

DIABEETIKON HOIDON TARKISTUSLISTA
KOTIUTUMISVAIHEESSA VERISUONIKIRURGISELLA
OSASTOLLA

Nga Helenius ja Maryam Naghedi

Opinnäytetyö, syksy 2012

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Etelä, Helsinki

Hoitotyön koulutusohjelma

Terveystenhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Helenius, Nga & Naghedi, Maryam. Diabeetikon kotiuttamisvaiheen apuna käytettävän hoidon tarkistuslista Meilahden sairaalan verisuonikirurgisella osastolla. Diak Etelä, Helsinki syksy 2012, 41 sivua, 1 liite.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Meilahden sairaalan verisuonikirurgisen osaston henkilökunnalle kotiuttamisprosessin apuna käytettävä tarkistuslista. Teoriaosuudessa käsitelimme aiheeseen liittyviä teoreettisia puolia. Opinnäytetyö sisältää teoriaosuuden ja liitteenä olevan tarkistuslistan.

Meilahden sairaalan verisuonikirurginen osasto halusi parantaa hoitotyön laatua ja lisätä hoitajien valmiuksia kotiuttaa diabetesta sairastavia potilaita turvallisesti. Tarkistuslista varmistaa tiedon siirtymisen kotiuttamisprosessissa ja helpottaa työtä, koska työntekijän ei tarvitse enää luottaa vain muistiinsa tai tarkkavaisuuteensa. Tarkistuslistan käyttö vaatii toimivaa tiimityötä ja osaston henkilökunnan täytyy olla sitoutunut käyttämään tarkistuslistaa.

Tarkistuslistassa on yhteensä 25 kysymystä, jotka hoitaja merkitsee rastilla (x), kun hän on käynyt asian läpi potilaan kanssa. Kysymykset seuraavat toisiaan loogisesti ja vievät kotiuttamisprosessia eteenpäin. Tarkistuslista sisältää diabeteksen hoidon keskeiset työnkuvat, hoidonohjauksen, yhteistyön, tiedotuksen ja konsultoinnin liittyen potilaan kotiuttamiseen. Kysymykset varmistavat ne asiat, jotka osaston henkilökunnan tulee huomioida diabetesta sairastavan potilaan kotiutumisprosessin yhteydessä. Tarkistuslistassa kysytään muun muassa, onko potilas saanut haavanhoito-ohjeet, onko hän saanut sairauslomatodistuksen, onko hänen käyttämiensä lääkkeiden tiedot päivitetty ja tarvitseeko hän kipulääkeresepiä, lisäksi kysytään kotihoidon tarpeesta ja ovatko omaiset saaneet tiedon kotiuttamisesta ja ohjausta potilaan hoidosta, sekä onko potilas saanut tarpeelliset yhteystiedot, jos hänellä on kysyttävää.

Opinnäytetyönä tuotettu tarkistuslista tulee osaston käyttöön lähitulevaisuudessa. Alustavana ajatuksena on, että osastolla työskentelevillä hoitajilla on käytössään tarkistuslista. Tämän lisäksi potilaan asiat kirjataan edelleen sähköiseen sairauskertomukseen, tarkoitus ei ole kirjata asioita erilliselle lomakkeelle.

Tarkistuslistan käytöstä kotiuttamisprosessin apuna toivotaan osastolla työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia ja parannusehdotuksia. Jatkossa tavoitteena on myös selvittää, miten tarkistuslistan käyttö on vaikuttanut potilasturvallisuuteen Meilahden sairaalan verisuonikirurgisella osastolla.

Asiasanat: Verisuonikirurginen osasto, tarkistuslista, potilasturvallisuus kotiuttaminen, diabetes.

ABSTRACT

Helenius, Nga and Naghedi, Maryam. A checklist to assist in the discharge phase treatment of diabetic patients at the vascular surgical ward of Meilahti Hospital

Diaconia University of Applied Sciences, Degree program in Nursing, Option in Public Health Care. Degree: Public Health Nurse

The purpose of this thesis was to produce an assistive checklist for the staff of the Vascular surgical ward of Meilahti Hospital to use during patient discharge phase. In the theoretical part we discussed topic-related theoretical aspects. The emphasis in this thesis was on producing the checklist.

Meilahti Hospital's vascular surgical ward desired to improve the quality of nursing care and safely discharge their diabetic patients. The checklist ensures knowledge transfer during the discharge phase and eases work, because the care provider does not have to rely solely on memory or observations. Using the checklist requires functional teamwork and the ward staff must be committed to use it in addition to adhering to the ward's own values.

The checklist contains 25 questions. Questions logically follow one after another and move the discharge process forward. The checklist contains central care descriptions for diabetic patients, their care instructions, cooperation, information and consultation regarding their discharge. The questions verify issues, which the ward staff must take into account during discharge planning process of diabetic patients.

The checklist produced through this thesis will be available for the ward's use in the near future. The preliminary idea is that the ward nurses will have a memo list, in addition to continued recording into the electronic patient medical record; not into a separate form. The objective in the future is to also find out how patient safety at Meilahti Hospital vascular surgical ward is affected by using the checklist.

We hope to receive feedback and development recommendations from the ward's care staff on the use of the checklist during patient discharge process.

Keywords: vascular surgical department, checklist, patient safety, diabetes

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 DIABETES	8
2.1 Diabetes tyyppi 1	9
2.2 Diabetes tyyppi 2.....	12
2.3 Komplikaatiot.....	13
2.3.1 Retinopatia eli verkkokalvosairaus.....	14
2.3.2 Nefropatia eli munuaisten vajaatoiminta	16
2.3.3 Neuropatia eli hermoston toimintahäiriöt.....	18
3 POTILASTURVALLISUUS.....	19
3.1 Potilaan turvallisuus hoitotyössä	20
3.2 Potilaan hoidon laatu HUS:ssa.....	21
4 POTILAAN OHJAUS.....	22
4.1 Potilan ohjaus hoitotyössä.....	22
4.2 Potilaan ohjaus sairaalasta lähtövaiheessa.....	23
4.3 Hoidon ja jatkohoidon ohjaus verisuonikirurgisella osastolla	24
5 TARKISTUSLISTA.....	25
5.1 Tarkistuslistan käyttöperiaatteet.....	25
5.2 Tarkistuslistan tavoite.....	25
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITEET	27
7 VERISUONIKIRURGINEN OSASTO.....	28
7.1 Hyvä hoito ja hoitamisen ydin osastolla.....	28
8 PRODUKTION ERI VAIHEET	30
8.1 Suunnittelu	30
8.2 Toteutus	31
8.3 Arviointi.....	32
9 POHDINTA	35

9.1 Eettisyys ja luotettavuus	35
9.2 Ammatillinen kasvu	36
9.2.1 Oma ammatillinen kasvu.....	37
LÄHTEET.....	39
LIITE: Tarkistuslista	44

1 JOHDANTO

Diabetes on yksi nopeimmin lisääntyvistä kansansairauksista, jota sairastaa arvion mukaan noin 10 % suomalaisesta aikuisväestöstä (Käypä hoito 2011). Tällä hetkellä Suomessa on noin 290 000 diagnosoitua diabetesta sairastavaa henkilöä. Valtaosa diabeetikoiden kokonaismäärästä, noin 250 000, sairastaa tyyppin 2 diabetesta, loppuilla on tyyppin 1 diabetes. Diagnosoitujen diabeetikoiden lisäksi noin 200 000 suomalaista sairastaa tietämättään tyyppin 2 diabetesta. (Diabetesliitto 2011.) Diabeteksen yleistymisen ei ole vain Suomen ongelma, vaan sama kehitys on nähtävissä lähes kaikkialla maailmassa. Diabetesjärjestö IDF:n (International Diabetes Federation) mukaan tällä hetkellä maailmassa on jopa 366 miljoonaa diabeetikkoa. (IDF 2011.)

Diabeetikoiden määrän lisääntyminen merkitsee myös diabetekseen liittyvien komplikaatioiden lisääntymistä, jotka heikentävät diabetesta sairastavan elämänlaatua ja ennustetta. Diabeteksen aiheuttaman inhimillisen kärsimyksen lisäksi myös yhteiskunnalle aiheutuvat kustannukset ovat huomattavia, jopa 15 % terveydenhuollon menoista aiheutuu diabeteksestä. (Käypä hoito 2011.) Tämän takia on tärkeää, että diabeteksen hoidon kehittämiseen kiinnitetään huomiota.

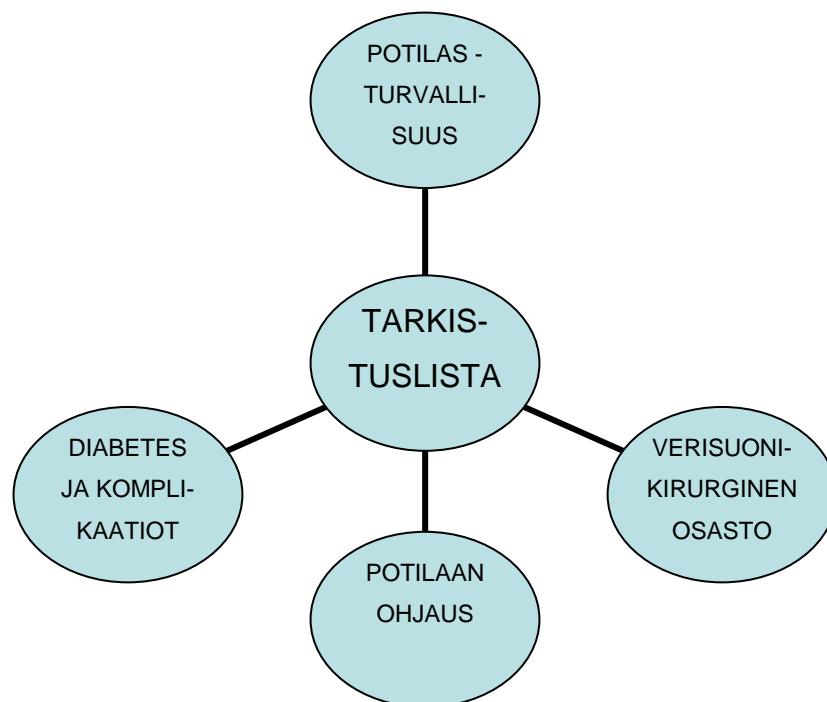
Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuoda esille niitä keinoja, joilla voidaan auttaa verisuonikirurgisen osaston sairaanhoitajia diabetespotilaan kotiuttamisprosessissa ja siihen liittyvissä seikoissa. Tavoitteena on myös, että Meilahden sairaalan verisuonikirurgisella osastolla työskentelevät sairaanhoitajat saavat valmiin tarkistuslistan. Työ on pahimmillaan hyvin kiireistä ja haastavaa ja tarkoituksena on, että sairaanhoitajat saavat apua tarkistuslistasta potilaan kotiutusvaiheen turvallisuuden ja laadukkaan hoidon lisäämiseksi.

Tarkistuslistan tarkoituksena on siis toimia sairaanhoitajan apuvälineenä hoitotyössä diabetespotilaan kotiutusvaiheessa. Tarkistuslistan avulla pyritään ehkäisemään unohtamista ja inhimillisiä erehdyksiä. Tällä on myös iso merkitys sekä potilasturvallisuuteen että hoitotyön laadulliseen puoleen. Potilaalla on

oikeus saada turvallista ja laadukasta hoitoa ja jokaisella hoitajalla on vastuu hoidon turvallisuudesta ja laadusta. Hoitotyön turvallisuuden ja laadun vaatimus asettaa hoitotyölle sellaisia kriteereitä, että käytännössä tehtäisiin työtä ilman virheitä. Työpaikoilla on painotettava huolellisuutta ja tarkkavaisuutta, jotta virheitä ei esiintyisi. (Helovuo ym. 2011, 21–22.)

Työn keskeiset teoreettiset käsitteet ovat diabetes, komplikaatiot ja potilasturvallisuus. Tarkistuslistan toiminta-ajatus perustuukin juuri diabetespotilaan hoitotyön kehittämiseen ja potilasturvallisuuden parantamiseen. Opinnäytetyön teoreettisen osuuden lisäksi on tehty tarkistuslista Meilahden sairaalan verisuonikirurgisen osaston henkilökunnalle. Potilasturvallisuus on opinnäytetyön keskeinen teema, aihe on tärkeä ja kaikkialla maailmassa terveydenhoitoalan ammattilaiset sitoutuvat työssään toimimaan potilaan parhaaksi. (Helovuo ym. 2011, 21–22.)

Opinnäytetyön keskeisimmät teoreettiset käsitteet on esitelty alla olevassa kuviossa (kuvio 1).



KUVIO1. Tarkistuslistaan liittyvät tekijät

2 DIABETES

Diabetes voidaan määritellä tilaksi, jossa plasman glukoosipitoisuus on kroonisesti suurentunut. Diabetekseen liittyy myös usein akuutteja ja kroonisia komplikaatioita, joilla on suuri vaikutus potilaan elämänlaatuun ja ennusteeseen. (Tarnanen, Groop, Laine & Puurunen 2011.)

Diabeteksella on suuria kansanterveydellisiä vaikutuksia. Diabetekseen liittyvät liitännäissairaudet ja komplikaatiot aiheuttavat vuosittain paljon inhimillistä kärsimystä, edellä mainitut syyt aiheuttavat myös huomattavan suurien taloudellisten resurssien käyttöä diabeteksen hoitoon. Esimerkkinä komplikaatioista, joita korkea sokeritaso aiheuttaa ovat elinmuutokset silmiin, hermoihin ja munuaisiin. (Ilanne-Parikka ym. 2006.)

Diabetes voidaan ymmärtää monen eri sairauden summana. Näitä sairauksia yhdistää kolme eri tekijää, joko insuliini hormoni puuttuu kokonaan, insuliinia ei erity riittävästi tai on kehittynyt insuliiniresistenssi eli insuliinin vaikutuksen heikkeneminen. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 538.)

Vaikka diabetestyyppjä on useita, jaetaan nämä käytännön syistä kahteen päätyyppiin, nuoruustyyppin diabetekseen (tyyppi 1) ja aikuistyyppin diabetekseen (tyyppi 2). Tyyppin 1 diabetes puhkeaa yleensä jo lapsena tai viimeistään nuoruusiässä ja sen syynä on insuliinihormonin puuttuminen kokonaan haiman lopettaessa insuliinin tuotannon. Tyyppin 2 diabetes puhkeaa yleensä vanhemmalla iällä ja sitä on edeltänyt useiden riskitekijöiden kasaantuminen. Näitä riskitekijöitä ovat ylipaino ja veren rasva-arvojen kohoaminen. (THL 2012.)

Diabetekselle tyypillisten oireiden, kuten väsymyksen ja tiheän virtsaamisen tarpeen, syntyminen liittyy plasman glukoosipitoisuuden kohoamiseen. Diabetes voidaan diagnosoida joko plasman kohonneista paastoglukoosiarvoista tai glukoosirasituskokeen jälkeisistä plasman kohonneista glukoosiarvoista. Ennen plasman paastoglukoosiarvon ottamista henkilö on 12 tuntia ravinnotta. Glukoosirasituskokeessa otetaan ensin plasman paastoglukoosiarvo, sitten henkilö

juo sokerinestettä ja kahden tunnin kuluttua häneltä määritetään uusi plasman glukoosiarvo. Plasman glukoosiarvoja voidaan mitata myös määrittämällä veren punasolujen hemoglobiinin sokeroitunut osuus eli HbA_{1c}. Taulukkoon 1. on merkitty diabetesdiagnoosin perustana käytetyt plasman sokerin viitearvot (mmol/l). (Käypä hoito 2011.)

TAULUKKO 1. Diabeteksen toteaminen (Käypä hoito 2011)

	Normaali arvo	Heikentynyt glukoosinsieto	Suurentunut paastoarvo	Diabetes
Paastoarvo (mmol/l)	≤ 6,0		6,1–6,9	≥ 7,0
Sokerirasituskoel (mmol/l)	< 7,8	7,8–11,0		> 11,0
Satunnainen arvo oireisella henkilöllä (mmol/l)				> 11,0
HbA _{1c} (%)				≥ 6,5

2.1 Diabetes tyyppi 1

Tyyppin 1 diabeteksessa haiman kyky tuottaa insuliinia on heikentynyt tai loppunut kokonaan. Haiman endokriinisessä osassa sijaitsevien ns. Langerhansin saarekkeiden beetasolut, jotka tuottavat insuliinia, ovat tuhoutuneet vähitellen tai äkillisesti, tämä aiheuttaa elimistöön insuliini hormonin puutteen. (Aro ym. 2007, 11.)

Tätä tyyppin 1. diabetesta sairastaa kaikista diabetespotilaista vain alle yksi viidestä. Sairauden puhkeaminen tapahtuu yleensä lapsuudessa, teini-iässä tai varhaisessa aikuisiässä. Koska haima ei tuota lainkaan insuliinia, plasman glukoositaso nousee esteittä ja samalla elimistön kyky käyttää glukoosia energialähteenä heikkenee merkittävästi. Elimistö joutuu edellä mainitun energiavajeen takia tilaan, jossa se alkaa hajottaa elimistön rasvaa ja lihasten proteiineja korvataksaan sokerin puuttumista, jonka vuoksi sairastuneet ovat yleensä ali- tai normaalipainoisia. Tyyppin 1 diabetekselle tyypillisiä oireita ovat lisääntynyt virtsaamisentarve, jano, laihtuminen ja väsymys. Oireiden ilmaantuminen saattaa

tapahtua hyvin nopeasti. Sairaus todetaan yleensä helposti ja nopeasti, jopa päivien kuluttua oireiden ilmaantumisesta. (Walker & Rodgers 2005, 13–15.)

Tyypin 1 diabeteksessa haiman insuliinia tuottavat beetasolut tuhoutuvat ja oireet kehittyvät yleensä nopeasti, mutta sairastumisesta tiedetään myös, että se on hidas ja pitkään kestävä prosessi. Tyypin 1 diabeteksen oireet, jano, väsymys ja tihentynyt virtsaamistarve alkavat vaivata, kun beetasoluista on jäljellä enää noin 10-20%. Tutkimuksista tiedetään, että ulkoiset tekijät vaikuttavat tyypin 1 diabeteksen puhkeamiseen. Tällainen ulkoinen tekijä voi olla esimerkiksi virtsatietulehdus, tulehdusprosessin myötä syntyvä autoimmuunireaktio aiheuttaa beetasolukon tuhoutumisen, sairastuminen tapahtuu yleensä aina alle 35-vuotiaana. Ulkoisten tekijöiden lisäksi myös perimä vaikuttaa diabetekseen sairastuvuuteen, perimän osuus on noin 5-8 %. (Terveyskirjasto 2012.)

Hoitona tyypin 1. diabetekseen on elinikäinen insuliinin korvaushoito. Tärkeänä lisänä on lääkkeetön hoito, joita ovat muun muassa terveellinen ruokavalion noudattaminen ja säännöllinen liikunta. Hoidon tavoitteena on saavuttaa plasman glukoosiarvojen hoitotasapaino ja ehkäistä liian matalia glukoosiarvoja. (Olli 2008, 22.)

Hoitona käytettävä insuliini voidaan annostella joko pistoksina tai pumpulla. Insuliinihoidon vaihtoehtoja eli insuliinien eri laatuja on käytössä useita, perusinsuliinina käytetään pitkävaikutteisia insuliinijohdoksia, annostus on yleensä kerran päivässä, keskipitkävaikutteisia insuliineja annostellaan yleensä kaksi kertaa päivässä, käytössä on myös niin sanottuja pikainsuliineja ja lyhytvaikutteisia insuliineja, joita voidaan käyttää aterioiden yhteydessä tai paikkaamaan pitkävaikutteisten insuliinien vaikutuksen hiipumista. Eri Insuliinien käytöllä pyritään mukailemaan kehon oman insuliinierityksen kaltaista tilaa (Käypähoito-suositus 2011, 18–19.)

Pumppuhoidolla insuliini voidaan annostella erityisen tarkasti ja joustavasti. Sen avulla voidaan parhaimmassa tapauksessa jäljitellä haiman omaa insuliinieritystä. Insuliinipumpulla on myös mahdollista nopeasti säätää insuliinin annostusta muun muassa aterioiden yhteydessä, käytännössä aivan samoin kuin ve-

ren sokeriarvojen kohotessa terve haima alkaisi erittää enemmän insuliinia. Ateriainsuliini on annosteltava aterian yhteydessä boluksena eli lisäannoksena aterian sisältämän hiilihydraattimäärän mukaan sekä pistos- että pumppuhoidossa. (Diabetesliito 2007). Insuliinin annostelu pumpulla on diabeetikolle siten helpompaa, että katetri on koko ajan paikoillaan ja näin vältetään useilta erillisiltä pistoksilta, esimerkiksi aterian yhteydessä insuliini annostellaan pumpussa olevaa nappia painamalla. Katetrin paikkaa vaihdetaan noin kolmen päivän välein. (Käypähoito-suositus 2011, 19–20.)

Insuliinin annostelu pumpulla on vaativaa ja plasman glukoosiarvojen seurannan oltava tarkempaa kuin muissa insuliinin annostelumuodoissa. Pumpun tietokoneelle voidaan ohjelmoida hyvin tarkasti erilaisia yksilöllisiä päivärutiineja ja tilanteita, joiden perusteella säädetään kuhunkin tilanteeseen sopiva insuliiniansustus. Pumpun käyttöön sisältyy jonkin verran enemmän riskejä kuin monipistoshoidon. Koska pumpussa käytetään pikainsuliinia, on pumpun toimintaa tarkkailtava mahdollisten häiriöiden tai kanyylin irtoamisen varalta. Jos insuliinin infuusio katkeaa, on vaarana nopea happomyrkytyksen eli ketoasidoosin kehittyminen. Turvallisuutta lisää verensokerimittari, jolla voidaan mitata myös veren ketoaineet. (Käypähoito-suositus 2011, 20.)

Pumppuhoitoon voidaan siirtyä tietyin lääketieteellisin perustein. Taustalla voi olla huono hoitotasapaino, toistuvat hypoglykemiat, verensokeriarvojen suuri vaihtelu tai esimerkiksi pistoskammo. Huonoon hoitotasapainoon on yleensä monia syitä. Insuliinin annostelu pumpulla ja siihen liittyvä tarkempi seuranta parantaa yleensä hoitotasapainoa ja voi lisätä myös hoitomotivaatiota. Jos pumppuhoitoisia tarkastellaan ryhmänä, heidän hoitotasapainonsa paranee ensimmäisten vuosien aikana uuden hoitomuodon aloittamisesta. (Käypähoito-suositus 2011, 19–20.)

Tyypin 1. diabeteksen hoidossa veren sokeriarvojen tarkka seuraaminen ja hiilihydraattien laskeminen on tärkeää, koska insuliiniansuksen tulee vastata saatuja hiilihydraattimääriä. Jotta insuliiniansus voidaan säätää yksilöllisen tarpeen mukaiseksi, on veren sokeriarvojen mittaaminen suoritettava noin 4-6 kertaa päivässä. Insuliinilääkityksen lisäksi ovat terveelliset elämäntavat yksi keskei-

nen diabeteksen hoitotasapainoon vaikuttavista tekijöistä, monipuolinen säännöllinen liikunta ja terveellinen ruokavalio voivat ehkäistä diabeteksen oheissairauksien puhkeamista. (Diabetesliitto i.a.)

2.2 Diabetes tyyppi 2

Tyyppin 2. diabetes eli aikuistyyppin diabetes on salakavala sairaus, se kehittyy yleensä hitaasti ja ilman selviä oireita, koska elimistö tottuu vähitellen kohoavaan plasman glukoosipitoisuuteen. Ennen sairauden toteamista plasman kohonnut glukoosipitoisuus on voinut rasittaa elimistöä jo vuosien ajan, jonka takia diabetekseen liittyvät liitännäissairaudet ovat saattaneet kehittyä hyvin pitkälle. (Walker & Rodgers 2005, 15.)

Plasman glukoosiarvojen kohoaminen aiheutuu tyyppin 2. diabeteksessa insuliinin tehon ja erityksen heikentymisestä. (Aro ym. 2007, 10). Tavallisesti aikuistyyppin diabetes alkaa vasta yli 40 vuoden iässä, mutta nykyisin se ei ole enää harvinainen nuoremmillakaan ihmisillä, sairauden yleistymiseen ovat vaikuttaneet väärin elintapojen myötä lisääntynyt ylipainoisuus ja passiivinen liikkumaton elämäntyyli. Aikuistyyppin diabeteksen oireita ovat lisääntynyt virtsaamisen tarve, jano, väsymys ja näkökyvyssä tapahtuvat muutokset. (Walker & Rodgers 2005, 15.)

Tyyppin 2 diabeteksen puhkeamiseen vaikuttaa vahvasti perinnölliset tekijät. Sairastumisen riski kasvaa huomattavasti, jos perintötekijöiden lisäksi on olemassa muita riskitekijöitä, kuten ylipainoa ja vähäinen liikkuminen. Insuliinin teho heikentyy eli insuliiniresistenssi, erityisesti niin sanotussa keskivartalolihavuudessa, jossa sisäelinten ympärille kertyy rasvaa. Tyyppin 2 diabeteksen puhkeamista voidaankin ehkäistä elintapojen muutoksilla, jossa ruokavalio koostetaan terveellisesti ja säännöllistä liikuntaa lisätään, painoa pyritään laskemaan. Elämäntapojen muuttamisen lisäksi joudutaan hoitona yleensä käyttämään myös lääkkeitä, joilla tehostetaan elimistön oman insuliinin vaikutusta, nopeutetaan ja lisätään insuliinin eritystä ja myös vähennetään maksan sokerituotantoa. (Käypähoito 2011.)

Tyypin 2 diabeteksen hoitovaihtoehtoja on useita, jos plasman glukoosiarvoja ei saada kuriin ruokavaliolla, laihduttamisella ja liikunnalla, joudutaan turvautumaan lääkehoitoon. Tyypin 2 diabeteksen lääkehoito käsittää tabletti- ja insuliinihoidon, joissakin tapauksissa tablettihoiton teho ei ole riittävä, jolloin hoitoon lisätään insuliini. Metformiinia käytetään ylipainoisilla diabeetikoilla ensisijaisena lääkkeenä, se vaikuttaa maksan sokerituotantoa vähentävästi. Sitagliptiini, vildagliptiini, saksagliptiini ovat suolistohormoneihin vaikuttavia lääkkeitä ja lisäävät insuliinin eritystä, nämä lääkkeet nautitaan suun kautta. Mikäli insuliinihoito lisätään tablettihoitoon, etsitään sellainen annostelu, jolla plasman glukoosiarvot pysyvät hyvällä tasolla. Yleisin insuliinihoito on iltainsuliini eli iltaisin pistettävä pitkävaikutteinen insuliini tai voidaan käyttää myös kahta pitkävaikutteisista insuliinin pistosta. Tarvittaessa hoitoon liitetään vielä lyhytvaikutteisen insuliinin käyttö ennen aterioita. (Mustajoki 2011.)

2.3 Komplikaatiot

Diabetes aiheuttaa useita haitallisia muutoksia elimistössä. Näitä haitallisia muutoksia kutsutaan yhteisnimellä lisäsairaudet, elinmuutokset tai myöhäiskomplikaatiot. Elinmuutokset kehittyvät usein noin 10 - 15 vuotta diabetekseen sairastumisesta erityisesti, jos diabeteksen hoito ei ole ollut tasapainossa. Elinmuutokset esiintyvät kehon eri osissa, kuten silmissä retinopatia, munuaisissa nefropatia, hermostossa neuropatia, sydämessä ja verisuonissa makroangiopatia. Tyypin 2 diabetekseen elinmuutoksia voi esiintyä jo sairauden diagnosointivaiheen yhteydessä, koska diabetes on voinut olla useiden vuosien ajan piilevänä diagnosoitavan sitä itse tietämättä. (Rönnemaa & Summanen 2009, 415–416.)

Tärkein elinmuutoksille altistavan tekijä on huono sairauden hoitotasapaino ja korkeat plasman glukoosiarvot. Tyypin 2 diabeteksessa nähdään useimmiten plasman korkeita glukoosiarvoja, jotka aiheutuvat insuliiniresistenssistä eli elimistön oman insuliinin normaalia heikommasta vaikutuksesta. Tämä on tärkeä suurten valtimoiden ahtautumista aiheuttava tekijä, josta seuraa sydän- ja ve-

risuonisairauksia sekä komplikaatioina muun muassa alaraajojen verenkierto-häiriöitä. Insuliiniresistenssillä on yhteys myös kohonneeseen verenpaineeseen, poikkeaviin veren rasva-arvoihin ja lisääntyneeseen veren hyytymistäipumukseen. (Holmia ym. 2008, 560.)

2.3.1 Retinopatia eli verkkokalvosairaus

Diabetekseen liittyvää verkkokalvosairautta nimitetään retinopatiaksi. Taudin lievimmässä muodossa, jota kutsutaan myös taustaretinopatiaksi, havaitaan lieviä muutoksia silmänpohjassa. Nämä silmänpohjan muutokset ovat yleisimpiä diabeteksen aiheuttamista elinmuutoksista. Jopa 90 %:lla insuliinihoitoista diabetesta sairastavista esiintyy taustaretinopatiaa, kun diabetes on kestänyt vähintään 20 vuotta. Muutoksien laatu riippuu siitä, miten diabeteksen hoitotasapaino on toteutunut. Retinopatiamuutoksia ei yleensä todeta tyypin 1 diabeteksen diagnoosivaiheessa. Mikäli plasman glukoosiarvot ovat olleet korkeita pitkään ja diabeteksen hoitotasapaino on ollut huono, tällöin myös elinmuutoksia on tullut nopeammin, joskus jopa viidessä vuodessa diabeteksen puhkeamisesta. Tyypin 2 diabeetikoilla taustaretinopatiaa esiintyy jopa 20 %:lla jo sairauden toteamisvaiheessa. Muutokset esiintyvät usein lievinä, mutta poikkeuksellista ei ole myöskään se, että pitkään piilevänä sairastettu diabetes on jo aiheuttanut huomattavaa näkökyvyn heikentymistä. (Rönnemaa & Summanen 2009, 414.)

Vaikeaksi taustaretinopatiaksi tilaa kutsutaan silloin, kun silmässä havaitaan lukuisia verenvuotoja ja mikroaneurysmia (verisuonen pullistuma), lisäksi havaitaan kovia keltaisia kiiltäviä läiskiä makulan seudussa (valoherkkä kudosisilmän takaosassa). Mikäli turvotusta todetaan erityisesti verkkokalvon sillä alueella, jolla ihminen näkee tarkimmin, puhutaan tällöin yleensä makulopatiasta. Tyypin 2 diabeetikoilla juuri makulopatia on yleinen taustaretinopatian muoto. Vaikea taustaretinopatia heikentää näkökykyä, vääristää (pienentää tai suurentaa) aistittavaa kuvaa, vaikeuttaa tarkkuutta vaativia tehtäviä kuten lukemista. Myös joidenkin ammattiryhmien työnharjoittamisen kannalta näkökyvyn heikentymisellä on merkitystä, erityisesti makulopatian aiheuttamalla värien erottamiskyvyn

heikentymisellä on suuri merkitys monissa ammateissa. (Rönnemaa & Summanen 2009, 415–416.)

Vaikeassa taustaretinopatian vaihetta kutsutaan uudissuonikasvua edeltäväksi vaiheeksi. Tällöin silmän verkkokalvon hiussuonia tukkeutuu jo varhain ja tukkeumista pieni osa näkyy paikallisina kuolioalueina verkkokalvolla, myös verenvuotoja esiintyy runsaasti. Makulan yläpuolelle syntyvää pumpulipallo-maista vaalea muodostumaa kutsutaan pehmeäksi eksudaatiksi eli hiussuonien tukkeutumisen aiheuttamaksi paikalliseksi kuolioalueeksi. (Rönnemaa & Summanen 2009, 416–417.)

Kun uudissuonia alkaa syntyä, voi syntyvien suonten tueksi kasvaa arpikudosta, tällöin usein muodostuu myös verkkokalvon ja lasiaisen välisiä kiinnikkeitä. Silmänpohjan laaja-alaisia muutoksia, suonten tukkeumia, ei ole enää mahdollista hoitaa helposti esimerkiksi laserilla, tästä voi seurata uudissuonten kasvua myös silmän etuosan värikkalvoon, joka aiheuttaa vaikeahoitoisen uudissuoniglaukooman eli silmänpainetaudin. Arpikudos ja uudissuonet tukkivat kammiokulman uudissuoniglaukoomassa ja silmä voi sokeutua täysin. (Rönnemaa & Summanen 2009, 414.)

Retinopatian ilmaantumista ja etenemistä voidaan tyyppin 1 ja 2 diabeetikoilla hoitaa pitämällä huolta hyvästä plasman glukoositasapainosta ja myös alentamalla verenpainetta. Verenpaineen hoito tulisi aloittaa, kun verenpaine on vähintään 140/90 mmHg, tavoitetaso on alle 130/80 mmHg. Diabeetikkojen kohonneen verenpaineen hoidossa käytetään yleensä ACE-estäjiä. Asetosalisyylihapon (ASA) käytön on todettu myös vähentävän retinopatioiden syntymistä, asetosalisyylihappo ehkäisee mikroaneurysmien muodostusta. (Rönnemaa & Summanen 2009, 419.)

2.3.2 Nefropatia eli munuaisten vajaatoiminta

Nefropatiaksi eli munuaisten vajaatoiminnaksi kutsutaan sellaista tilaa, jossa diabeetikolle on kehittynyt munuaismuutoksia. Alkuvaiheessa puhutaan mikroalbuminuriasta, jossa albumiini-nimistä veren valkuaisainetta erittyy virtsaan normaalia enemmän verenkierrasta. Kliinisestä nefropatiasta puhutaan silloin, kun esiintyy proteinuriaa, jossa valkuaista erittyy virtsaan runsaasti, munuaisten kyky puhdistaa veren kuona-aineita heikkenee ja nestettä ei poistu riittävästi kehosta. Kun munuaisten vajaatoiminta eli uremiavaihe on kehittynyt pitkään ja hitaasti tapahtuva munuaisten toimintakyvyn heikkeneminen on johtanut pysyviin muutoksiin, tapahtuu lopulta munuaisten toiminnan heikkeneminen edelleen tai munuaisten toiminta loppuu kokonaan tehokkaasta hoidosta huolimatta. (Rönnemaa & Summanen 2009, 422.)

Munuaisten vajaatoiminta on yleensä oireeton tai vähäoireinen, etenkin tilan kehittyessä hitaasti. Verinäytteestä mitatut kohonneet kreatiiniarvot kertovat heikentyneestä munuaisten toimintakyvystä. Munuaisten vajaatoiminta etenee hyvin yksilöllisesti ja se riippuu paljon siitä, mikä munuaisia on vaurioittanut. Kun munuaisten toiminta on heikentynyt lähes kokonaan, joudutaan turvautumaan munuaisten toimintaa korvaavaan dialyysihoitoon. Vuosittain tyypin 2 diabetesta sairastaville joudutaan aloittamaan enemmän dialyysihoitoja kuin tyypin 1 diabeetikoille, joka kuvaa hyvin tyypin 2 diabeteksen pitkää oireetonta sairastamista ennen sen havaitsemista. (Käypä hoito 2007.)

Munuaisten vajaatoiminnan etenemistä voidaan hidastaa ruokavalio- ja lääkehoidon avulla. Mitä varhaisemmassa vaiheessa munuaisia suojaava hoito aloitetaan, sen parempi. Munuaisten vajaatoiminnassa lääkehoidolla lisätään yleensä nesteenpoistoa, hoidetaan kohonnutta verenpainetta, parannetaan kalsium-fosforitasapainoa sekä hoidetaan anemiaa. Vaikeassa munuaisten vajaatoiminnassa joitain lääkkeitä ei voida käyttää lainkaan, tulehduskipulääkkeiden käyttöä tulee välttää. Jos dialyysihoidot ovat jo alkaneet, tulee huomioida, että osa lääkeaineista poistuu dialyysin yhteydessä. (Saha 2012.)

Vaikean munuaisten vajaatoiminnan ainoana hoitona voidaan käyttää vain dialyysihoitoa, myös munuaisensiirto voi tulla kyseeseen (Saha 2012). Dialyysin periaatteena on hoitaa osa munuaisen tehtävistä keinotekoisesti, tällöin verestä poistuu puoliläpäisevän kalvon läpi kuona-aineita, suoloja, happamuutta aiheuttavia vetyioneja ja vettä (Käypä hoito 2007).

Hemodialyysihoidossa verestä puhdistetaan kuona-aineita ja ylimääräistä nestettä dialyysikoneessa olevan suodattimen avulla. Tätä varten tehdään pienessä verisuonileikkauksessa veritie eli fisteli, jossa laskimo yhdistetään valtimosuoneen. Jokaisen hemodialyysihoidon alussa verisuoniin pistetään kaksi kanyyliä, joiden kautta veri ohjataan dialyysikoneeseen ja puhdistettuna takaisin verenkiertoon. Tämä tehdään sairaalassa yleensä kolme kertaa viikossa ja se kestää 4–5 tuntia kerralla. Dialyysissa olevan on yleensä noudatettava tarkkaa ruokavaliota ja nesterajoitusta. (Saha 2012.)

Vatsakalvodialyysihoitoa kutsutaan peritoneaalidialyysiksi (PD-dialyysi), jossa käytetään hyväksi potilaan omaa vatsakalvoa. Dialyysineste valutetaan vatsaonteloon katetrin kautta, jossa se pidetään joitakin tunteja. Vatsakalvo toimii puoliläpäisevänä kalvona, jolloin kuona-aineet ja neste siirtyvät verestä dialyysinesteeseen ja poistuvat elimistöstä, kun dialyysineste valutetaan ulos. Vatsakalvodialyysiä varten asetetaan pienessä leikkauksessa katetri vatsaonteloon, jota kautta dialyysineste valutetaan sisään ja ulos. (Saha 2012.)

Aktiivihoidolla tarkoitetaan dialyysihoitoa tai munuaisensiirtoa. Suomessa munuaisensiirtoa voidaan suunnitella vain jo dialyysissa olevalle potilaalle. Munuaisensiirto tarkoittaa terveen munuaisen siirtämistä sairastuneelle, jonka omat munuaiset eivät toimi. Onnistunut munuaisensiirto vapauttaa saajansa dialyysihoidosta ja antaa mahdollisuuden viettää normaalia, täysipainoista elämää. Monet vajaatoiminnasta aiheutuvat häiriöt korjaantuvat paremmin kuin dialyysillä. Munuaisen toiminta on usein melko normaalia siirron jälkeen. Haittapuolena voidaan pitää sitä, että elinsiirtoon liittyy aina hylkimisriski ja tämän takia uuden munuaisen saaneen on käytettävä hylkimisreaktiota estävää lääkitystä loppuelämänsä ajan. (Saha 2012.)

2.3.3 Neuropatia eli hermoston toimintahäiriöt

Pitkään kestävä vaikea hypoglykeeminen diabetes voi vaurioittaa käytännössä kaikkia ääreishermoja kehon eri osissa. Huono plasman glukoositasapaino on riski verenkiertohäiriöille ja myös infektioherkkyys lisääntyy. (Rintala, Kotisaari, Olli & Simonen 2008, 145.). Hermostovaurion mekanismina toimii se, että hermoihin verta tuovat pienet verisuonet ahtautuvat diabetesta sairastavilla, jolloin hermot eivät saa tarvitsemaansa ravintoa. Ainoa selvä syy hermostovauriolle on huono diabeteksen hoitotasapaino. (Rönnemaa 2011.)

Diabeteksen seurauksena syntyviä hermostovaurioita kutsutaan yhteisnimellä neuropatiat. Diabeettinen neuropatia jaetaan somaattiseen (tahdosta riippuvan hermoston) ja autonomiseen (tahdosta riippumattoman hermoston) neuropatiiaan. Somaattinen neuropatia vioittaa joko tuntohermoja, jotka viestittävät esimerkiksi kipuaistimuksia aivoihin tai liikehermoja, jotka tuovat aivoista käskyn lihaksille, kun haluamme niiden supistuvan. Autonominen hermosto säätelee mm. suoliston toimintaa, sydämen sykintätaajuutta ja verenpainetta sekä miehillä siittimen erektiota. Somaattinen neuropatia esiintyy yleensä useissa kehon osissa, samanlaisena sekä vasemmalla että oikealla puolella. Tavallisimmin se ilmenee alaraajoissa. Laajan esiintymisen vuoksi diabeettista neuropatiata kutsutaan yleensä polyneuropatiaksi (usean hermon vaurioituminen). Joskus diabetes voi kuitenkin aiheuttaa vain yhden hermon vaurioitumisen. Tällaista tilannetta kutsutaan mononeuropatiaksi. (Rönnemaa 2011.)

Jalkavammoja esiintyy diabetespotilailla useammin kuin muilla. Näiden syntyyn ovat syynä diabeteksen aiheuttamat lisäsairaudet, joita ovat hermostomuutokset, verisuonimuutokset ja sidekudoksen muutokset. Hermostomuutokset heikentävät jalkojen lihaksia, jolloin heikentyneet lihakset surkastuvat, jonka seurauksena muodostuu jalan ja varpaiden virheasentoja. Virheasentoista saavat alkunsa känsät, kovettumat, hankaumat, haavat ja kynsivauriot. Tunnon häviäminen on salakavalin oire hermostomuutoksista. Kehomme tuntoaisti toimii tehokkaasti esimerkiksi kivun tunnistajana ja varoittaa meitä tarvittaessa. Kun hermostonmuutokset vaurioittavat tätä varoitusjärjestelmää, voivat niinkin vähä-

pätöisiltä tuntuvat mekaaniset tekijät kuten kivi kengässä, aiheuttaa pahoja vammoja. (Huhtanen 2009, 5–6.)

Diabeetikoilla esiintyy neuropatiaa vaihtelevasti. Tyypin 1 diabetesta sairastaville kehittyy pienelle osalle aivan taudin alkuvaiheessa insuliinihoidon aloittamisen yhteydessä kivulias neuropatia, joka kuitenkin korjautuu 1–2 vuoden kuluessa. Tätä tilannetta kutsutaan akuutiksi neuropatiaksi, varsinainen neuropatia tyypin 1 diabeteksessa voi ilmaantua 10–15 vuoden kuluttua diabeteksen puhkeamisesta. Noin 20 vuoden kuluttua diabeteksen toteamisesta noin 50 %:lla on ainakin joitain lieviä neuropatian oireita ja löydöksiä. Diabeetikoilla somaattinen neuropatia on yleisempi kuin autonominen neuropatia. (Rönnemaa 2011.) Tyypin 2 diabeetikoista noin 20 %:lla on havaittavissa neuropatia jo diabeteksen toteamishetkellä, koska heillä diabetes on ollut usein vuosia oireettomana ja ilman hoitoa. Suomessa tehtävistä sääri- ja reisiamputaatioista 50 % tehdään diabeetikoille. (Riikola & Ebeling 2009.)

3 POTILASTURVALLISUUS

Laissa määrätään potilaan oikeudet terveyden- ja sairaanhoitoon liittyen. Laadultaan hyvän terveyden- ja sairaanhoidon tulee olla paitsi lopputulokseltaan hyvää, myös potilaalle turvallista. (Helovu 2011, 40.) ”Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785).

Lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä(559/1994) tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua. Lain avulla varmistetaan, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoimi edellyttämät muut valmiudet. Laki helpottaa myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatillista yhteistyötä terveydenhuollon työvoiman tarkoituksenmukaista käyttöä. (Helovu 2011, 40.)

3.1 Potilaan turvallisuus hoitotyössä

Potilasturvallinen hoito ja toiminta ovat sairaanhoidon peruseriaatteita, ja näiden kehittäminen kuuluu jokaiselle työntekijälle terveyden- ja sairaanhoidon alalla. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadun ja riskien hallintaan oleellisena osana kuuluu potilasturvallisuuden edistäminen (STM 2009). Kun laadukas hoitotyö ja potilasturvalliset toimintatavat yhdistetään, saavutetaan onnistuneita lopputuloksia niin potilaan kuin hoito-organisaationkin kannalta. Tarkistuslistan käyttäminen lisää potilasturvallisuutta ja hoitotyön laadukkuutta. (Helovuori 2011, 208.)

Helovuorin mukaan virheet hoitotyössä ovat usein inhimillisiä, sillä etenkin kokeneille hoitajille työ muodostuu rutiiniksi. Tällaisissa tilanteissa kommunikaatio ja virheiden tarkkaileminen usein vähenee. Vaikka hoitajan toiminta olisi tarkoituksen mukaista, lopputulos ei kuitenkaan aina ole haluttu. Tarkistuslistan tekemisessä on hyödynnetty tietoa ilmailualalta, jossa vakioidut tarkistuslistakäytännöt luovat turvallisen toiminnan perustan. (Helovuori 2011, 208.)

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman (2009) Suomalaisen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013 mukaan hoitotyössä potilasturvallisuus käsittää toiminnot, periaatteet ja arvot. Niiden avulla pystyy takamaan hoidon turvallisuutta sekä välttämään potilaan vahingoittuminen. Turvallisuuskulttuuri pitää sisällään hoitotyön arvot, hyvän johtamisen, sekä asenteet. Pyrittäessä parantamaan potilas-turvallisuutta tulee hyödyntää ja soveltaa perustavia käytäntöjä tutkimukseen ja kokemukseen. Potilasturvallisuus pitää sisällään laiteturvallisuuden, lääkitysturvallisuuden sekä hoidon turvallisuuden. Se myös mittaa osaltaan hoitotyön laatua. (STM 2009.)

Potilasturvallisuutta pyritään edistämään näkyvästi. Terveydenhuoltolaissa on laatu- ja potilasturvallisuuspykälä 8§, ja sen täytäntöönpano ohjaa asetus. Lakiin ja säädösten lisäksi potilasturvallisuuden edistäminen edellyttää terveydenhuollon yksiköissä kuitenkin konkreettisia toimia ja kehittämistä (Helovuori 2011, 31).

3.2 Potilaan hoidon laatu HUS:ssa

HUS:n perustehtävä on hoitaa potilaita laadukkaasti, ihmisarvoa kunnioittaen, vastuullisesti ja oikeudenmukaisesti. HUS:ssa hoitotyön kulttuuri perustuu syvään vastuuseen ihmisen hyvän edistämisestä ja hänen arvokkuutensa kunnioittamisesta. Hus työntekijän hoitotyön perustehtävänä on, että potilas tulee kuulluksi ja autetuksi. Hoitokäytäntöjä uudistetaan tutkittuun tietoon perustuen. Toimintatavat edistävät potilaiden terveyttä ja turvallisuutta. (HYKS 2011.)

4 POTILAAN OHJAUS

Potilaan ohjaus perustuu sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön, ammattietiikkaan, erilaisiin toimintoihin ohjaava laatu- hoitosuosituksiin sekä terveys- ja hyvinvointiohjelmiin. Vaikka laeissa asetuksissa ohjausta ei välttämättä suoraan mainittu, mutta potilaan asema määritelty laissa. Potilaan on annettava riittävästi tietoa ymmärtävällä tavalla. (Eloranta 2011, 11.)

4.1 Potilan ohjaus hoitotyössä

Ohjaus on hoitotyön auttamismenetelmä, jossa hoitaja vuorovaikutuksen kautta tukee potilaan toimintakykyä, omatoimisuutta ja itsenäisyyttä (Eloranta 2011, 7). Ohjauksen tilanteessa annetaan tietoja potilaalle joka on keskeinen osa hoitoa. Se on myös potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumisen keskeinen edellytys. (Kassara ym. 2004, 41.) Ohjauksessa tulee kunnioittaa potilaan ihmisarvoa, itsemääräämisoikeutta, vakaumusta ja yksityisyyttä. (Eloranta 2011, 11–12).

Potilaan ohjaus toteutetaan suunnitelmallisesti ja se on yhtenä osana potilaan hoitoa. Ohjauksessa tulee huomioida aina omaiset ja ohjata heitä. Hoitoaikojen lyhentyessä ohjauksen merkitys terveydenhuollossa tulee korostumaan, sillä ohjauksen antamiselle jää muun työn ohella vain vähän aikaa. Koska aikaa on vähän, tulee ohjauksen olla tehokasta. (Kyngäs ym. 2007, 5–6.) Ohjauksessa kuitenkin vaaditaan, että potilaat saavat tietoa sairauksista ja erilaisista hoitomuodoista, tehtävistä tutkimuksista ja toimenpiteisiin liittyvistä asioista, toipumismahdollisuuksista ja jatkohoidosta. (Eloranta 2011, 15–16). Ohjauksessa on tärkeää miettiä, mitä asiaa potilas jo tietää, mitä asiaa hänen tulee tietää ja mitä hän haluaa tietää sairaudesta. Jotta ohjaus onnistuisi, hoitajan olisi myös hyvä tietää mikä potilaalle on paras tapa omaksua tietoa. Tämä on kuitenkin haasteellista, jos kontakti potilaan kanssa on lyhyt (Kyngäs ym. 2007, 47–49.) Ohjauksen kautta edistetään potilaan osallistumista omaan hoitoonsa ja tuetaan sairaudesta selviytymiseen. Ohjauksen avulla potilas voi saada voimavarojaan käyttöön sairaudestaan huolimatta. (Kassara ym. 2004, 41.)

4.2 Potilaan ohjaus sairaalasta lähtövaiheessa

Potilaan ohjauksen tavoitteena on, että potilas pärjää kotona, saa hyvää ja laadukasta jatkohoitoa, Itsehoidon onnistuminen, parempien hoitotulosten saaminen ja tukee hoitoon sitoutumista. Potilaan kotiutumisvaiheessa pitää varmistaa potilaan selviytyminen ja hoidon jatkuvuus kotioloissa. Ohjauksen pitää sisältää epäselvistä asioista keskustelua ja potilaan ohjaustarpeen täsmentämistä, eli mitä asiakas jo tietää, mitä hänen täytyy tietää ja mitä hän haluaa tietää? (Eloranta 2011, 43.)

Uusien asioiden ymmärtäminen kun elämäntilanne muuttunut, on vaikea ja vaatii yleensä aikaa. Lyhyt sairaalassaoloaika on tuonut haasteita ohjaukselle. Tässä voidaan hyödyntää kirjallisia ohjeita, mutta kirjalliset ohjeet eivät pelkästään riitä. (Eloranta 2011, 43.) Potilas voi tutustua kirjallisiin ohjeisiin itsekseen ja rauhassa, sekä myös tarkistaa sieltä tietoja jälkikäteen (Kyngäs ym. 2007, 124). Kirjallinen ohjausmateriaali on myös tärkeä suullisen ohjauksen tuki, se tulee kuitenkin olla ajan tasaista ja vastata potilaan tarpeisiin. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 213.) Kirjallisten ohjeiden avulla voidaan taata hoidon jatkuvuus kotona, jossa myös perheenjäsenet voivat perehtyä ohjeisiin ja näin tukea potilaan hoidon onnistumista. (Salminen-Tuomaala, Leikkola, Kurikka, Vanninen & Paavilainen 2010,25–26).

Kirjallisessa ohjeessa tulee perustella, miksi potilaan pitää toimia lääkärin antamien ohjeiden mukaan. Ihmiset noudattavat ohjeita paremmin, jos niiden noudattaminen ei hankaloita tavallista elämää ja jos he saavat ohjauksen kautta perusteltua hyötyä elämäänsä. (Hyvärinen 2005,1699–1771.)

Hoitajan tulee arvioida minkälaisia ohjausmenetelmiä voi käyttää, koska ihmiset oppivat eri tavoin. Hoitajan tehtävänä on auttaa potilasta tiedostamaan oma tyyliinsä omaksua asioita. Jos potilaan on helppoa muistaa ja ilmaista asioita kielellisesti, tuetaan häntä antamalla ohjaustilanteessa vahvistavaa palautetta. Jotkut hahmottavat asioita visuaalisesti, tällöin käytetään kuvamateriaalia ohjauksen tukena esimerkiksi haavanhoidon ohjauksessa. Potilasta voidaan myös ohjata harjoittelun avulla. (Eloranta 2011, 43.) Ohjaus onnistuu paremmin, jos

se suoritetaan rauhallisessa ja häiriöttömässä tilassa. Potilaan tukiverkoston huomioiminen ja ohjaaminen on tärkeää, antamalla tietoa läheisille parannetaan heidän kykyään tukea potilasta kotiutumisvaiheessa. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 208–216.)

4.3 Hoidon ja jatkohoidon ohjaus verisuonikirurgisella osastolla

Hoitaja ohjaa suunnitelmallisesti potilasta huomioiden sairauden ja toimenpiteiden aiheuttamat muutokset potilaan elämäntilanteessa. Potilaalle ja tarvittaessa läheisille/ omaisille annettava tieto on aina oltava ymmärrettävää, ajanmukaista ja hoitoon sitoutumista edistävää. Muutokset saattavat vaikuttaa potilaan kykyyn vastaanottaa ja omaksua tietoa. Hoitajan tulee tunnistaa potilaan sekä tarvittaessa läheisten/ omaisten tiedontarpeet, oppimiskyky ja oppimisen mahdolliset esteet. Ohjauksen ajankohta ja ohjausmuodot valitaan potilaan tarpeet huomioiden. Hoitajan tulee myös arvioida miten potilas on ymmärtänyt annetun ohjauksen. (HYKS 2011.)

Potilaan yksilöllinen ohjauksen tarve otetaan huomioon koko hoitajakson ajan. Potilas on tietoinen hänelle tehdystä toimenpiteestä, toipumisesta ja jatkosuunnitelmista. Potilas saa tarvittaessa emotionaalista ja henkistä tukea sekä ohjausta. Potilaan ilmoittamat läheiset ovat saaneet tarvittavan tiedon potilaan tilanteesta. Potilas on saanut suullisen ja kirjallisen ohjauksen kotona tapahtuvasta jatkohoidosta. Potilas tietää mihin tarvittaessa voi ottaa yhteyttä kotiutumisen jälkeen. Potilaalle on tarvittaessa järjestetty kotiapua. Mahdollinen jatkohoito- paikka on saanut suulliset ja kirjalliset hoito-ohjeet sekä yhteystiedot mistä tarvittaessa saa lisätietoja. Potilaan kotiutuessa tai siirtyessä jatkohoitoon hänelle on laadittu loppuarvio. Läheiset ovat tietoisia kotiutuksesta tai siirrosta. Osastolla on esillä potilasasiamiehen yhteystiedot. (HYKS 2011.)

5 TARKISTUSLISTA

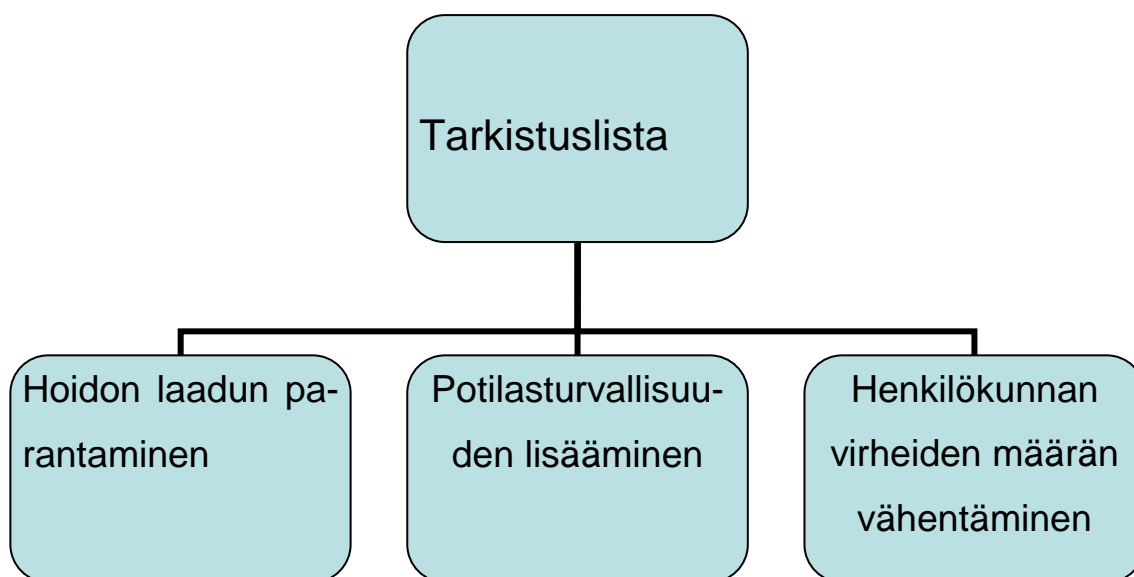
Opinnäytetyömme produktiona syntyvässä tarkistuslistassa huomioidaan diabeetikon kotiutusvaiheessa jatkohoitoon liittyviä asioita: esimerkiksi lääkitys, hoito-ohjeet, hoitotarvikkeet, tiedonsiirto omaisille ja tarvittaessa avohoidon puolelle/ viranomaiselle (edunvalvoja). Tarkistuslistan kokoaminen tehtiin teorian pohjalta ja käyttämällä malleja. Tarkistuslistan kokoamisen apuna olemme käyttäneet myös Meilahden sairaalan verisuonikirurgisen osaston osastonhoitajan, klinisen opettajan ja DIAKin opinnäytetyötä ohjaavan opettajan mielipiteitä.

5.1 Tarkistuslistan käyttöperiaatteet

Tarkistuslistan periaatteena on toimia muistin tukena ja helpottaa työntekoa, sekä vahvistaa, että tarkistuslistassa mainitut asiat on tehty tai huomioitu. Tarkistuslistan on tarkoitus myös lisätä hoitoprosessin sujuvuutta. (Takala ym. 2009, 363.) Tarkistettavat asiat on tehty osana luonnollista työkulkua, listan avulla varmistetaan lopuksi, että mikään tarkistettavista asioista ei ole unohtunut potilaan kotiuttamisen yhteydessä (Helovuo 2011, 202- 203). Tarkistuslistan vastaukset pyritään pitämään vakiomuotoisina ja lyhyinä, vakiomuotoinen vastaus on joko yleinen vahvistus rastilla ("x"), tai kysymykselle tyhjä tila, johon vastataan. Tarkistuslistan kohtaan annetaan vahvistus vasta, kun kyseinen asia on varmasti huomioitu. Mikäli tarkistettavaa asiaa ei ole tehty tai varmistettu, jätetään tarkistus siltä osin kuittaamatta tai merkitään esimerkiksi miinus merkillä ("-").

5.2 Tarkistuslistan tavoite

Tarkistuslistan tavoite on virheiden määrän vähentäminen, turvallisuuden lisääminen, toiminnan yhdenmukaistaminen sekä laadun parantaminen. Tarkistuslista tarjoaa yksinkertaisen ja tehokkaan ydinasioiden listan, jonka avulla voidaan parantaa potilaan turvallisuutta. (Helovuo, ym. 2011, 208.)



KUVIO 2. Tarkistuslistaan liittyvät tavoitteet

Tarkistuslista auttaa sairaanhoitajaa tekemään laadukasta työtä ja hoitamaan tehtävänsä, niin että potilaat saavat hyvää hoitoa. Vaikka diabeteksen hoito onkin osastolla työskenteleville sairaanhoitajille tuttua ja he osaavat siihen liittyvät asiat, tarkistuslista on kuitenkin tarpeellinen hoidon laadun seurannassa muun muassa työn kiireisen luonteen takia. Tarkistuslista sisältää diabeteksen hoidon keskeiset työnkuvat, hoidonohjauksen, yhteistyön, tiedotuksen ja konsultaation. (Helovu 2011, 208–209.) Tarkistuslistan tavoitteet on esitelty kuviossa 2.

Työn keskeisin käsite on potilasturvallisuus. Se on kantavana runkona koko työn aiheelle. Hoitotyössä on huomioitava, että tieto potilasturvallisuudesta tuodaan yleiseen tietouteen. (Helovu 2011, 13–14.) Tarkistuslistaa käytetään Meilahden sairaalan verisuonikirurgisella osastolla, joissa moniammatilliset tiimit osallistuvat potilaan hoitoon. Sujuvan ja selkeän tarkistuslistan avulla hoitaja pystyy kotiuttamaan potilaita turvallisesti kotiin tai jatkohoitoon. (Helovu 2011, 208–209).

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITEET

Opinnäytetöiden periaate Diakonia-ammattikorkeakoulussa on työelämälähtöisyys, myös mahdollisesti konkreettisenä lähtökohtana. Opinnäytetyön tärkeä osa on ammatillisen tiedon ja taidon rakentaminen ja mahdollinen tie työllistymiseen. (Kuokkanen ym. 2010, 23.) Opinnäytetyössämme konkreettiset kohdat ja työelämälähtöisyys näkyvät osaston toiveina ja tarkistuslistan tuottamisen kautta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tarkistuslista Meilahden sairaalan verisuonikirurgisen osaston sairaanhoitajille. Opinnäytetyömme tehtävinä on ensiksi selvittää millainen tarkistuslistan ulkonäkö pitäisi olla verisuonikirurgisella osastolla, toiseksi millainen sen sisältö ja rakenne pitäisi olla. Tavoitteenamme on tuottaa opinnäytetyön produktiona tarkistuslista, jota käytettäisiin verisuonikirurgisella osastolla.

7 VERISUONIKIRURGINEN OSASTO

Meilahden verisuonikirurginen osasto on 21-paikkainen vuodeosasto. Osastolla on henkilökuntaa yhteensä 38½, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, 26 sairaanhoitajaa, 8 perushoitajaa ja 2½ sihteeriä. Verisuonikirurgiaan kuuluu kallon ja rintaontelon ulkopuolisten, kuten kaulan, vatsan sekä ylä- ja alaraajojen verisuonten tutkimukset ja toimenpiteet. Näistä Tavallisimmat toimenpiteet osastolla ovat verisuonten varjoainekuvaukset eli angiografiat, pallolaajennukset verisuonia auki pitävien metallisten verkkoputkien eli stenttien asennukset, verisuonten korjaukset eli reconstructiot, amputaatiot, dialyysifistelitoimenpiteet. (HUS 2011.)

Lähes puolet potilaista tulee osastolle suunnitellusti tutkimuksiin tai leikkaukseen ja puolet päivystyksen kautta, useimmiten he tulevat kriittisen iskemian tai haavainfektion vuoksi. Suurin osa osaston potilaista sairastaa diabetesta. Osaston työ käsittää vaativaa haavanhoitoa. Osastolla toimii haavanhoitaja, joka antaa ohjeita ja tietoja hoitajien käyttöön ja potilaiden parhaaksi. Osastolla työskentelevät erikoisalojen asiantuntijat, kirurgi, sisätautilääkäri ja fysioterapeutti. Yhteistyötä tehdään plastiikkakirurgian sekä hyytymishäiriöyksikön kanssa. Jokaisella potilaalla on omahoitaja, joten hoitajat pystyvät hoitamaan samaa potilasta. (HUS 2011.)

7.1 Hyvä hoito ja hoitamisen ydin osastolla

Hyvä hoito on ammatillisen hoitotyön olennainen osa, johon on liitetty muun muassa hoitavan henkilön ominaisuuksia, hoitotyön toimintoja, hoidon edellytyksiä sekä hoitoympäristöön, hoitoprosessin etenemiseen ja potilaan omiin hallintakeinoihin liittyviä asioita. Hyvä hoitaminen määritellään päämäärätietoisena toimintatapana, joka tapahtuu vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Hoitopäätökset tehdään potilaan kanssa neuvotellen ja omaiset/läheiset otetaan mukaan hoitoon potilaan tahtoa kunnioittaen. Hyvän hoidon tulee olla kokonaisvaltaista, yksilöllistä, turvallista, osallistumisen sallivaa, jatkuvaa, tarpeeseen perustuvaa, prosessiluonteista sekä terveyttä edistävää. (HYKS 2011.)

Hyvä hoitaja on itsenäinen tiedonkäyttäjä, joka kykenee potilaslähtöiseen ongelman ratkaisuun ja päätöksentekoon. Hoitajan tulee tunnistaa potilaan yksilöllinen avun-tarve ja huolehtia potilaan hyvinvoinnista ammatillisesti. Keskeistä on myös tunnistaa potilaan omat hallintakeinot. Hoitaja suunnittelee ja koordinoi yhteistyössä potilaan/läheisten kanssa potilaan moniammatillista hoitoa. Potilashoidossa hoitaja käyttää näyttöön perustuvaa tietoa ja osaa perustella toimintaansa, jossa on huomioitu myös potilaan oma näkemys. Hoitaja huolehtii, että lääkärin määräykset toteutetaan asian mukaisesti. (HYKS 2011.)

Elektiivisiin toimenpiteisiin tulevat potilaat saavat kotiin kutsun ja kirjalliset ohjeet suunnitellusta toimenpiteestä sekä yhteystiedot mihin voi ottaa yhteyttä ennen sairaalaan tuloa. Potilaalle on tehty tulohaastattelu siinä työvuorossa, jolloin potilas on tullut osastolle. Hoitotyön yhteenvedosta löytyvät oleelliset tiedot hoidon suunnittelua ja toteuttamista varten. Hoidon suunnittelussa ja koordinoimisissa otetaan huomioon potilaan itsemääräämisoikeus. Potilaalle on tehty päivittäinen hoitosuunnitelma, josta käy ilmi terveysesteet, voimavarat, hoidon tavoitteet ja menetelmät esim. yksilöllinen voinnin seuranta, haavanhoito, liikkuminen, erityis jne. Tehdyt ja tulevat toimenpiteet käyvät ilmi selkeästi hoitosuunnitelmasta/kuumekurvasta. (HYKS 2011.)

Potilaan ja läheisten toiveet on huomioitu mahdollisuuksien mukaan. Potilaan vointi, annettu hoito ja hoidon vaikutukset on kirjattu selkeästi ja kattavasti joka vuorossa. Hoitaja on huolehtinut lääkärin ja muiden potilaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien määräysten kirjaamisesta ja toteuttamisesta asianmukaisesti. Hoitaja on huolehtinut, että potilas on valmis tutkimuksiin ja toimenpiteisiin ja hän on oikeassa paikassa oikeaan aikaan. (HYKS 2011.)

Potilas saa tarpeellisen ohjauksen sairauden ja toimenpiteen jälkeisen voinnin seurannasta. Potilaan vointia, sairauden ja toimenpiteiden aiheuttamia oireita ja hoidon vaikutuksia on seurattu ja kirjattu joka vuorossa. (HYKS 2011.)

8 PRODUKTION ERI VAIHEET

Produkti on yksi toiminnallisen opinnäytetyön muoto. Produkti on työelämän kehittämistyö, joka tavoittelee ammatillisessa kentässä käytännön toiminnan kehittämistä, ohjeistamista, järjestämistä tai järjeistämistä. Prosessissa selvitetään millainen työprosessi on ollut, sekä millaisiin tuloksiin päädytään. (Vilka 2004. 65–69.) Tähän työhön kuuluu raportti ja itse produkti eli tarkistuslista. Tarkistuslistaan on pyritty tuomaan produktimuotoiselta opinnäytetyöltä edellytettyjä ominaisuuksia eli käytännönläheisyyttä ja työelämälähtöisyyttä.

8.1 Suunnittelu

Opinnäytetyön suunnitteluun kuuluu olennaisena osana miettiä, kenelle työ suunnataan ja ketä sen tuotos palvelee. Opinnäytetyön tuotoksen sisällön ratkaisee kohderyhmä, tämän takia kohderyhmä on tarkoin määriteltävä. (Airaksinen & Vilka 2003, 38.)

Toinen tämän työn tekijöistä, Nga Helenius, oli Meilahden sairaalassa verisuonikirurgisella osastolla työharjoittelujaksolla syksyllä 2009. Tämän harjoittelun aikana hänellä heräsi kiinnostus haavanhoitoon. Myöhemmin opinnäytetyöaiheita mietittäessä kiinnostus haavanhoitoon ja myös diabeteksen hoitoon johtivat yhteydenottoon verisuonikirurgisen osaston osastonhoitajaan ja tiedustelemaan, millainen aihe voisi soveltua palvelemaan verisuonikirurgisen osaston potilaita tai osastolla työskenteleviä hoitajia. Osastonhoitajan ehdotuksesta päädyttiin laatimaan tarkistuslista, joka palvelee erikoissairaanhoidon hoitajia diabetespotilasta kotiuttaessa.

Opinnäytetyö tehtiin parityönä, jossa molempia tekijöitä yhdistää kiinnostus diabetekseen ja haavanhoitoon. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa teorioisuuden lisäksi diabeetikon hoidon tarkistuslista kotiutumisvaiheessa verisuonikirurgisella osastolla. Alustavasti sovittiin aikataulusta siten, että tarkistuslistan koeversio olisi osastolla käytössä ja kommentoitavana vuoden 2012 keväällä.

8.2 Toteutus

Opinnäytetyöprojektimme ensimmäinen tapaaminen oli keväällä 2010 Meilahden sairaalan verisuonikirurgisella osastolla. Nga Helenius kävi osastonhoitajan luona ja keskusteli hänen kanssaan lopputyöaiheesta. Osaston toiminta ja potilasryhmä olivat hänelle tuttuja ja häntä kiinnostivat diabetespotilaat ja haavanhoito. Osastonhoitajan kanssa keskusteltaessa päädyttiin tekemään erikoissairaanhoidon osastolle lopputyön produktiona tarkistuslista tukemaan sairaanhoitajia heidän kotiuttaessa diabetespotilaita. Tämä työ oli tarkoitus tehdä sairaanhoitajan näkökulmasta, jota voisi jatkaa myöhemmin terveydenhoitajaopintoihin liittyvässä lopputyössä terveydenhoitajan näkökulmaa hyödyntäen.

Tarkistuslistaan oli tarkoituksena koota niitä asioita, joita sairaanhoitajan tulisi muistaa kotiuttaessaan diabetespotilasta, esimerkkinä käytettiin diabeetikkoa, jolla on verisuoniongelmia alaraajoissa ja haava jalassa, jonka takia hän on ollut verisuonikirurgisella osastolla hoidossa. Osastolla työ on usein kiireistä ja muistettavaa on paljon. Tähän tilanteeseen tarkistuslistan kokoaminen olisi sekä potilaan että kotiuttavan sairaanhoitajan etu.

Kevään 2010 tapaamisen jälkeen osastohoitaja otti yhteyttä Meilahden sairaalan kliiniseen opettajaan ja kysyi, voisiko hän jatkossa olla opinnäytetyömme ohjaajana. Myös osaston henkilökunnan oli tarkoitus ottaa työhön osaa tarkistamalla listaan tulevien asioiden sisältöä verisuonikirurgian näkökulmasta

Alkusyksyllä 2010 tapasimme Meilahdessa verisuonikirurgisella osastolla osastonhoitajan luona kliinisen opettajan, joka toimi opinnäytetyömme ohjaajana. Tuolloin kliininen opettaja ehdotti useita seikkoja, joiden pohjalta lähtisimme tekemään työtä ja tarkistuslistaa. Asia jäi mieleemme, pohdimme ja etsimme asiaan liittyvää aineistoa ja keräsimme teoriaa alku syksystä 2010 alkaen. Samaan aikaan osallistuimme koulun ohjaavan opettajan ohjauksiin. Opinnäytetyömme ohjaajana toiminut kliininen opettaja siirtyi toisalle työhön ja tilalle tuli uusi kliininen opettaja, johon otimme yhteyttä vuoden 2011 syksyllä. Tapasimme kliinisen opettajan tuolloin Meilahdessa ja sovimme tarkistuslistan tekemiseen liittyvistä seikoista, jonka jälkeen työ eteni sovitusti ja saimme tehdyksi

alustavan koeversion tarkistuslistasta klinisen opettajan, osastonhoitajan ja koulun opinnäytetyötä ohjaavan opettajan tarkistettavaksi. Lopulta tarkistuslista oli osastolla koekäytössä vuoden 2012 elokuussa. Osaston sairaanhoitajat, osastonhoitaja, kliininen opettaja ja koulun opinnäytetyötä ohjaava opettaja kommentoivat meille tarkistuslistan käyttöä ja ehdottivat vielä lopulliseen versioon muutamia muutoksia ja lisäyksiä. Palautteessa koottiin tarkistuslistan käyttäjien mielipiteitä. Kokonaisuudessaan listaa pidettiin hyvin käyttökelpoisena ja käteväenä.

Meilahden sairaalassa opinnäytetyömme produktiona tuotettu tarkistuslista on otettu laajemman työryhmän kehittelemän tarkistuslistan pohjaksi. Tähän työryhmään kuuluu asiantuntijoita muun muassa sydänkirurgiselta, thorax-, päivystys- sekä verisuonikirurgiselta osastolta. Työryhmän on tarkoitus tulevaisuudessa laatia tarkistuslista yleisempään käyttöön eri osastoille. Tarkistuslista on pienennetty taskukokoon ja sitä testataan nyt vuodenvaihteeseen asti ja sitten tehdään tarvittavat muutokset ja tehdään sitä painatusversio, joka laminoidaan. Kirjaaminen tapahtuu sähköiseen kirjausjärjestelmään, koska kaikki muutkin asiat kirjataan sähköisesti.

8.3 Arviointi

Koko prosessin ajan olemme arvioineet omaa työskentelyämme. Olemme käyneet läpi erilaisia vastoinkäymisiä eri työvaiheissa. Työskentelyämme olemme reflektoineet eri vaiheiden jälkeen. Parityöskentelyssä olemme kokeneet tärkeäksi palautteen saamisen toiselta. Läheiset välit ovat mahdollistaneet suoran, mutta rakentavan palautteen antamisen ja vastaanottamisen. Yhteistyötaholta saimme palautetta työmme edistymisestä ja valmiista tarkistuslistasta. Aina kun saimme työn edistymään, lähetimme tästä tietoa verisuonikirurgisen osaston osastonhoitajalle ja kliiniselle opettajalle. Sen avulla he arvioivat tarkistuslistan sisältöä, esittivät mahdolliset korjaukset ja lisäykset ennen tarkistuslistan valmistamista eli lopullista versiota. Tarkistuslistan onnistumista varten teimme yhteistyötä verisuonikirurgisella osastolla osastonhoitajan, Meilahden sairaalassa meille nimetyn klinisen opettajan ja koulun opettajien kanssa. Lisäksi työn edis-

tymistä arvioitiin ja seurattiin koulun opinnäytetyötä ohjaavan opettajan antaman yksilöohjauksen kautta.

Mielestämme olemme onnistuneet saavuttamaan opinnäytetyössämme tavoitteet, joiden lähtökohtana oli luoda jotain konkreettista, josta olisi hoitohenkilökunnalle hyötyä ja tämän kautta myös potilaille. Tavoitteena oli, että teemmämme tarkistuslistaa käytettäisiin verisuonikirurgisella osastolla ja että Meilahden sairaalan verisuonikirurgisen osaston sairaanhoitajat saisivat valmiin tarkistuslistan. Sen avulla sairaanhoitajat saavat konkreettista apua työssään jatkuvasti lisääntyvässä kiireessä, sekä voivat lisätä potilasturvallisuutta ja laadukasta hoitoa kotiuttaessaan diabetespotilaita. Konkreettisen hyödyn ohella, jota sairaanhoitajat ja potilaat tarkistuslistan käyttöön ottamisesta saivat, myös oma tietämyksemme ja diabeteksen hoitotyön syvempi ymmärtäminen saivat uuden ulottuvuuden. Tärkeä seikka oli myös tietämyksen lisääntyminen yleisestä potilasturvallisuudesta.

Vaikka opinnäytetyömme prosessina oli pitkä ja välillä vastoinkäymisten värittämä, mielestämme mielenkiintoista ja opettavaista oli kuitenkin pyrkiä määrätietoisesti päämäärään. Mieleen jäivät itse tiedon hankkimisen vaikeus ja laajuus. Opinnäytetyön etenemisen projektinomaisuus varmasti opetti järjestelmään asioita tiettyyn loogiseen kokonaisuuteen.

Tarkistuslistaa olisi voinut muokata loputtomiin ja tietoa yrittää hankkia lisää. Näin jälkikäteen ajateltuna olisimme voineet tiukemmin puolustaa omia mielipiteitämme. Toisaalta tämä oli ensimmäinen suuri projektimme, jonka yhteistyötahoja halusimme kunnioittaa. Maahanmuuttajina, perheellisinä pienten lasten äiteinä ja opintojen ohessa säännöllisessä työssä käyvinä olemme kumpikin kokeneet työn erittäin haasteellisena, mutta opettavaisena ajanjaksona

Olemme kiitollisia siitä, että saimme hyvin ajankohtaisen aiheen tehtäväksemme. Tarkistuslistan idea on tämän päivän hoitotyössä keskeinen asia, joka tuo uutta arvoa hoitotyön käytäntöihin. Tarkistuslistan kokoamisen jouduimme tekemään työkokemuksemme ja saamamme koulutuksen pohjalta, varsinaista

mallia meillä ei ollut käytössä, voi siis sanoa listan olevan täysin omamme, tämä antoi meille paljon itseluottamusta.

Arvioinnin oheen haluamme liittää verisuonikirurgisen osaston osastonhoitajalta saamamme kirjallisen palautteen, jossa hän kirjoittaa seuraavasti ”Tässä työsänne on hyvin kuvattu diabeetikon ongelmat. Osasto on kuvattu mielestäni riittävästi, samoin potilaan hyvä hoito. Tarkistuslistassa on riittävästi asioita ja se oli hyvä pohja, kun täällä suunniteltiin lähtötilanteeseen kaikille potilaille sopivaa tarkistuslistaa.”

Meilahden sairaalan kliininen opettaja on palautteessaan kuvaillut työtämme onnistuneeksi, mutta myös antanut rakentavaa kritiikkiä muutamassa seikassa. Työtämme hän kuvaa rakenteeltaan loogiseksi kokonaisuudeksi. Aihe on rajattu hyvin ja sen tarpeellisuus on perusteltu kattavasti. Lisäksi työskentelyssä on pysytty valitussa rajauksessa. Työn tarkoitus ja tavoite ovat selkeät ja niihin on kyetty vastaamaan. Työ nivoutuu hyvin potilasturvallisuus-teemaan ja se on nostettu keskiöön, paikoittain tosin esille on tuotu tarkastuslistan työtä helpottavaa vaikutusta. Ensisijaisesti tarkastuslista kuitenkin parantaa potilasturvallisuutta, kun asiat eivät jää hoitotyöntekijän muistin varaan. Teoreettisen osan kuvauksessa aihetta on kuvattu enemmän lääketieteen kautta ja melko yksityiskohtaisesti, hoitotyön viitekehys on myös tärkeä muistaa työelämälähtöisessä aiheessa. Lopuksi hän mainitsee, ”Kaiken kaikkiaan olette onnistuneet tuottamaan käytäntöä palvelevan ja potilasturvallisuutta tukevan työväliseen osastolle. Diabeetikon kotiuttamisvaiheen tarkastuslista verisuonikirurgisella osastolla on mielestäni käyttökelpoinen. Työskentelyenne on ollut tavoitteellista ja olette hyvin ottaneet ohjausta sekä palautetta vastaan. Hyvä suoritus!”

Lopuksi mainitsemme, että olemme korjanneet opinnäytetyötämme niiltä osin, kun olemme saaneet palautetta eri tahoilta muun muassa Meilahden sairaalan kliiniseltä opettajalta ja verisuonikirurgisen osaston osastonhoitajalta sekä koulun opinnäytetyön ohjaajalta, joka on työtämme arvioinut. Myös opinnäytetöihin liittyvistä seminaareista saatu palaute on ollut arvokas lisä työmme muokkaamisessa lopulliseen muotoonsa.

9 POHDINTA

9.1 Eettisyys ja luotettavuus

Etiikka käsittelee arvokysymyksiä, oikeasta ja väärästä (Leino-kilpi & Välimäki 2009, 62). Tutkijan pitää noudattaa sovittuja toimintatapoja ja sääntöjä. Myös tulokset on esitettävä tarkasti ja huolellisesti, nostamalla tärkeimmät asiat esille (Tutkimuseettinen tiedekunnan ohje 2002, 3.) Eettisyyden ja luotettavuuden periaatteet ovat tärkeä osa opinnäytetyötä, niiden pohtiminen on tärkeää ulottaa koko opinnäytetyön prosessiin. (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2002). Tutkimusetiikassa painotetaan Pietarisen (1999) mukaan hyviä eettisiä periaatteita, normeja, hyveitä ja arvoja, joita tutkija noudattaa tehdessään tutkimusta

Opinnäytetyössä on väärin plagioida, eli suoraan kopioida toisen tekijän tuotosta (TENK 2002). Opinnäytetyömme eri vaiheissa olemme yrittäneet noudattaa parhaan kykymme mukaan eettisiä periaatteita. Tutkijan rehellisyys on erittäin tärkeää ja ehdotonta. Opinnäytetyömme materiaali on hankittu kirjallisuudesta, tutkivan hoitotyön artikkeleista ja luotettavista nettisivustoista. Opinnäytetyön produktiona tuotetun tarkistuslistan käyttökokemuksista kysyimme sitä käyttäneiltä hoitajilta mielipiteitä ja muutosehdotuksia. Opinnäytetyössämme olemme pitäytyneet lähdemateriaaleissa alkuperäislähteissä, lähteet on valittu huolellisesti ja kriittisesti. Lähdemateriaalit on pyritty merkitsemään selkeästi ja tarkasti Diakonia ammattikorkeakoulun ohjeistuksen mukaisesti, jotta tietojen alkuperän pystyy tarkistamaan helposti. Tarkistuslistan kokoamisessa on kuunneltu asiantuntijoiden mielipiteitä ja otettu ne huomioon teorian lisäksi. Työmme on luonteeltaan sellainen, että siihen ei vaadittu tutkimuslupaa, se ei myöskään loukkaa ketään osapuolia.

Tutkijan perustehtävänä on luotettavan informaation tuottaminen. Luotettavuus tarkoittaa sitä, että informaatio on perusteltu kriittisesti. Tämä toteutuu sillä, että tutkimuksen eri alueilla käytetään luotettavia lähteitä, testausta ja tulosten analysointia. (Karjalainen ym. 2002, 58–59.) On otettava huomioon tarkasti, mistä tieto on hankittu sekä miten luotettavuus ja ajanmukaisuus on varmistettu (Ai-

raksinen & Vilkka 2003, 53). Opinnäytetyömme aihetta ei ole tutkittu paljon ja siitä on vähän olemassa olevaa materiaalia, siksi työssämme erittäin tärkeän lisän puuttuvaan materiaaliin toivat koulun opinnäytetyötä ohjaavan opettajan ja kliinisen opettajan tietämys ja ohjaus.

9.2 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyömme aihe oli haastava ja kiinnostava, valitsimme aihealueeksi diabetekseen ja haavanhoitoon liittyvän teeman, joka tarkentui myöhemmin diabetespotilaan hoitotyöhön liittyvään tarkistuslistaan. Tämä aihe siis löytyi tavallaan oman mielenkiintomme parista. HavaitSIMME, että koko työprosessin aikana myös oma ammatillisuutemme kehittyi, alkaen kiinnostuksesta ja päätyen osaamiseen. Prosessin aikana jouduimme tekemään paljon kompromisseja, esimerkiksi rajaamaan aihealuetta, jotta pääsisimme eteenpäin projektissa.

Opinnäytetyötä tehdessämme huomasimme, että aina pelkkä kiinnostus ei auta työn etenemisessä ja asiat eivät aina myöskään onnistu niin kuin olemme suunnitelleet. Usein jäi jokin asia kesken ja se vaikutti työmme edistymiseen, samalla muut koulutehtävät veivät paljon energia ja aikaa, opinnäytetyön pariin palaaminen oli välillä hyvin vaikeaa. Opinnäytetyötä piti siis tehdä samanaikaisesti monien muiden tehtävien kanssa. Tämä oli haastavaa, koska vuorokaudessa on vain 24 tuntia, jotka pitää osata jakaa asioiden kesken. Kaiken kaikkiaan olemme tyytyväisiä tästä työprosessista, koska olemme saaneet paljon tietoa ja syventäneet osaamistamme. Kehittymistä on tapahtunut hyvin monella aihealueella tiedon hankinnassa, kirjoittamisessa, yhteistyökyvyssä ja ongelmien ratkaisutaidoissa. Myös ystävytemme on syventynyt työprosessin aikana: olemme oppineet tukemaan toisiamme vaikeissa tilanteissa ja osaamme joustaa ja tarvittaessa myös pitää puolellemme.

9.2.1 Oma ammatillinen kasvu

Nga Helenius

Valmistumisen jälkeen voin työskennellä sekä sairaanhoitajan, että terveydenhoitajan työssä. Kummassakin tapauksessa opinnäytetyöhön liittyvä ammatillinen kasvu on hyödyllinen lisä kolutuksemme teoriapuoleen ja harjoitteluun. Diabetes aiheena on hyvin ajankohtainen jatkuvasti. Siksi diabeteksen hoitoon liittyvä osaaminen tulee olemaan tarpeellista. Myös työelämälähtöinen tarkistuslista on käyttökelpoinen apuväline hyvin monenlaisessa hoitotyössä, sitä voidaan soveltaa miltei kaikessa hoitotyön alueella, kuten työhömmme liittyvässä palautteessakin mainittiin. Diabeteksen ehkäisytyössä terveydenhoidossa tarvitaan tietoa ja sitä on osattava antaa kohderyhmille. Ammatillinen kasvu koskee juuri mainitsemiani seikkoja, kykyä organisoida, kykyä tuottaa ja kykyä jakaa tietoa ja taitoa. Tietyllä tapaa onnistuminen tässä opinnäytetyössä on lisännyt sekä motivaatiota että itsetuntoa ja ammattiyllpeyttä.

Omalta osaltani voin lisätä ammatilliseen kasvuun vielä hyvin tärkeitä ominaisuuksia kaikessa työelämään liittyvässä kuten itseohjautuvuuden, ryhmätyötaidot, kommunikointitaidot ja myös johtajuuden. Oman työn kehittäminen on jokaisella työpaikalla tärkeitä. Siihen tarvitaan tietoa ja taitoa, sekä kasvamista. Konkreettinen hyöty on kuitenkin se mahdollisuus, jonka tämän työn yhteydessä tapahtunut ammatillinen kasvu tarjoaa. Mahdollisuudella tarkoitan sitä, että olen onnistunut luomaan jotakin ja onnistunut siinä. Kaikki projektit ja prosessit vaativat työtä ja niihin liittyy samanlaisia vaiheita, niin pettymyksiä kuin onnistumisia ja aiheen kehittelyä. Kun jonkin prosessin lopputulos on käsissä, olemme voittaneet omat pelkomme ja esteemme, saavuttaneet jotakin.

Maryam Naghedi

Opinnäytetyöprosessin aikana olen oppinut hankkimaan ja käsittelemään oman alani tietoa sekä oppinut kyvyn kriittiseen tiedon arviointiin. Matka opinnäytetyön tekemisen kaikissa vaiheissa, eli orientaatio, suunnitelma - ja toteutusvaiheissa

oli minulle suuri haaste. Kaikesta huolimatta olen kyennyt ongelmanratkaisuun ja päätöksentekoon. Tunnistin opinnäytetyöhön liittyvät kuormitustekijät ja sen ansioista tunsin keskeiset stressinhallintakeinot. Orientaatiovaiheessa, työmme eteni hyvin hitaasti. Ryhtyessäni tekemään tätä opinnäytetyötä en olisi osannut edes aavistaa, minkälaisia paineita ja stressiä se aiheuttaa, mutta en antanut stressin ja kuormituksen estää työn etenemistä. Terveystoimijana osaan arvioida, mitä minä osaan ja kuinka sovellan osaamistani, kuinka voin parantaa suoritustani.

Ajankäytön hallinnasta tuli tärkeä osa koko opinnäytetyöprosessin ajaksi. Ajankäytön suunnittelu on yksi tärkeä osa itsensä johtamista. Ajankäytön hallinta on muodostunut osaksi toimintatapojani myös muun opiskeluni suhteen, käytän aikani tehokkaasti ja opiskelutehtäväni tulevat tehdyksi nopeammin ja aikaa jää vielä muuhunkin. Ajankäyttöön liittyvän suunnitelmallisuuden ansiosta voin tehdä itselleni tiettyjä päätöksiä, joista pystyn pitämään kiinni, kuten valmistumiseni tiettyyn aikaan. Opinnäytetyön ja siihen liittyvän tarkistuslistan onnistuminen on antanut minulle itseluottamusta, ja rohkeutta tulevaan työelämään. Tämän työn ansioista osaan kehittää tutkimuksellisesti työtä ja tuottaa uusia ratkaisuja tuotteena.

LÄHTEET

- Diabeettinen nefropatia 2007. Käypähoitosuositus. Viitattu 20.9.2012.
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi50060.pdf>.
- Diabeetikkojen ruokavaliosuositus on kohdallaan, Antti Aro, Diabetes ja lääkäri
2011;40(4):7-11
- Diabetesliitto i.a. Verensokerin mittaaminen. Viitattu 28.4.2011.
http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_1/verensokeri.
- Diabetesliitto. Kelan tilastotieto 2011. Raportit.kela.fi. Viitattu 12.3.2012.
http://raportit.kela.fi/ibi_apps/WFServlet?PG_REQTYPE=REDIRECT&PG_MRsaved=false&PG_Func=GETBINARY&PG_File=nporhvu.pdf.
- Eloranta, Tuija & Virkki, Sari 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Groop, Leif ym. 2011. Diabetes. Insuliinipumppuhoito. Käypähoito- suositus.
Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin Suomen sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Päivitetty 30.11.2012, s.18-20
- Helovuo, Arto 2009. Potilasturvallisuus. Inhimilliset tekijät ja turvallisuus – mitä voimme oppia ilmailusta? Power-Point esitys. Viitattu 18.10.2011.
<http://www.hapro.fi/aineisto/070909AH.pdf>
- Helovuo, Arto; Kinnunen, Marina; Peltomaa, Karolina & Pennanen, Pirjo 2011.
Potilasturvallisuus. Helsinki Fioca.
- Holmia, Silja; Murtonen; Irja; Myllymäki; Hannele & Valtonen, Katariina 2008.
Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.–6. painos. WSOY.
- Huhtanen, J.2009. Diabetes ja jalkojen omahoito.
- HUS 2011 Hyvä hoidon kriteerit. Meilahden sairaala verisuonikirurgisella osastolla.
- HYKS 2011 Kirurgisen potilaan hyvä hoito, Operatiivinen tulosityksikkö.
- Hyvärinen, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Duodecim 1769–1772. Viitattu 18.10.2011 <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>.

- Iivanainen, A., Jauhiainen, M & Pikkarainen, P. 2001. Hoitamisen taito. Helsinki: Tammi, 151- 152.
- Ilanne-Parikka, Pirjo, Rönnemaa Tapani, Saha Marja-Terttu, Summanen Paula, Sane Timo ym. 2009. Diabetes. Duodecim.
- Ilanne-Parikka, Pirjo; Kangas, Tero; Karpio, Eero A. & Rönnemaa, Tapani 2006. Diabetes.
- International Diabetes Federation 2011. Viitattu 28.03.2012.
<http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/the-global-burden>
- Karjalainen, Sakari; Launis, Veikko; Pelkonen, Risto & Pietarinen, Juhani 2002. Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus.
- Karlsson, Å & Marttala, A. 2001. Projekti kirja. Tampere: Tammer- paino Oy, 11-12.
- Kassara, Heidi; Paloposki, Sanna; Holmia, Silja; Murtonen, Irja; Lipponen, Varpu; Ketola, Marja-Leena & Hietanen, Helvi 2004. Hoitotyön osaminen. Helsinki: WSOY.
- Koivisto, Veikko & Uusitupa, Matti 1997. Diabeteksen lääkehoito. Helsinki: Edita.
- Kuokkanen, Ritva; Kivirinta, Mervi; Määttänen, Jukka & Ockenström, Leena 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Kyngäs, Helvi & Hentinen, Maija 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki; WSOY oppimateriaalit.
- Kyngäs, Helvi; Kukkurainen, Marja Leena & Mäkeläinen, Paula 2005. Nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjaus hoitohenkilökunnan arvioimana. Tutkiva hoitotyö 3(2), 12–17.
- Kyngäs, Helvi; Kääriäinen, Maria; Poskiparta, Marita; Johansson, Kirsi; Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY.
- Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995–2002. Hoitotiede 4 (17), 208–216.

- Lahti, Hilkka 2007. Lääkehoito. Haussa sopivin hoitomuoto. Diabetisliitto. Päivitetty 30.11.2011. Viitattu 18.08.2012.
http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabetes-lehden_juttuarkisto/laakehoito/haussa_sopivin_hoitomuoto.642.news
- Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2006. Etiikka hoitotyössä. 1-3.painos. Helsinki. WSOY.
- Munuais ja maksaliitto. Vatsakalvodialyysihoito.
http://www.musili.fi/sairaudet_ja_elinsiirrot/munuaissairaudet/dialyysihoito/vatsakalvodialyysi.
- Munuaistauti rekisteri 2005. www.musili.fi/fin.munuaisrekisteri.
- Mustajoki, Pertti 2011. Tyyppi2. Diabeteksen hoito. Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 18.10.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00775
- Olli Seija 2008. Diabetes elämänkumppanina. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Viitattu 20.8.2011.
<http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7363-0.pdf>
- Pietarinen, Juhani 1999. Tutkijan ammattietiikan perusta. Teoksessa Salla Lötjönen, (toim.) Tutkijan ammattietiikka. Opetusministeriö. Koulutus- ja tiedepolitiikan osaston julkaisusarja 1999. 9–19
- Potilasohjauksen haasteet – Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf
- Riikola, Teija & Ebeling, Tapani 2009. Diabeetikon jalkaongelmat. Käyvän hoidon potilasversiot. Viitattu 18.10.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00087
- Rintala, T-M., Kotisaari, S., Olli, S & Simonen, R. 2008. Diabeetikon hoidonohjaus. 2008. Helsinki: Tammi.
- Rönnemaa, Pirjo 2009. Miten, miksi ja milloin munuaisten toiminta voi häiriintyä. Teoksessa Pirjo Ilanne-Parikka, Tapani, Rönnemaa, Marja-Terttu

- Saha, Paula Summanen, Timo Sane ym. Diabetes. Hämeenlinna Duodecim.
- Rönnemaa, Tapani 2011. Mitä on neuropatia? Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 10.9.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia01713
- Saha, Heikki 2012. Krooninen munuaisten vajaatoiminta. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 18.9.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00587.
- Salminen-Tuomaala, Mari.; Kaappola, Anu.; Kurikka, Sirpa.; Leikkola, Päivi.; Vanninen, Johanna. & Paavilainen, Eija. 2010. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. Tutkiva Hoitotyö Vol. 8 No. 4/2010.
- Saraheimo, Markku 2011. Tyypin 1 diabetes. Diabetes. Perimän vaikutus sairastumiseen.. Päivitetty 18.3.2011. Viitattu 18.10.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia02047
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013.
- Takala, R.Katila, A., Porkala, T., Altonen, R., Pauniahho, S-L., Kotkansalo, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K.& Ikonen, T. 2009. leikkaussalin tarkistuslistasta hyötyä anestesiologian työssä. Finnanest 42(4), 363 2009, s. 363.
- Tarnanen, Kirsi; Groop, Leif; Laine, Merja & Puurunen, Marja 2011. Diabetes – uhka terveydelle. Käyvän hoidon potilasversiot 20.10.2011. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 18.10.2012.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../khp00066#s3>
- THL 2012. Diabetes. Viitattu 28.9.2012.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/diabetes.
- Tutkimuksen eettinen arviointi suomessa 2006. Etene. Verkkojulkaisuna
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17145&name=DLFE-529.pdf.

Tutkimuseettinen tiedekunnan ohje 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Tutkimuksen etiikka. Eettiset ohjeet. Humanistinen tiedekunta. Viitattu 18.10.2012.

<http://www.oulu.fi/hutk/opiskelu/etiikka.html>

Vilka Hanna & Airaksinen Tiina 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä. Tammi

Walker, R & Rodgers, J. 2005. Diabetes, käytännön opas terveyden hoitamiseen. Helsinki: Perhe-mediat Oy.

LIITE: Tarkistuslista

VERISUONIKIRURGINEN OSASTON DIABETESPOTILAAN KOTIUTTAMISEN TARKISTUSLISTA

Kotiutuspäivä: _____ klo _____

Potilaan nimi: _____

Potilaalle on tehty toimenpide: _____

Haavassa hakaset _____ ompeleet _____. Jos haavassa ompeleet: sulavat _____ sulamattomat _____

Jälkitarkastusaika: _____

	Kyllä	Ei
❖ Potilaalle on annettu haavahoito-ohjeet:		
○ Kirjalliset ohjeet	_____	_____
○ Suulliset ohjeet	_____	_____
❖ Potilas on saanut ohjausta haavahoitotarvikkeista	_____	_____
❖ Matkakorvauslomake	_____	_____
❖ Sairauslomatodistus	_____	_____
❖ Potilaan verensokerilomake	_____	_____
❖ Potilaan lääkelista/ lääkeresepti on päivitetty	_____	_____
❖ Tarvitseeko potilas kipulääkereseptiä tai kipulääkereseptin tarve kysytty potilaalta	_____	_____
❖ Potilas tarvitsee kotihoidon apua	_____	_____
❖ Jos kyllä, mihin? _____		
❖ Kotihoidolle on ilmoitettu potilaan kotiutumisesta	_____	_____
❖ Jos kyllä, mihin? _____		
❖ Potilaan omaisille on ilmoitettu potilaan kotiutumisesta	_____	_____
❖ Potilaan omaisille on annettu ohjausta potilaan hoidosta	_____	_____
❖ Jos kyllä, kenelle? _____		
❖ Potilas on saanut yhteystiedot, mihin voi ottaa yhteyttä, jos on kysyttävää	_____	_____
❖ Mahdolliset potilaan liikerajoitukset on huomioitu ja ohjattu niiden mukaisesti	_____	_____