitteet.”*

*”Otetaan tiivistä hoidonohjausta, jos asiat on päässyt levähtämään huonoksi.”*

### 5.3.2 Potilaslähtöiset haasteet

Haastateltujen diabeteshoitajien mielestä hoitoon motivoitumattomat potilaat asettivat suurimman haasteen diabeteshoidon onnistumiselle. Muistisairaat, maahanmuuttajat, mielenterveysongelmaiset, kehitysvammaiset, monisairaat ja päihteidenkäyttäjät ovat muita potilasryhmiä, jotka asettavat haasteita diabeteksen hoidolle. Näiden potilasryhmien kohdalla hoidonohjaus on hyvinkin haasteellista.

*“Pääpaino on hoidonohjauksessa. Paljolti siinä pitkäaikaissairaana omahoidossa jaksamisessa. Myöskin omahoidon vastuunottamisessa. Se on meidän päätehtävä saada potilaita huolehtimaan ja hoitamaan itseensä.”*

*”Samaten erittäin haasteellinen ryhmä, joka tulee kasvamaan nyt lähivuosina, on kaikki muistisairaat ja nämä vanhemmat ihmiset, joilla on monipistoshoitot. Siinä onkin haastetta, miten se saadaan turvallisesti toteutettua.”*

Maahanmuuttajien kohdalla useampi diabeteshoitaja mainitsi haasteeksi vieraan kulttuurin tuntemuksen puutteen. Esimerkiksi ravitsemuksellista ohjaamista on vaikeaa toteuttaa, kun hoitajan tietämys potilaan kulttuurista on heikkoa. Hoitoon ja sairauteen liittyvät pelot, kuten esimerkiksi hypoglykemian pelko ovat joskus haasteita hoidon tavoitteisiin pääsulle.

*”Tällä alueella on paljon maahanmuuttajia, on tällaiset kulttuuriset erot. Ehkä se kieliongelma tulkista huolimatta.”*

*”Kulttuuriset haasteet, mitä ei niin itse aina ymmärräkään, että mitä siellä on.”*

## 6 POHDINTA

Pohdinnassa käymme läpi tulokset kattavammin ja vertailemme niitä aiemmin tutkittuun tietoon. Tämä kappale koostuu tulosten tarkastelusta, joka on jaettu kolmen pääluokan mukaan. Tulosten tarkastelun jälkeen kerromme jatkotutkimus- ja kehittämishaasteemme, avaamme tähän opinnäytetyöhön liittyvää luotettavuutta ja eettisyyttä ja pohdimme vapaamuotoisesti opinnäytetyön prosessia.

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Tulosten tarkastelussa vertailemme haastatteluiden tuloksia teoreettisiin lähtökohtiin. Lisäksi pohdimme tulosten merkityksiä, joten pohdinnassa on mukana meidän omaa tulkintaamme. Kaikkia tuloksia vasten ei kuitenkaan ole teoreettisia lähtökohtia, vaan ne tulivat teoriataustaan nähden uusina asioina.

#### 6.1.1 Asiantuntijuus

Diabeteshoitajat ry:n kriteeristön mukaan diabeteshoitajien työnkuvaan kuuluvat diabeetikoiden hoito ja hoidon seuranta, hoidon ohjaus, lisäsairauksien ehkäisy, potilaiden tukeminen, riskiryhmien seulonta, terveydenhuollon ammattilaisten koulutus ja ohjaus, konsultoivan hoitajan työ, sidosryhmien kouluttaminen ja ohjaus, tutkimushoitajan ja tutkijan tehtävät, oppilasyhteistyö, yhteiskunnallinen vaikuttaminen, yhteistyö Diabetesliiton ja paikallisten diabetesyhdistysten kanssa (Simonen 2012, 39). Kriteeristö suurimmaksi osaksi vastasi haastattelemiemme diabeteshoitajien toimenkuvaa. Hoidon kehittämistehtävät ja tutkimustyö eivät kuitenkaan nousseet esille haastatteluissa. Yhdessä haastattelussa nousi esille, ettei hoidon kehittämiseksi ole aikaa. Yhteiskunnallinen vaikuttaminen ei näyttäytynyt haastatteluissa osana diabeteshoitajan työtä.

Simosen (2012, 38-39) mukaan diabeteshoitajan tulisi käydä joka kolmas vuosi kahdessa koulutuksessa, joista toisen tulisi olla valtakunnallinen. Haastatteluissa tuli ilmi, että diabeteshoitajat osallistuvat erilaisiin koulutuksiin, joita järjestävät pääasiassa yritykset ja työnantaja. Valtakunnallisiin koulutuksiin diabeteshoitajat pääsivät osallistumaan harvemmin. Haastatellut pitivät koulutuksia laadukkaina järjestäjästä riippumatta.

Kollegiaalinen tilanteiden purkaminen koettiin myös erityisen hedelmällisenä ammattitaidon kehittymisen kannalta. Erityisesti terveyskeskusten hoitajat toivoivat tätä lisää. Yksikön sisäisiä, eri alojen asiantuntijoiden pitämiä koulutuksia haastatellut pitivät hyvinä. Haastatteluiden perusteella hoitajat kokivat saavansa riittävästi koulutusta. Suurimmat puutteet koulutuksessa liittyvät uuteen teknologiaan, kuten erilaisiin purku- tai seurantaohjelmistoihin.

### 6.1.2 Toimintaympäristö

Kitsioun ym. (2017) meta-analyysissä todettiin mobiiliratkaisuiden parantavan diabeetikoiden hoitotasapainoa. Haastatteluissa tuli ilmi, että erilaiset teknologia- ja mobiiliratkaisut helpottavat hoitotyötä. Näistä on apua seurannassa, omahoidossa ja hoidon ohjauksessa. Erityisesti Libre-sensori koettiin hyväksi välineeksi diabeteksen seurannassa. Sovellusten ajoittaiset toimintahäiriöt aiheuttavat lisätyötä ja ajanhukkaa. Hoitajat odottavat teknologian kehityksen tuovan helpotusta hoitotyöhön.

Suomessa on yli 350 000 diabetesta sairastavaa henkilöä. Noin joka kymmenes aikuisväestöstä sairastaa diabetesta. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 9-10.) Diabetes on yksi nopeimmin kasvavista kansansairauksista (Koski 2010, 6). Haastatteluissa nousi esiin huoli diabetesta sairastavien määrän nopeasta kasvusta. Jo olemassa olevat ongelmat korostuvat entistä enemmän diabetesta sairastavien määrän kasvaessa. Diabeetikoiden määrän lisääntyessä myös henkilöstöresurssien riittävyys mietityttää diabeteshoitajia.

Terveyskeskuksissa on havaittu yleistä pulaa lääkäreistä ja lääkäreiden suurta vaihtuvuutta (Buchert & Vuorento 2012, 33). Lääkäriliiton tekemän selvityksen mukaan kaikissa suomalaisissa terveyskeskuksissa 5,7% lääkärin tehtävistä oli täyttämättä vuoden 2018 lokakuussa (Lääkäriliitto 2018). Haastatteluissa nousi esiin ajoittainen lääkäreiden huono saatavuus ja kotihoidon hoitajien suuri vaihtuvuus. Lääkäreiden huono saatavuus korostaa diabeteshoitajien roolia ja lisää heidän kuormitustaan. Diabeteshoitaja joutuu tekemään päätöksiä itsenäisemmin lääkäriresurssin ollessa heikko.

Lähi- ja perushoitajien ammattiliiton Super-liiton tekemän selvityksen mukaan kotihoidossa asiakkaiden saama hoito ei ole usein riittävää ja hoitajat ovat ylikuormitettuja (Super-liitto 2018). Diabeteshoitajat kokivat kotihoidon työntekijöiden vaihtuvuuden ja yleisen diabetesosaamisen heikon tason ongelmana. Kotihoidon heikko tilanne aiheuttaa ongelmia myös diabeteksen hoidolle. Diabeteshoitajien kokemusten mukaan ongelman ydin kotihoidon diabetesosaamisessa on hoitajien suuri vaihtuvuus.

Kunta10 -tutkimuksessa Tampereen kaupungin kohdalla yksi huomautuksen aiheista oli kasvanut työpaine aiempiin vuosiin verrattuna hoito- ja hoiva-alalla (Tampereen kaupunginhallitus 2019). Joissain haastatteluissa nousi esille ajoittainen aikapula. Yhdessä haastattelussa ilmeni jatkuva ajan puutteellisuus kaikkien asioiden hoitamiseksi. Muissa haastatteluissa ajankäytölliset haasteet olivat ajoittaisia, eikä niitä koettu kovin merkittäviksi. Useammassa haastattelussa mainittiin välillä tapahtuvasta päällekkäisyydestä potilastilanteissa. Potilaskäyntien päälle välillä tulevat konsultointi- ja potilaspuhelut vaikeuttavat työskentelyä vastaanotolla. Haastatteluiden perusteella diabeteshoitajien kokemassa kuormituksessa ja aikaresurssin riittävyudessa on alueellisia eroja. Diabetesvastaanotolla aikapulaa ei koettu ongelmana, toisin kuin terveyskeskuksissa.

Kaikissa haastatteluissa diabeteshoitajat kokivat työnsä mielekkäänä. Työn vastuullisuus ja monipuolisuus koettiin motivoivana tekijänä. Useammassa haastattelussa haastavat potilastilanteet koettiin mielenkiintoisina, ja niissä onnistuminen palkitsevana. Diabeteshoitajien haastatteluiden perusteella vaikuttaa siltä, että työhön liittyvistä haasteista huolimatta hoitajat viihtyvät työssään hyvin. Haastatteluista välittyi, että diabeteshoitajat kokevat nykyiset ja tulevat haasteet ratkaistavina ja haltuun otettavina.

### **6.1.3 Potilaskeskeisyys**

Hoidon ohjauksen tavoitteena on auttaa diabeetikkoa saavuttamaan riittävät tiedot ja taidot oman hoitonsa jokapäiväiseen toteuttamiseen (Terveyskylä.fi 2019). Haastattelemiemme diabeteshoitajien mukaan potilaan osallistaminen ja vastuuttaminen hoidon itsenäiseen toteutukseen on keskeinen osa diabeteshoitajan

työnkuvaa. Diabeteshoitajat kokivat yksilöllisyyden erittäin tärkeänä osana hoidon ja tavoitteiden suunnittelua.

Sahin, ym. (2019) meta-analyysissä todetaan säännöllisen kontaktin parantavan hoidon tuloksia. Vaikuttaakin siltä, että diabeteshoitajien kokemukset ja Sahin ym. (2019) meta-analyysi tukevat toisiaan kontaktien säännöllisyyden suhteen. Säännöllinen kontakti tukee potilaan motivaatiota hoitoon. Haastatteluiden perusteella vaikuttaa siltä, että kontaktien säännöllisyys vaikuttaa potilaan hoitomotiivaatioon.

Hoitoketjujen luokittelu ja hoidon painopiste perustuu osaltaan potilaan omaan motivaatioon (Suuntiman mukaiset asiakkuuspolut). Haastatteluissa tuli ilmi, että kaikki diabeteshoitajat arvottivat yksilöllisyyden potilaan hoidon suunnittelussa tärkeimmäksi tekijäksi. Tämä tulos on yhteneväinen Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoitoketjujen kanssa. Haastattelemamme diabeteshoitajat kertoivat potilaiden motivaation olevan suurin yksittäinen tekijä hoitotavoitteisiin pääsyssä. Muita hoidon onnistumiseen vaikuttavia taustatekijöitä ilmeni useita. Kaikissa haastatteluissa nousi esiin tiettyjä potilasryhmiä, joiden hoidon onnistumiseen liittyi haasteita. Useimmin esiin nousevia ryhmiä olivat erityisesti muistisairaajat, maahanmuuttajat, mielenterveysongelmaiset ja päihteiden ongelmakäyttäjät.

THL:n tutkijoiden Buchertin ja Vuorenon tekemässä tutkimuksessa sosiaalityön ammattilaiset kokivat maahanmuuttajat muita haasteellisempina ryhmänä ongelmien monimuotoisuuden, kielimuurin ja kulttuuristen erojen vuoksi (Buchert & Vuorento 2018, 44). Joissain haastatteluissa tuli ilmi useita haasteita maahanmuuttajataustaisten potilaiden hoidossa. Kielimuurista johtuvia kommunikaatio-ongelmia oli kokenut useampi hoitaja. Myös tulkin välityksellä tehtävä ohjaus johtaa välillä väärinymmärryksiin. Hoitajien puutteellinen tietämys maahanmuuttajien kulttuureista nousi myös yhdeksi ongelmakohtaksi esimerkiksi ravitsemusohjaukseen liittyen.

Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen tekemän Vanhuspalvelujen tila -selvityksen mukaan yli puolet vanhuspalveluiden asiakkaista on muistisairaita (THL 2018). Haastatellut diabeteshoitajat kokivat muistisairaiden kasvavan määrän ongel-



maksi ja muistisairaat koettiin myös potilasryhmänä haastavaksi. Turvallinen diabeteksen hoito kotona asuvien muistisairaiden parissa koettiin erityisen haastavaksi. Potilaiden muistisairaudet aiheuttavat haasteita esimerkiksi ruokailujen säännöllisyyden suhteen tai verensokerien seurannassa. Henkilöstöresursseihin liittyvät ongelmat kotihoidossa huolestuttivat diabeteshoitajia erityisesti muistisairaiden diabeteksen hoitoon liittyen. Kotihoidon muutenkin heikko tilanne yhdistettynä potilaiden muistisairauteen voi tuoda merkittäviä ongelmia diabeteksen hoidon onnistumiselle.

## **6.2 Jatkotutkimus- ja kehittämissuhteet**

Ensimmäinen kehittämissuhteemme on diabeteshoitajien teknologiseen osaamiseen panostaminen. Haastatteluissa nousi esiin, että uuden teknologian omaksuminen on diabeteshoitajille ajoittain haastavaa. Uusien laitteiden käytön opiskelu jää usein hoitajien omalle vastuulle.

Toinen kehittämissuhteemme on diabeteshoitajien tietouden parantaminen liittyen maahanmuuttajien kulttuureihin. Haastatteluissa nousi esiin maahanmuuttajien erilaiset kulttuurit haasteena hoidolle. Esimerkiksi kulttuureihin liittyvien ruokailutapojen tunteminen helpottaa hoidon ohjausta ja tuloksiin pääsemistä.

Ensimmäinen jatkotutkimussuhteemme on muistisairaahan diabeteshoito kotihoidossa. Haastatteluissa nousi esiin useampia kotihoitoon liittyviä haasteita, mutta keskeisimmiksi nousivat muistisairaiden turvallinen hoito kotona ja kotihoiton hoitajien diabetesosaaminen. Lisäksi useampi haastateltava oli huolissaan diabeteksen ja muistisairauksien määrän jatkuvasta kasvusta, sillä ongelmia on jo tälläkin hetkellä.

Toinen jatkotutkimussuhteemme liittyy yleiseen diabeteksen hoidon osaamiseen. Useammassa haastattelussa nousi esiin huoli muiden hoitotyön ammattilaisten diabetesosaamisen tasosta. Erityisesti esiin nousi hoitajien osaaminen kotihoidossa, työterveydessä ja muissa hoitoyksiköissä.

### 6.3 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyössä noudatetaan Opetus- ja kulttuuriministeriön asettaman tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) laatiman Hyvän tieteellisen käytännön periaatteita. Periaatteisiin kuuluvat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkimuksella tulee olla myös asianmukaiset luvat tutkimuksen tekemiseen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Tutkimuslupa on saatu Tampereen kaupungilta, joka on tämän opinnäytetyön työelämätaho. Opinnäytetyön yhteistyötahona toimiva Tampereen kaupunki on heidän luvallaan nimettynä tässä opinnäytetyössä.

Diabeteshoitajia haastateltaessa rajataan keskustelu koskemaan vain 16 vuotta täyttäneitä potilaita, koska diabetesta käsittelevät Käypä hoito -suositukset on rajattu koskemaan vain 16-vuotiaita ja sitä vanhempia potilaita (Käypä hoito -suositus: Insuliininpuutosdiabetes. 2018; Käypä hoito -suositus: Tyypin 2 diabetes. 2018). Potilaiden iän rajaaminen toteutui tässä opinnäytetyössä hyvin, eikä haastatteluissa puhuttu lapsipotilaista. Tähän vaikutti selkeästi myös se, että diabetesta sairastavat lapset hoidetaan Pirkanmaalla pääasiassa erikoissairaanhoidossa.

Opinnäytetyössämme haastattelimme sekä diabetesvastaanotolla että terveyskeskuksissa työskenteleviä diabeteshoitajia. Diabetesvastaanotolla tehtävä diabeteshoitotyö eroaa hiukan terveyskeskuksissa tehtävästä hoitotyöstä työympäristön ja diabeteshoitajien työnkuvan suhteen. Tämä vaikuttaa jonkin verran tuloksiamme yleistettävyyteen. Kuitenkin keskeisimmät tulokset ovat otos kaikista haastatteluista.

Opinnäytetyössä käytettävät lähteet ovat alle 10 vuotta vanhoja. Lähteitä etsittiin suurelta osin verkossa eri tietokannoista kuten Medic, Cinahl ja PubMed. Lisäksi etsimme tietoa virallisten tahojen, kuten THL:n ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin verkkosivuilta.

Tutkimuksen toistettavuudesta ja luotettavuudesta kertoo reliabiliteetti. Jos tutkimus toistettaisiin uudelleen samoissa olosuhteissa, tulisi tulosten olla hyvin lä-

hellä toisiaan. Hyvä reliabiliteetti poissulkee sattumanvaraisuuden tuloksista, jolloin tutkimus on reliaabeli. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 231-232.) Tässä opinnäytetyössä tuli samankaltaisia tuloksia kuin aiemmissakin tutkimuksissa, joten tulokset eivät ole sattumanvaraisia.

Validiteetti kertoo, kuinka hyvin tutkimuksessa käytetyt menetelmät mittaavat tutkittavaa asiaa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 231-232). Tässä opinnäytetyössä löytyi hyvin vastauksia kaikkiin tutkimuskysymyksiin. Tästä voidaan päätellä, että tämä opinnäytetyö ja siinä käytettävät menetelmät ovat valideja.

Meillä ei ollut aikaisempaa kokemusta haastatteluiden tekemisestä, mikä saattaa vaikuttaa luotettavuuteen. Perehdyimme hyvin opinnäytetyön ohjeisiin ja haastatteluiden tekoon ennen haastatteluita. Lisäksi teimme työn teoriaosuuden valmiiksi ennen haastatteluita, jolloin meillä oli aiheesta jo tietopohjaa. Nämä seikat lisäävät työn luotettavuutta. Ryhmästäimme kaksi henkilöä toteuttivat kaikki viisi haastattelua työparina. Näin haastattelut olivat mahdollisimman samankaltaisesti toteutettuja ja noudattivat samaa kaavaa. Ennen haastattelua lähetimme diabeteshoitajille haastattelun teemat, jotta heillä oli aikaa pohtia niitä. Haastatteluissa käytimme apuna listaa haastattelun teemoista. Alustimme haastattelua ja jokaista teemaa ennen varsinaisia kysymyksiä aiheista, joilla pyrimme antamaan haastateltaville aikaa orientoitua jokaiseen teemaan ennen kysymyksiä.

Haastattelut toteutettiin rauhallisessa paikassa, ja niihin oli varattu riittävästi aikaa. Näin haastattelutilanteet olivat kiireettömiä, jolloin vastaukset olivat kattavia ja pohdintaa syntyi hyvin. Tämä lisäsi osaltaan vastauksien kattavuutta ja luotettavuutta. Annoimme mielestämme hyvin tilaa haastateltavien omille pohdinnoille. Pidimme kuitenkin kontrollin haastattelun struktuurin suhteen.

Vaatimuksia aineiston jatkokäsittelylle ei ole. Haastattelemalla saatu aineisto litteroidaan tekstimuotoon ja aineiston analysoinnin jälkeen nauhoitteet tuhotaan. Haastateltavilta pyydetään haastatteluun lupa ja he varmentavat sen allekirjoituksellaan. Haastattelua tekstimuotoon muutettaessa siitä poistetaan tunnistetiedot, jos se ei ole aineiston analysoinnin kannalta välttämätöntä (Ruusuvuori ym. 2011). Suorina tunnistetietoina pidetään haastateltavan nimeä, tarkkoja yhteys-

tietoja ja syntymäaika. Epäsuorat tunnistetiedot sisältävät esimerkiksi asuinpaikkakunnan, työpaikan, sukupuolen ja koulutustaustan. (Ruusu-vuori ym. 2011). Haastateltavien suorat tunnistetiedot poistamme jo litterointivaiheessa. Epäsuorista tunnistetiedoista on sovittu käyväksi ilmi työnantajan nimi ja paikkakunta, jossa haastattelu tehdään, jos ne haastattelussa tulevat ilmi.

#### **6.4 Opinnäytetyöprosessin pohdinta**

Opinnäytetyöprosessi lähti käyntiin lokakuussa 2018 aiheen valinnalla. Idea tähän aiheeseen lähti yhden ryhmäläisemme työharjoittelusta, jossa hän tutustui diabeteshoitajan työhön. Työskentely lähti hyvin liikkeelle aiheen ollessa valmiina, ja olimme ideaseminaariin mennessä saaneet hyvin pohdittua työmme lähtökohtia. Ongelmia ilmeni kuitenkin yhteistyötahon löytämisessä, kun eräs taho jo lupautui tähän rooliin, mutta helmikuussa lopulta perui osallistumisensa. Onneksemme Tampereen kaupunki löytyi yhteistyötahoksi nopealla aikataululla. Myös ohjaava opettajamme vaihtui alkuvuodesta, mikä osaltaan hieman viivytti hyvin alkanutta prosessia.

Kevään aikana etsimme lähteitä, työstimme teoreettisia lähtökohtia, osallistuimme laadullisen tutkimuksen kurssille sekä suunnitelma- ja käsikirjoitusseminareihin. Työelämäpalaveri pidettiin helmikuussa. Opinnäytetyösuunnitelma valmistui toukokuussa, kun yhteistyötaho antoi sille hyväksyntänsä. Kesäkuussa saimme tutkimusluvan Tampereen kaupungilta. Haastattelut järjestimme itse yhteistyötaholta saatujen yhteystietojen perusteella. Haastattelut toteutettiin heinä- ja elokuun aikana. Litterointi ja aineiston analysointi saatiin valmiiksi syyskuun aikana. Tulosten ja pohdinnan kirjoittaminen tehtiin syyskuun lopun ja lokakuun aikana. Lopuksi työstimme vielä tiivistelmää, johdantoa, lisäsimme taulukoita ja hioimme kirjoitusasua.

Yhteistyö ryhmän kesken toimi mainiosti. Työskentely tapahtui yleensä sykleissä, prosessin ollessa välillä jäissä muiden kiireiden, kuten kesätöiden ja työharjoitteluiden vuoksi. Haastavinta koko prosessissa oli alussa yhteistyötahon löytämi-

nen, jonka vuoksi olimme aikataulusta jäljessä kevään ja kesän aikana. Haastatteluiden jälkeen saimme kuitenkin kirittyä aikataulun kiinni. Yhteistyö Tampereen kaupungin ja ohjaavan opettajan kanssa sujui hyvin koko prosessin ajan.

Aiheen valinta	loka-marraskuu 2018
Ideaseminaari	11.12.2018
Suunnitelmaseminaari	11.2.2019
Työelämäpalaveri	22.2.2019
Käsikirjoitusseminaari	21.5.2019
Opinnäytetyön palautus	21.10.2019
Esitysseminaarit	marraskuu 2019
Opinnäytetyö Theseukseen tai kirjastoon	marraskuu 2019

## LÄHTEET

Adamson, A., Al-Mrabeh, A., Barnes, A., Brosnahan, N., Ford, I., Hollingsworth, K., Kean, S., Lean, M., Leslie, W., Mathers, J., McCombie, L., McConnachie, A., McIl-venna, Y., Peters, L., Rehackova, L., Rodrigues, A., Ross, H., Sattar, N., Sniehotta, F., Stefanetti, R., Taylor, R., Thom, G., Trenell, M., Welsh, P. & Zhyzhneuskaya, S. 2018. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. *The Lancet* 12/2017. Luettu 29.4.2019. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)33102-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)33102-1/fulltext)

Ajjan, R., Haak, T., Hanaire, H., Hermanns, N., Rayman, G. & Riveline, JP. 2016. Flash Glucose-Sensing Technology as a Replacement for Blood Glucose Monitoring for the Management of Insulin-Treated Type 2 Diabetes: a Multicenter, Open-Label Randomized Controlled Trial. *Diabetes Therapy* 1/2017, 55-73.

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. 4. painos. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

Buchert, U. & Vuorento, M. 2012. Suomalaisten hyvinvointipalveluiden ammattilaisten näkemyksiä maahanmuuttajien ammatillisen ja mielenterveyskuntoutuksen haasteista ja ratkaisuista. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita. Kelan tutkimuslaitos.

Himanen, A-K., Hovi, S-L., Isojärvi, J., Lahtela, J., Saraheimo, M. & Pasternack, I. 2012. Insuliinipumppu aikuisten tyypin 1 diabeteksen hoidossa. Halo-katsaus. *Suomen Lääkärilehti* 47/2018. Luettu verkossa 2.5.2019. [https://www.ppshep.fi/dokumentit/Kehi-tys%20ja%20tutkimus%20sisltyyppi/SLL\\_2012\\_InsuliinipumppuAikuistenTyy-pin1DiabeteksenHoidossa.pdf](https://www.ppshep.fi/dokumentit/Kehi-tys%20ja%20tutkimus%20sisltyyppi/SLL_2012_InsuliinipumppuAikuistenTyy-pin1DiabeteksenHoidossa.pdf)

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Opetus- ja kulttuuriministeriö, tutkimuseettisen neuvottelukunta. Luettu 17.4.2019.

Hämeenmaan sydänpiiri. 2019. Suuntima-palvelu. Luettu 11.5.2019. [www.suun-tima.com](http://www.suun-tima.com).

Insuliinipuutosdiabetes. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkärin yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkäri-neuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018 (viitattu 7.2.2019). [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

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

Ilanne-Parikka, P. 2018. Tyypin 1 diabeteksen hoito. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 30.4.2019. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00774&p\\_hakusana=tyypin%201#s9](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00774&p_hakusana=tyypin%201#s9)

Kitsiou, S., Pare, G., Jaana, M. & Gerber, B. 2017. Effectiveness of mHealth interventions for patients with diabetes: An overview of systematic reviews. PLoS ONE 12(3). Luettu 20.7.2019. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0173160>.

Koski, S. 2010. Diabetesbarometri 2010. Suomen diabetesliitto ry.

Lobmann, R. & Volmer-Thole, M. 2016. Neurophaty and Diabetic Foot Syndrome. International Journal of Molecular science 6/2016. Julkaistu verkossa 6/2016. Luettu 28.4.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4926450/#>

Lääkäriliitto.fi. Lääkäri työvoima. Terveyskeskusten lääkäritilanne lokakuussa 2018. Luettu 24.10.2019. <https://www.laakariliitto.fi/laakariliitto/tutkimus/laakarityovoima/>

Mustajoki, P. 2018. Diabeteksen jalkaongelmat ja niiden ehkäisy. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 28.4.2019. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artik-keli=dlk00768&p\\_hakusana=diabetes%20jalka](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artik-keli=dlk00768&p_hakusana=diabetes%20jalka)

Mustajoki, P. 2019a. Diabeettinen neuropatia (diabeteksen hermovaurio). Lääkärikirja Duodecim. Luettu 21.4.2019. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_ar-tikkeli=dlk00765&p\\_hakusana=diabetes](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_ar-tikkeli=dlk00765&p_hakusana=diabetes)

Mustajoki, P. 2019b. Diabeteksen munuaissairaus (diabeettinen nefropatia). Lääkärikirja Duodecim. Luettu 22.4.2019. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_ar-tikkeli=dlk00563&p\\_hakusana=diabetes](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_ar-tikkeli=dlk00563&p_hakusana=diabetes)

Nguyen, N., Nguyen, X., Lane, J. & Wang, P. 2010. Relationship Between Obesity and Diabetes in a US Adult Population: Findings from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999–2006. Obesity Surgery 3/2011, 351–355. Julkaistu verkossa 2010. Luettu 29.4.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3040808/>

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2017. Aikuisten tyypin 2 diabeteksen ehkäisy ja hoito. Duodecim Terveysportti. Lääkäriin tietokannat. Luettu 11.5.2019.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2018. Tyypin 1 diabetespotilaan hoitoketju. Duodecim Terveysportti. Lääkäriin tietokannat. Luettu 11.5.2019.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Aikuisen tyypin 2 diabeteksen ehkäisy ja hoito. Suuntiman mukaiset asiakkuuspolut. Duodecim Terveysportti. Luettu 11.5.2019.

Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun Analyysi. Tampere: Vastapaino.

Sahin, C., Courtney, K., Rhodes N., & Rhodes, R. 2019. Tailored mobile text messaging interventions targeting type 2 diabetes self-management: A systematic review and a meta-analysis. Digital health. 5(3), 1–21. Luettu 20.7.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6481002/>.

Seppänen, M. 2018. Diabeteksen silmäsairaus (diabeettinen retinopatia). Lääkärikirja Duodecim. Luettu 22.4.2018. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_ar-tikkeli=dlk00826&p\\_hakusana=diabetes](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_ar-tikkeli=dlk00826&p_hakusana=diabetes)

Simonen, Ritva. 2012. Kuka on diabeteshoitaja?. Diabetes ja lääkäri 4/2012, 37-39. Suomen diabetesliitto.

Sinwar, P. 2015. The diabetic foot management – Recent advance. International Journal of Surgery 15/2015, 27-30.

Sote- ja maakuntauudistus Pirkanmaalla. Nykytilan kuvaus. Kevät 2016.

Sund, R. & Koski, S. 2009. FinDM II. Diabeteksen ja sen lisäsairauksien esiintyvyyden ja ilmaantuvuuden rekisteriperusteinen mittaaminen. Tekninen raportti. Suomen diabetesliitto.

SuPerliitto.fi. Selvitys työstä kotihoidossa ja kotihoitotyön kehittämistä 2018. 2018. [https://www.superliitto.fi/site/assets/files/94895/kotihoidon\\_selvitys\\_super\\_2018.pdf](https://www.superliitto.fi/site/assets/files/94895/kotihoidon_selvitys_super_2018.pdf)

Tampereen kaupunginhallitus. 2019. Kunta 10 tutkimus ja sairauspoissaolot 2018 - Tulokset ja toimenpiteet. Diaesitys.

Terveyskylä.fi. Diabetestalo. Omahoito. Luettu 27.5.2019. <https://www.terveyskyla.fi/diabetestalo/omahoito>

Troja, A. 2019. Qualitative Research As Stepwise-Deductive Induction. E-kirja. Routledge: Abingdon.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu painos, 87-88. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tyypin 2 diabetes. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen Sisätautilääkärien yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työ-ryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018 (viitattu 7.2.2019). [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. 5. painos. Jyväskylä: PS-Kustannus.



## LIITTEET

### Liite 1. Teemahaastattelun runko

Teemahaastattelun teemat:

- Diabeteshoitajien oma määritelmä työstään
- Ammattitaidon kehittäminen sekä tietojen päivittämisen keinot ja mahdollisuudet
- Diabeteshoitaja osana hoitoketjua ja yhteistyötahot
- Hoidon tavoitteisiin pääseminen
- Työn haastavuudet ja ongelmakohdat

## Liite 2. Saatekirje ja suostumuslomake

### Arvoisa diabeteshoitaja

Olemme kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Tampereen ammattikorkeakoulusta ja teemme paraikaa opinnäytetyötä. Opinnäytetyössämme selvitämme diabeteshoitajien kokemuksia omasta työstään. Pyrimme antamaan teille kanavan kertoa työstänne, sen hyvistä puolista, sen ongelmakohdista, sekä mahdollisista parannusehdotuksista. Pyrimme tuottamaan haastatteluiden avulla tietoa, jota voitaisiin hyödyntää työnne kehittämisessä. Opinnäytetyö valmistuu tämän vuoden lokakuussa.

Diabetes on jatkuvasti lisääntyvä ongelma, jonka ehkäiseminen ja hoito on erittäin tärkeää. Diabetes muodostaa ison osan yhteiskunnalle kertyvistä terveydenhuoltokustannuksista. Olemme erittäin kiitollisia, mikäli osallistutte opinnäytetyöhömmä ja saamme siinä kertoa työstänne ja kokemuksistanne diabeteshoitajina. Opinnäytetyö toteutetaan yksilöhaastatteluina teemahaastattelun keinoin työpaikallanne ja se on osa työaikaanne. Haastattelumme on luottamuksellinen ja olemme vaitiolovelvollisia. Haastateltavat pysyvät nimettöminä, mutta Tampereen kaupunki on nimetty työnantajana.

Haastattelujen sisältö ja materiaali on vain meidän hallussamme ja ne hävitetään, kun opinnäytetyö julkaistaan marraskuussa 2019. Tutkimuksen raporttiin on mahdollisuus tutustua sen valmistuttua osoitteessa [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi). Ohessa suostumuslomake opinnäytetyöhön osallistumisesta. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista, ja voitte peruuttaa osallistumisenne milloin vain syytä ilmoittamatta.

Opinnäytetyön teossa meitä ohjaa:

Minna Merta, tuntiopettaja, Tampereen Ammattikorkeakoulu

Terveisin opinnäytetyön tekijät:

Sh-opiskelijat Pekka Kotkatniemi, Sami Tuuri & Akseli Vääräkangas

## Diabeteshoitajien kokemuksia omasta työstään

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on selvittää diabeteshoitajien kokemuksia työstään. Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä osallistumisesta milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luotamuksellisesti.

Paikka ja aika \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön:

Haastateltavan allekirjoitus ja nimen selvennys

Suostumuksen vastaanottaja:

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus ja nimen selvennys

