

DIABEETIKON SUUN TERVEYS

Yhteistyömalli diabeetikon hoitoon

Jaana Nyman
Heidi Tarvainen

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2014

Kliininen asiantuntija koulutusohjelma, ylempi AMK
Terveysten edistämisen koulutusohjelma, ylempi AMK
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijät NYMAN, Jaana TARVAINEN, Heidi	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 03.03.2014
	Sivumäärä 48	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi DIABEETIKON SUUN TERVEYS Yhteistyömalli diabeetikon hoitoon		
Koulutusohjelma Terveyden edistäminen ylempi AMK Kliininen asiantuntija ylempi AMK		
Työn ohjaajat HOPIA, Hanna TIIKKAINEN, Pirjo		
Toimeksiantaja Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus		
Tiivistelmä <p>Diabetes on sairaus, joka vaatii jatkuvaa hoitoa ja potilaan omahoidon ohjausta. Sen lisääntyminen ja hoito vie huomattavan osan terveydenhuollon menoista. Diabeetikoilla tavataan samoja suun sairauksia kuin terveillä, mutta diabetes lisää suun tulehdus - ja reikiintymisrisiä. Diabeetikoiden suun terveyden edistäminen on ollut suurimmaksi osaksi suun terveydenhuollon vastuulla. Yhteistyö avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon välillä on ollut vähäistä.</p> <p>Opinnäytetyössä selvitettiin Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon diabeteksen moniammatillisen yhteistyön ongelmakohdat ja haasteet, sekä niistä nousevat kehittämistarpeet. Tuotoksena syntyi yhteistyömalli avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon moniammatillisen yhteistyön tueksi. Yhteistyömallin tavoitteena on diabeetikon hoidon ja yhteisten hoitolinjojen kehittäminen ja yhtenäistäminen Jyväskylän yhteistoiminta-alueella</p> <p>Opinnäytetyön teoreettisena viitekehysenä on käytetty terveyshyötymallia, joka auttaa jäsentämään diabeetikon hoidon yhteistyön elementtejä. Kirjallisuuskatsaus käsittelee terveyshyötymallia ja sen soveltamista diabeteksen moniammatilliseen hoitoon. Terveyshyötymallin kuusi elementtiä selkeyttävät hoitoa ja nostavat esiin tärkeitä hoidossa huomioitavia osa-alueita. Terveyshyötymallin käyttö tukee avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon yhteistyön kehittämistä.</p> <p>Yhteistyömalli syntyi avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon toimintajärjestelmien kuvauksen, sähköpostikyselyn sekä kirjallisuuden pohjalta. Empiirisen osuuden viitekehysenä toimi Engeströmin kehittämä toimintajärjestelmämalli. Haasteeksi jää kuinka saadaan yhteistyömalli tai sen osia tuotua käytännön työhön.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Diabetes, moniammatillisuus, yhteistyö, terveyshyötymalli, suun terveys, avosairaanhoito		
Muut tiedot		



Author(s) NYMAN, Jaana TARVAINEN, Heidi	Type of publication Master's Thesis	Date 03.03.2014
	Pages 48	Language Finnish
		Permission for web publication (X)
Title ORAL HEALTH FOR PEOPLE WITH DIABETES. A cooperation model for the treatment of diabetics		
Degree Programme Master`s Degree Programme in Advanced Nursing Practice Master`s Degree Programme in Health Promotion		
Tutor(s) HOPIA, Hanna TIIKKAINEN, Pirjo		
Assigned by The health centres of the Jyväskylä cooperation area		
Abstract Diabetes is an illness that requires constant care and patient guidance. Its increased incidence, and its treatment take a considerable share of the funds provided for health care. Diabetics suffer from the same mouth diseases as healthy persons, but diabetes increases the risk of inflammation and caries in the mouth. The improvement of the mouth care of diabetic persons has mostly been the responsibility of dental health care. Co-operation between community health care and dental health care has been minimal. This thesis examined the problems and challenges in the multi-professional diabetes-related co-operation between community health care and dental health care in the Health Centres of the Jyväskylä Cooperation Area. In addition, it described the development needs arising from these problems and challenges. The result of this study was a co-operative model for the support of the multi-professional co-operation between community health care and dental health care. The purpose of this co-operative model is to develop unified and shared standards for the treatment of diabetes in the health centres of the Jyväskylä cooperation area. The Chronic Care Model that helps to organize the elements of the co-operative treatment of diabetics was used as the theoretical frame of reference in this thesis. The literature review focused on the Chronic Care Model and its applications in the multi-professional treatment of diabetes. The six elements of the Chronic Care Model clarify the treatment and highlight the sectors that are important in the treatment. The use of the Chronic Care Model supports the development of the co-operation of community health care and dental health care. The co-operative model of this thesis was created on the basis of the description of the integrated management systems in community health care and dental health care, an e-mail survey and literature. A co-operative model developed by Engeström was the frame of reference for the empirical part of the study. The ultimate challenge is how to apply the co-operative model or its elements to the practical work.		
Keywords Diabetes, multi-professionalism, co-operation, Chronic Care Model, dental health care, community health care		
Miscellaneous		

Sisällys

1 DIABETES JA SUUN TERVEYS	3
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	5
3 TERVEYSHYÖTYMALLI DIABETESTA SAIRASTAVAN HOIDOSSA	5
3.1 Terveyshyötymalli	5
3.2 Terveyshyötymallin soveltaminen diabeetikon hoitoon.....	8
4 DIABEETIKOIDEN HOIDON KEHITTÄMINEN MONIAMMATILLISENA YHTEISTYÖNÄ	22
4.1 Jyväskylän yhteistoiminta-alueen avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon toimintajärjestelmät diabeteksen yhteistyömallin näkökulmasta	23
4.2 Diabeteshoitajien ja suun terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä diabeetikoiden hoidosta.....	27
5 DIABETEKSEN HOIDON YHTEISTYÖMALLI.....	30
6 POHDINTA.....	36
6.1 Diabeteksen hoidon yhteistyömallin käytettävyys.....	37
6.2 Diabeteksen yhteistyömallista nousseet haasteet ja jatkokehittämishaasteet	39
LÄHTEET	41

KUVIOT

KUVIO 1. Terveyshyötymalli.....	6
KUVIO 2. Toimintajärjestelmämalli Engeströmin mukaan.....	23
KUVIO 3. Avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon toimintajärjestelmät.	23
KUVIO 4. Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon yhteistyö diabeetikon hoidossa	30

KUVIO 5. Diabeteksen yhteistyömallin avulla saavutetaan moniammatillinen ja tasapainoinen diabeteksen hoito.....	31
---	-----------

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Akuuttien hoitomallien ja terveyshyötymallin vertailu.....	7
---	----------

TAULUKKO 2. Terveys- ja hoitosuunnitelman pääkohdat.....	13
---	-----------

TAULUKKO 3. Opinnäytetyöstä nousseet diabeteksen moniammatillisen hoidon kehittämisen tarpeet ja toimenpiteet	40
--	-----------

1 Diabetes ja suun terveys

Maailmanlaajuisesti mitattuna diabeetikkojen määrä lisääntyy keskimäärin 2,5–3 prosenttia vuodessa. Maailman terveysjärjestön mukaan maailmassa on 347 miljoonaa ihmistä, jotka sairastavat diabetesta. Vuoden 2004 tilastojen mukaan 3,4 miljoonaa ihmistä kuoli korkean verensokerin seurauksena. Diabeteksestä tulee 7. yleisin kuolinsyy maailmassa vuoteen 2030 mennessä. (World Health Organization 2013.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan Euroopassa on 55 miljoonaa aikuista, jotka sairastavat diabetesta ja sairastuvien määrän on ennustettu nousevan vuoteen 2030 mennessä 66 miljoonaan. Diabeteksen ilmaantuvuus on kasvanut nopeimmin 30–40-vuotiaiden ikäryhmässä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Diabetes on krooninen sairaus, joka vaatii jatkuvaa hoitoa ja potilaan omahoivon ohjausta. Diabetesta sairastaa jo yli 500 000 suomalaista ja se vie noin 15 % kaikista terveydenhuollon menoista. Diabetesta sairastavien määrä on vielä ennustettu kasvavan seuraavien 10–15 vuoden aikana. (Diabetes: Käypä hoito-suositus, 2013.) Suomessa sairastuu vuosittain alle 15-vuotiaita lapsia tyyppin 1 (insuliininpuutos) diabetekseen eniten maailmassa. Lasten diabetekseen sairastuvuutta on Suomessa seurattu jo 1960-luvun puolivälistä lähtien ja silloin vuotta kohden laskettu ilmaantuvuus oli 18/100 000 lasta kohti. Vuonna 1990 sairastui 337 lasta ja vuonna 2001 sairastuneita oli 500. Vuonna 2001 ilmaantuvuus oli 50/100 000 lasta kohti. Sairastuvuus tyyppin 1 diabetekseen on Suomessa maailman korkein ja tilanne näyttää jatkuvan 2000-luvulla. (Karvonen 2004 & Reunanen 2005.) Vuonna 2011 tyyppin 1 diabeteksen diagnosiin sai alle 15 vuotiaista 57,6 lasta (Diabetes foorumi 2013).

Italiassa järjestettiin diabeteksen lisääntymisen seurauksena jo vuonna 1989 kokous, johon osallistuivat kansainväliset terveystieteelliset viranomaiset, potilasjärjestöt ja diabetesasiantuntijat. Kokouksessa tuotettiin asiakirja, joka tunnetaan St. Vincetin julistuksena. Julistus pitää sisällään diabeteksen hoidon tavoitteita ja kehittämiskohteita, joita ovat esimerkiksi komplikaatioiden ehkäisy, diabeeti-

kon oikeuksien määrittely sekä diabeteshoitajan roolin määritelmä. (Krans, Porota, Keen, & Staehr-Johansen 1995.)

Diabeetikoilla on suurempi mahdollisuus altistua suun eri sairauksille kuin terveillä henkilöllä (Diabetes: Käypä hoito-suositus, 2013). Tämän vuoksi diabeetikon suun terveys on tärkeässä roolissa opinnäytetyössämme. Diabeetikon suun terveyttä edistetään moniammatillisella yhteistyöllä, kannustamalla hyvään suun omahoitoon sekä suosimalla säännöllisiä suun terveystarkastuksia (mt.). Diabetes ei sairautena itsessään aiheuta suun sairauksia tai oireita. Diabeetikoilla esiintyy samanlaisia suun sairauksia kuin terveillä, mutta diabetes voi lisätä suun ja hampaiden tulehdus- ja reikiintymisriskiä. Suurin riski lisääntyneisiin suun sairauksiin on diabeteksen puhkeamisvaiheessa, sekä silloin, kun diabeetikon verensokeri on huonossa hoitotasapainossa. Diabeetikoilla on todettu lisäksi suun sieni-infektioita sekä kuivan suun ongelmia. Diabeetikoilla haavan paraneminen on hitaampaa kuin terveillä ja sairaus vaikeuttaa myös suun tulehdusten ja toimenpiteistä aiheutuvien haavaumien paranemista. Diabetes ja suun terveys vaikuttavat kaksisuuntaisesti toisiinsa. Diabetes voi lisätä suun sairauksia, mutta huono suun terveys voi myös huonontaa diabeteksen hoitotasapainoa. (Heikka, Hiiri, Honkala, Keskinen & Sirviö 2009, 267- 268; Nissinen 2009, 7.) Diabeteksen hoito on haastavaa ja edellyttää moniammatillista osaamista, jotta saavutetaan diabeteksen hyvä hoitotasapaino. Kansainvälinen diabetesliitto on julkaissut suosituksen diabeetikon suun terveydestä ja sen edistämisestä. Se suosittelee diabeetikon kanssa työskentelevää hoitohenkilökuntaa huomioimaan suun terveyden diabeteksen kontrollien yhteydessä. (International Diabetes Federation 2009.)

Terveyshyötymalli on koettu hyväksi viitekehyykseksi pitkäaikaissairaiden hoidossa (Oksman & Sissio 2010–2012; Koikkalainen, Ahonen, Ruoranen, Hänninen, Kuusinen, Tiikkainen, Kettunen, Honkanen & Kumpusalo 2011,4). Opinnäytetyössä sovelletaan terveyshyötymallia diabeteksen moniammatillisen hoidon näkökulmasta. Opinnäytetyössä keskitytään avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon yhteistyöhön diabeteksen hoidossa.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää avosairaanhoidon ja suun terveydenhoidon yhteistyömalli, diabeetikon suun terveyden edistämiseksi. Yhteistyömallin tavoitteena on diabeetikon hoidon ja yhteisten hoitolinjojen kehittäminen ja yhtenäistäminen. Jyväskylän yhteistoiminta-alueella. Opinnäytetyön tuotoksena syntyy yhteistyömalli avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon moniammatillisen yhteistyön tueksi.

Opinnäytetyössä selvitetään diabeetikon avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon moniammatillisen hoidon lähtökohdat ja yhtenäistetään diabeetikon hoitoa Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksessa. Opinnäytetyössä selvitetään Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon yhteistyön ongelmakohdat ja haasteet, sekä niistä nousevat kehittämistarpeet. Opinnäytetyössä yhteistyömallin kehittämisen viitekehyksenä käytetään Engeströmin kehittämää toimintajärjestelmämallia (Engeström 1995). Opinnäytetyön luku 3 sisältää kirjallisuuskatsauksen terveyshyötymallista ja sen soveltamisesta diabeteksen moniammatilliseen hoitoon. Luvusta 4 alkaa opinnäytetyön empiirinen osuus, jonka viitekehyksenä toimii Engeströmin toimintajärjestelmämalli. Luku 5 sisältää opinnäytetyön tuotoksen eli diabeteksen hoidon yhteistyömallin.

3 Terveyshyötymalli diabetesta sairastavan hoidossa

3.1 Terveyshyötymalli

Toimiva terveyskeskus vahvistaa perusterveydenhuoltoa -hanke on Kaste-ohjelman rahoituksella tuotettu. Tarkoituksena hankkeessa on viedä käytäntöön Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelman tavoitteita. Hankkeen keskeisin tavoite on pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallin (Chronic Care Model) käyttöönotto perusterveydenhuollossa. (Toimiva terveyskeskus vahvistaa perusterveydenhuoltoa 2010.) Terveyshyötymalli on jaettu kuuteen elementtiin.

Näistä kuudesta elementistä neljä keskeisintä ovat omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksenteontuki ja kliiniset tietojärjestelmät sekä lisäksi palveluntuottaja ja yhteisöt. Kuviossa 1 näkyy terveyshyötymallin elementit ja toimintaympäristö.



KUVIO 1. Terveyshyötymalli (Komulainen 2011).

Terveyshyötymallin kehitti amerikkalainen Edward H. Wagner ja hänen kollegansa pitkäaikaissairaiden hoidon mallista. Terveyshyötymallin kehittäminen tuli tarpeelliseksi, koska perusterveydenhuolto ei enää pystynyt vastaamaan kroonisten sairauksien kasvavaan haasteeseen. (Oksman & Sissio 2010–2012; Tuura, Holappa, Huttunen & Pekkala 2011; Wagner, Austin, Davis, Hind-Marsh, Schaefer & Bonomi 2011.) Yhä useammat henkilöt kärsivät vakavista kroonisista sairauksista, joihin terveydenhuolto ei pysty vastaamaan tehokkaasti. (Koikkalainen, Ahonen, Ruoranen, Hänninen, Kuusinen, Tiikkainen, Kettunen, Honkanen & Kumpusalo 2011, 4.) Tutkittuaan pitkäaikaissairaiden hoitoa terveyshyötymallin kehittäjät havaitsivat puutteita hoidon laadussa. Hoitosuosituksen käyttöönottoa laiminlyötiin kiireeseen vedoten, hoidon koordinointi oli puutteellista, hoidon seuranta ei toteutunut ja potilaat eivät saaneet riittävästi omahoidon tukea. (Oksman ym. 2010–2012; Tuura ym. 2011; Siminero, Zgibor & Solano 2004; Koikkalainen ym. 2011, 4.) Terveydenhuoltojärjestelmä kärsii niin sanotusta ”akuutista tyranniasta”. Pitkäaikaissairauksien

hoito toteutuu sairaus- ja lääkärikeskeisesti sekä vuorovaikutuksessa tärkeintä on diagnostisen informaation antaminen. (Oksman ym. 2010–2012.)

TAULUKKO 1. Akuuttien hoitomallien ja terveyshyötymallin vertailu (Koikkalainen ym. 2011, 6).

AKUUTIT HOITOMALLIT	TERVEYSHYÖTYMALLI
Sairauskeskeisyys	Potilaskeskeisyys
Reaktiivinen, oireisiin keskittyvä	Suunnitellut interventiot
Episodinen hoito	Jatkuva hoito
Fokus parantamisessa	Fokus ehkäisyssä ja ”managementissa”
Diagnostinen informaatio	Omanhoidon tukeminen
Henkilökohtaiset vastaanottokäynnit yhden ammattilaisen luona kerrallaan	Moniammatillisuus: henkilökohtaiset käynnit, ryhmätapaamiset, puhelin-, sähköposti ja Wep- kontaktit
Lääkärikeskeisyys	Tiimikeskeisyys
Painopiste yksilönä	Väestön terveys
Yhteen hoitopaikkaan kerrallaan keskittyvä	”Community setting” laaja-alainen yhteistyö
Erikoissairaanhoidon painotus	Perusterveydenhuollon painotus

Terveyshyötymallin vaikuttavuutta tutkittaessa tuloksista huomattiin, että vaikuttavuus on sitä parempi, mitä enemmän terveyshyötymallin komponentteja on yhtäaikaaisesti kohdistettu interventioon. Terveyshyötymallia ei ole pidetty perinteisenä jalkautettavana hoitomallina, vaan viitekehystenä ja kehittämisen ajattelumallina, joka tarjoaa puitteet hoidon hallitulle järjestämiselle ja vaikuttavuuden parantumiselle. (Oksman ym. 2010–2012; Koikkalainen ym. 2011, 4.) Terveyshyötymallin käyttöönotto tekee hoidosta potilas- ja tiimikeskeistä, ennakoivaa, vuorovaikutteista ja potilasta vahvistavaa. Mittava terveyshyöty saavutetaan yhteistyöllä voimaantuvan potilaan ja valmistautuneen hoitotiimin välillä, kun käytössä on kaikki kuusi terveyshyötymallin osa-aluetta. (Oksman ym. 2010–2012.)

Tutkittaessa terveyshyötymallin käyttöä diabeetikoiden hoidossa ilmeni, että terveyshyötymallin käyttö tehosti diabeetikoiden omaa hoitoa. Tutkimuksessa diabeetikot jaettiin kolmeen eri ryhmään: 30 potilaista kuului terveyshyötymalliryhmään, 38 potilasta kuului ryhmään, jolle tarjottiin koulutusta diabetekseen ja 58 potilasta kuului tavallista hoitoa saavien ryhmään. Tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että ryhmässä, jossa oli käytössä terveyshyötymalli, antoi parempia hoitotuloksia verrattuna muihin verrokkiryhmiin. (Piatt, Orchard, Emerson, Simmons, Songer, Brooks, Korytkowski, Siminerio, Ahmad & Zgibor 2006.)

3.2 Terveyshyötymallin soveltaminen diabeetikon hoitoon

Diabeetikon terveydenhuollon palveluprosesseja mietittäessä tulee vastata seuraaviin kysymyksiin: Mikä on asiakkaan rooli, miten ohjaus tulisi toteuttaa eri riskiryhmissä, mitkä ammattiryhmät antavat elintapaohjausta, mitä yhteistyötä ohjauksessa tarvitaan. Näihin kysymyksiin vastaaminen luo pohjan jäsentyneelle palveluprosessille. (Patja, Absetz, Kuronen & Lillrank 2009.)

Terveyshyötymallin käyttöönotto on taloudellisesti kannattavampaa kuin akuutin hoidon malli. Terveyshyötymallin avulla on tarkoituksena tarjota tehokasta

ja kattavaa hoitoa diabeetikoille ja muille kroonista sairautta sairastaville. Terveystyömalli voi alussa viedä resursseja, mutta pidemmällä aikavälillä menot kompensoidaan diabeetikon komplikaatioiden vähenemisellä. Tässä suhteessa se on kustannustehokkuuden näkökulmasta erityisen vaikuttavaa. (Kuo, Bryce, Zqibor, Wolf, Roberts & Smith 2011.) Diabeteksen hoitoon sisältyy haasteita kaikilla tasolla: potilaille, hoitohenkilökunnalle, lääkäreille, terveydenhuoltojärjestelmälle ja koko yhteiskunnalle. Merkittävänä tekijänä diabeteksen hoidossa on yhtenäistä hoitokäytäntöä, jotka ovat usein hajanaisia ja sekavia. Terveystyömallia voi hyvin soveltaa diabeteksen hoitoon, koska se käsittelee monimutkaisia haasteita, muokkaa palveluntarjoajaa ja edistää potilaan omaa sairauden hallintaa. (Kuo ym. 2011.)

Diabetes on suuri haaste terveydenhuoltojärjestelmälle. Tutkimusten mukaan terveystyömallin elementtien käyttöönotto parantaa potilaiden hoidon tuloksia. (Frei, Chmiel, Schläpfer, Birnbaum, Held, Steurer & Rosemann 2010.) DEHKO projekteissa on tutkittu Suomessa eri terveysasemien diabeetikoiden hoitoa. Tuloksista ilmeni, että 68 %:lla tutkimukseen osallistuneista terveysasemista oli diabeteshoitajan vastaanotto ja 21 %:lla lääkärin diabetesvastaanotto. Tutkimukseen osallistuneista terveysasemista 55 %:lta löytyi diabetestyöryhmä. Niistä noin kolmasosassa oli lääkärin ja hoitajan lisäksi jalkojenhoitaja, fysioterapeutti ja ravitsemusterapeutti. Diabeetikoiden ryhmäohjauksista löytyi terveysasemilta, mutta se oli muodoltaan diabetestiedon jakamista luentomuotoisesti. Diabeteksen hoidonohjausryhmiä löytyi vain muutamia ja ne olivat vertaistukiryhmän luonteisia. (Winell 2006, 20–26.)

Diabeteshoitaja toimii asiantuntijana diabeteksen hoitotiimissä ja omassa työyksikössään. Hän edistää asiantuntijuudellaan yhteistyötä paikallisesti ja alueellisesti. Diabeteshoitajan tulee kehittää, suunnitella, toteuttaa sekä arvioida yhteistyössä eri ammattiryhmien kanssa diabeteksen hyvää hoitoa. Hän toimii sovitusti diabeteksen hoidon laadun kehittäjänä, voimavarana ja konsulttina yksikkönsä tai organisaationsa hoitohenkilökunnalle sekä yksittäisten diabetespotilaiden hoidossa. Diabeteshoitaja osallistuu itsenäisesti kliniseen diabeteshoitotyöhön sekä sen kehittämiseen, osana moniammatillista työryhmää.

Perusterveydenhuollossa tulisi olla diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelman (2000 - 2010) mukaan yksi kokopäivätoiminen diabeteshoitaja 300–400 diabeetikkoa kohti. Suomessa olisi pitänyt olla vuonna 2010 noin 1 000 kokopäiväistä diabeteshoitajaa. (Seppänen, Jokela, Luukkanen, Nikkanen, Partanen, Niittyniemi & Himanen 2006.)

Kansainvälinen diabetesliitto International Diabetes Federation (IDF) on julkaissut suosituksen diabeetikon suun terveyden edistämisestä. Oral health for people with diabetes (2009) suosittelee diabeetikon kanssa työskentelevää hoitohenkilökuntaa ottamaan suun terveyden puheeksi vuosittain diabeteksen kontrollien yhteydessä. Suosituksen mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulisi ottaa huomioon diabeetikon suun terveyden tila ja kannustaa hyvään suun omahoitoon. Diabeetikolle tulee kertoa huonon hoitotasapainon vaikutukset suun terveyteen. (International Diabetes Federation 2009.) World Dental Federation (FDI) ja International Diabetes Federation (IDF) ovat esittäneet kokouksessaan (2007) huolensa maailmanlaajuisesti diabeetikoista ja heidän suun terveydestä. Kokouksessa korostettiin tiivistä yhteistyötä hammaslääkäreiden, lääkäreiden ja päättäjien välillä. Tavoitteena oli diabeetikon hampaiden terveyden säilyminen läpi elämän. Yllä mainittu asiantuntijaryhmä on laatinut listan toimista, joilla edistetään diabeetikoiden suun terveyttä:

- Suun terveyden edistäminen tulee sisältyä yhtenä osana diabeteksen hoitoon.
- Tietoisuuden lisääminen iensairauksien mahdollisista komplikaatioista terveydenhuollon ammattilaisille, diabeetikoille ja päättäjille.
- Sellaisten tutkimusten käynnistäminen ja tukeminen, jotka lisäävät näyttöön perustuvaa hoitoa sekä strategiaa parantamaan diabeetikoiden suun terveyttä.
- Säännöllinen suun terveystarkastus diabeetikoille.
- Diabeetikoiden informoiminen suun terveyden riskeistä.

- Linkittää tietämystä diabeetikoiden ja suun terveyden kaikkien sidosryhmien välille: terveydenhuollon ammattilaiset, diabeetikot, yleisö ja päättäjät.
- Panostaminen hammaslääketieteen koulutukseen.

(International Diabetes Federation 2007.)

Omahoidontuki

Terveydenhuollolla on vastuu potilaan sairauenhoidosta, mutta potilaalla on vastuu oman itsensä hoidosta. Terveydenhuollon toimintaa hyödyntämällä, kohdistamalla palvelut potilaslähtöisesti niitä tarvitseville ja järkevöittämällä resurssit oikein tuetaan potilaan omahoitoa. Espoossa on kehitetty työkalu potilaan roolin vahvistamiseksi ja oman hoidon tehostamiseksi. Työkaluna toimii omahoito/arviointilomake elintapatekijöiden arviointiin. Lomakkeen avulla potilas arvioi sairauksiensa kannalta tärkeiden elintapatekijöiden toteutumista arjessa. Lomakkeen avulla potilaalla on mahdollisuus arvioida omahoidon onnistumista ennen hoitajan vastaanotolle tuloa. (Leppäkoski & Lehtovuori 2010.)

Terveyshyötymalli pitkäaikaissairauksien hoidossa auttaa ottamaan huomioon potilaat kokonaisvaltaisesti. Keskeisten kansansairauksien hoidossa potilaan omalla toiminnalla on ratkaiseva merkitys. Sairauksien päivittäinen omahoito tarkoittaa muun muassa terveellisestä ruokavaliosta, riittävästä liikunnasta ja mielen hyvinvoinnista huolehtimista sekä tupakoimattomuus ja kohtuullinen alkoholin käyttö. (Espoon kaupunki 2012.) Diabeetikko on oman sairautensa arkipäivän asiantuntija ja vastaa itse omasta hoidostaan. Apua diabeetikot saavat terveydenhuollosta. (Diabetesliitto 2013.) Terveyshyötymallissa potilas halutaan nähdä subjektina ja entistä enemmän aktiivisena osallistujana. Potilaan kanssa etsitään yhdessä ratkaisuja sairauden hoitoon ja terveydestä huolehtimiseen. Potilaalla on tärkeä rooli oman sairautensa hoidossa. Terveyshyötymallia sovelletaan erilaisissa kroonisissa sairauksissa, eri terveydenhuollon osa-alueilla ja kohderyhmissä. Näin potilas saa hänelle strukturoitua hoitoa

eikä jää yksin oman sairautensa kanssa. Haastavimmat potilaat saattavat tarvita enemmän intensiivisempää hoidonohjausta kuin ne, joilla kaikki asiat ovat selkeästi hallussa. (Tuura ym. 2011.)

Sosiaali- ja terveysministeriössä todettiin tarve kansalliselle hoitosuunnitelman määrittämiselle. Yhteistyössä Kaste-ohjelmaan kuuluvan Potku-hankkeen sekä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa tehdyn suunnitelman tueksi otettiin Duodecimissa kehitetty rakenteinen jatkohoidon suunnitelma. Näistä muodostui terveys - ja hoitosuunnitelma. Terveys- ja hoitosuunnitelman tarkoituksena on keskittyä jokaiseen potilaaseen yksilönä. Terveys- ja hoitosuunnitelmaan tulee kirjata kaikki potilaan terveysongelmat riippumatta siitä, missä terveydenhuollon toimintajärjestelmässä terveys- ja hoitosuunnitelma on laadittu. Terveys- ja hoitosuunnitelmassa tulee näkyä potilaskertomuksen ydintiedot ja suunnitelman tulee pitää sisällään tiedot jatkohoidon järjestämisestä. Terveys- ja hoitosuunnitelman tarkoituksena on kuvata samassa suunnitelmassa potilaan terveyteen liittyvät tekijät. Potilaan hoito tulee näin kokonaisvaltaiseksi ja sitä voidaan käsitellä eri potilastietojärjestelmissä. (Komulainen, Vuokko & Mäkelä 2011,9–12.)

Diabeetikko laatii terveys- ja hoitosuunnitelman yhdessä hoitotiiminsä kanssa ja pääsee vaikuttamaan hoitoonsa ja hoidon tavoitteisiin. Hoitosuunnitelmasta laaditaan yhteinen sähköinen kirjallinen tallenne, joka tulostetaan potilaalle mukaan, jotta hän tiedostaa mitkä tavoitteet on hoidolleen asettanut. Hoitosuunnitelmassa näkyvät seuraavat asiat: hoidon seurantatiedot ja tiheys, laboratoriotutkimusten ajankohdat ja tulokset sekä omaseurannan tulokset. (Lyytinen 2010, 34–35.)

TAULUKKO 2. Terveys- ja hoitosuunnitelman pääkohdat (Mäntyranta 2010).

Hoidon tarve	Muodostuu yhdestä tai useammasta potilaan tunnistamasta terveysongelmasta
Hoidon tavoite	Muutos potilaan terveydentilassa, johon yhdessä sovitulta hoidolla pyritään. Tavoitteiden tulee olla realistisia ja sellaisia, että potilas voi niihin sitoutua. Tavoitteet voidaan asettaa määrääjäksi, minkä jälkeen ne arvioidaan uudestaan.
Hoidon toteutus ja keinot	Sisältää sekä potilaan omahoidon että terveydenhuollon palvelut. Kuvataan yhdessä potilaan kanssa suunnitellut hoitokeinot. Potilas ei tee päätöstä hänelle tehtävistä lääketieteellisistä tutkimuksista tai hoidosta. Lain mukaan niistä päättää lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan kanssa.
Tuki, seuranta ja arviointi	Suunnitelman toteutumisen tuki ja seuranta sekä hoidon vaikutuksen arviointi
Terveydenhuollon ammattihenkilö	Henkilö, joka vastaa suunnitelman laadimisesta ja koordinoi sen toteuttamista.
Lisätiedot: diagnoosit, lääkitys, kriittiset riskitiedot	Potilaan tilaa ja hoitoa kuvaavat lisätiedot.

Ilanne-Parikka (2012) kuvaa diabeetikon ohjausta ja hoitoa näin ”Ohjaus on olennainen osa hoitoa, hoito on osa ohjausta”. Hän on mukauttanut Weussin ja Funellin (2009) ajatuksia diabeetikon hoidosta. Ilanne-Parikan näkemys diabeetikosta on aktiivinen ja voimaantunut oman sairautensa vastuullinen asiantuntija. Diabeetikon on ymmärrettävä, miksi hän sairastui, sekä ymmärrettävä oman sairautensa riskitekijät. Diabetes on muuttuva, etenevä sairaus ja heidän tulee tiedostaa lisäsairaudet sekä niiden ehkäisy. (Ilanne-Parikka 2012; Weiss & Funell 2009.) Diabeetikon hyvä elämä edellyttää turvallista jatkuvaa

hoitosuhdetta, hyvää hoitotasapainoa, ongelmien ehkäisyä ja hyväksymistä sekä vakavien hypo- ja hyperglykemioiden välttämistä ja subjektiivista hyvinvointia (Kallioniemi 2003; Diabetes: Käypä hoito -suositus, 2013).

Hyvän hoidon kokonaisuus on perusta hyvälle diabeteksen hoidolle. Diabeetikon on saatava riittävä hoidon ohjaus ja tiedettävä hoidon jatkuvuus. Hänen on hyväksyttävä diabetes osaksi omaa elämäänsä. Hoitajalla tulee olla neutraali ja potilaan voimaantumista edistävä ohjausote. (Ilanne- Parikka 2011.) Tietoon perustuvalla ohjuksella on todettu olevan vähemmän vaikutusta potilaan hoitoon sitoutumiseen kuin ohjauksella, joka tähtää potilaan käyttäytymisen muutokseen (Berben, Bogert, Leventhal, Fridlun, Jaarsma, Norekvål, Smith, Strömberg, Thompson & De Geest 2012). Potilaan käyttäytymisen muutokseen tähtäävää ohjausta on motivoiva, voimaannuttava ohjaus. Motivoivassa, voimaannuttavassa ohjauksessa lähdetään rakentamaan elintapamuutosta potilaan omista vahvuuksista pala palalta. Ohjaajan rooli on olla potilaan tukena prosessin aikana. Menetelmän tarkoituksena on saada potilas itse havaitsemaan elämäntapamuutoksen tarve sekä kannustaa ja motivoida häntä muutokseen. Lyhyillä hoito- ja ohjauskäynneillä ei välttämättä saavuteta näkyviä elintapamuutoksia, mutta muutosajatus on saatu potilaalle mietittäväksi. (Absetz 2013.)

Diabeteshoitajien edellytyksiä suun terveyden edistäjinä osana diabeteshoitajan ohjaustyötä on tutkittu vuosina 1997 ja 2010. Molemmissa tutkimuksissa yli puolet diabeteshoitajista uskoi voivansa vaikuttaa erittäin paljon tai melko paljon diabeetikon suun omahoitoon. Kaksi kolmasosaa diabeteshoitajista uskoi, että diabeetikko kokee diabeteshoitajan suun omahoidon ohjauksen erittäin tai melko tärkeäksi. Myös yli kaksi kolmasosaa hoitajista koki, ettei heillä ole riittävästi tietoa diabeetikon suun terveyden ongelmista. Tutkimuksessa selvisi myös se, että vain alle puolet tutkimukseen osallistuneista diabeteshoitajista keskusteli diabeetikon kanssa hyvin tai melko usein suun terveyden merkityksestä ja yli puolet vain melko tai erittäin harvoin. (Karikoski 2012, 27 – 30.)

Vuosina 1999 – 2001 Karikoski, Ilanne-Parikka ja Murtooma tutkivat diabeetikoiden suun terveyttä iensairauksien näkökulmasta. Tutkimuksen kohteena oli ryhmä diabeetikkoja, joita diabeteshoitaja muistutti suun terveydenhoidosta. Tuloksissa ilmeni, että diabeetikoiden iensairaudet vähenivät ryhmissä, joille diabeteshoitaja oli muistuttanut suun omahoidon tärkeydestä säännöllisten diabeteskontrollien yhteydessä. (Karikoski ym. 2003.) Vuonna 2008 tehdyn tutkimuksen mukaan huonossa hoitotasapainossa olevilla 1- tyypin diabeetikolla tavataan enemmän hampaiden reikiintymistä kuin hyvässä hoitotasapainossa olevilla diabeetikoilla. Tutkimuksen tekijät korostivat moniammatillista yhteistyötä sekä diabeetikon suun omahoidon huomioimista hyvien hoitotulosten saavuttamiseksi. (Orbak, Simme, Orbak, Kavrutf & Colak 2008.) Varhaisessa vaiheessa puuttuminen diabeteksen hoitoon ja siinä onnistuminen takaavat potilaalle oireetonta elämää diabeteksen kanssa. Hoidossa on huomioitava jokainen potilas yksilönä ja asetettava hoidon tavoitteet sen mukaisesti. Diabeetikon on saatava selkeät numeraaliset ja yksilölliset tavoitteet perusteluineen. Diabeetikon suun omahoidon tason ja tupakoinnin selvittäminen kuuluvat myös osana hoidon suunnitteluun. (Diabetes: Käypä hoito-suositus, 2013.) Hoitohenkilökunnan on otettava puheeksi tupakka ainakin kerran vuodessa kontrollikäynnin yhteydessä (Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus 2012).

Palveluvalikoima

Palveluvalikoiman tulee sisältää potilaan terveydentilan edellyttämiä hoitovaihtoehtoja. Hoidon tulee olla lääketieteellistä tai hammaslääketieteellistä ja sen tulee olla hyödyllistä suhteessa potilaan hoitoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.) Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymässä on käytössä Ikihyväryhmäohjaukseen perustuva elintapaohjausmalli. Sen tarkoituksena on tukea diabetes- ja valtimotautiriskissä olevien henkilöiden elintapamuutoksia ryhmäohjauksella. Ryhmäohjauksen perustana on käyttäytymisen muutos eikä niinkään tiedon jakaminen. Ryhmät ovat toiminnallisia, tavoitteellisia ja ne korostavat ryhmäläisten omaa vastuuta elintapamuutoksissa. Ryhmäohjauksen vahvuus on vertaistuki. Tätä elintapaohjausmallin vaikuttavuutta on tutkittu Suomessa ja Australiassa. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymässä on käytössä myös terveystalvamenus puhelimen välityksellä. Puhelimitse toimivan

terveysvalmennuksen ydinsisällöt ja toteutustapa on hyvin suunniteltu ja sitä on testattu useassa maassa. Puhelinohjaukseen on sovittu kriteerit motivoivan haastattelun periaatteiden mukaisesti. (Patja ym. 2009.)

Härkätien kuntayhtymässä Liedossa on tutkittu diabetesta sairastavien tai diabetesriskissä olevien henkilöiden ryhmäohjausta. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää mitä diabetesta sairastavat tai diabetesriskissä olevat henkilöt tietävät diabeteksestä ja miten he kokevat ryhmäohjauksen. Ryhmätapaamisia oli neljä kertaa ja yhden tapaamisen teemana oli suun terveys. Tutkimuksessa ilmeni, että suurin tiedon lisääntyminen tapahtui suun hoidosta ja sen merkityksestä diabeetikoille. Tutkimukseen osallistuneista neljäsosa naisista ja viidesosa miehistä koki, että heidän tietonsa diabetesta sairastavan suun hoidosta lisääntyi erittäin paljon. Suun hoitoon liittyviä neuvoja pidettiin myös erittäin tarpeellisina. (Lamberg 2010.)

Diabeetikon palveluvalikoimaa voidaan laajentaa tulevaisuudessa hyödyntämällä matkapuhelimien käyttöä. Puhelimet ovat mukana lähes kaikkialla ja niitä voidaan hyödyntää missä ja milloin vain. Potilaat voivat ladata tai manuaalisesti kirjoittaa seurantatietoja hoitavalle taholle. He saavat puhelun, tekstiviestin, muistutuksia ja vinkkejä sekä pääsyn tietoihin kännykän selaimella Web -sivuston avulla. Matkapuhelimen käyttö tukee diabeteksen hoitoa varsinkin silloin, kun interventio on kaksisuuntaista diabeetikon ja asiantuntijan välillä. Tutkijat ovatkin selvittäneet, kuinka matkapuhelimien käyttö on vaikuttanut diabeetikoiden kliinisiin tutkimustuloksiin. Hyviä tuloksia on saatu esimerkiksi parempana sokeritasapainona ja HbA1C tason laskuna. (Bell, Fonda, Walker, Schmidit & Viqersky 2012.)

Ruotsissa tyyppin 1 ja vaikeammin hoidettavan tyyppin 2 diabeetikoiden hoito on keskitetty erikoisyksiköihin. Hoitotiimiin kuuluu diabeteslääkäri, diabeteshoitaja ja lisäksi psykologi sekä jalkaterapeutti tai ravitsemusterapeutti. Vertailussa Ruotsi on diabeetikoiden hoidon suhteen edellä Suomea. Esimerkiksi 90 % ruotsalaisista diabetespotilaista saa hoidon yksikössä, jossa toimii diabetes-

lääkäri ja diabeteshoitaja sekä psykologi. Hoitotasapaino kaikissa aikuisten ikäluokissa ruotsalaisilla on parempi kuin Suomessa ja eliniän ennuste on Ruotsissa korkeampi kuin meillä. (Saraheimo 2013.)

Espoossa on otettu käytäntöön toukokuussa 2013 uudenlainen hoitomalli 1-tyyppin diabeetikoiden hoidossa. Siellä koottiin kaikki Espoon ja Helsingin 1-tyyppin diabeetikot Jorvin sairaalan diabeteskeskukseen. Tavoitteena on siirtää aiempaa enemmän potilaiden hoitoa diabeteshoitajien ja potilaiden vastuulle (Grönvall 2013.) Lääkäreiden ja sairaanhoitajien työnjaosta on saatu hyviä tutkimustuloksia. Tutkimuksen mukaan potilaiden hoitotyytyväisyyteen ei vaikuttanut se, hoitiko häntä lääkäri vai sairaanhoitaja. Enemmän tyytyväisyyttä herätti sairaanhoitajien antama aika ja tuki asiakkaalle ja hänen perheelleen. (Laurant, Hermens, Braspenning, Reinier, Akkermans, Sibbald & Grol 2008.) Tuloksia löytyy myös siitä, että asianmukaisen koulutuksen saaneiden sairaanhoitajien antama hoito todettiin yhtä laadukkaaksi kuin lääkärien (Laurant, Reeves, Hermens, Braspenning, Grol & Sibbald 2005). Potilaan etuna on muun muassa jatkuva hoitosuhde ja hoitokäytänteiden yhdenmukaisuus (Grönvall 2013). Säästöjä syntyy palkkakustannuksissa, kun työnjaolla saadaan lääkäreiden resursseja siirrettyä muuhun työhön (Dierick-van Daele, Steuten, Romeijn, Derckx & Vrijhoef 2011). Espoossa on myös tarkoituksena järjestää vertaistukitoimintaa. Siellä on kokeiltu ryhmätapaamisia huonossa hoitotasapainossa oleville 16–20 -vuotiaille. Potilaat ovat tavanneet vastaanotolla noin kerran kuukaudessa kymmenen hengen ryhmissä. Ryhmätapaamisilla saatiin hoitotasapainot paranemaan ja suhtautuminen hoitoon muuttui myönteisemmäksi. (Grönvall 2013.)

Päätöksenteontuki

Hoitopäätösten perustana tulisi olla tieteellinen näyttö. Terveysyhytymallin elementtien kehittelyvaiheessa tämä tarkoitti näyttöön perustuvia hoitosuosituksia ja niiden saatavuutta sekä käyttöä kliinisessä työssä. Tästä ajattelusta syntyi päätöksentuki-elementti. Suomessa näyttöön perustuvia, Käypä hoitosuosituksia, on julkaistu vuodesta 1997 lähtien. (Mitä on päätöksentuki 2010.) Terveystieteiden tutkimuksessa esiintyy erittäin paljon poikkeavuutta hoitokäytänteissä.

Hoitoasenteita ja työn piirteitä terveydenhuollon ammattilaisilla ovat tutkineet Korhonen, Kortteisto, Kaila, Rissanen ja Elovainio (2010). Heidän mukaansa hoitosuosituksen käyttö on ollut vähäistä terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa. Tulosten mukaan eniten kriittisyyttä aiheutti hoitosuosituksen saataavuus. Erityisesti sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat kokivat suosituksen saataavuuden ja käytön ongelmalliseksi. (Korhonen ym. 3 – 16.) Edistettäessä potilaiden terveyttä tulee tieteellinen näyttö ja potilaiden mieltymykset sovittaa yhteen. Hoitopäätöksiä on perustuttava selkeästi klinisiin tutkimustuloksiin. Tutkimustulosten suuntaviivoista on myös keskusteltava potilaiden kanssa, jotta he ymmärtävät hoidon periaatteet. Pitkäaikaissairaiden kanssa työskentelevien tulisi kouluttautua, sillä tiede kehittyy jatkuvasti ja uusien käytänteiden mukaantulo haastaa hoitohenkilökunnan. (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2013.)

Hoitokäytänteitä yhtenäistettäessä tulee niiden perustua parhaaseen mahdolliseen tutkimusnäyttöön asuin- tai hoitopaikasta riippumatta. Diabeteksen hoidosta on laadittu valtakunnallisia suosituksia, joita ovat Käypä hoito -suositukset. Käypä hoito -suosituksia ovat esimerkiksi Diabetes 2013, Diabeettinen retinopatia 2006 ja Diabeettinen nefropatia 2007. Diabetesliitto on laatinut suosituksia diabeetikon ravitsemuksesta, diabeettisen neuropatian hoidosta, tyypin 1 diabeetikon hoidosta, diabeetikon jalkojenhoidosta sekä diabeetikon hoidonohjauksen ja diabeetikon jalkojenhoidon laatukriteereistä. (Holopainen, Korhonen, Miettinen Pelkonen & Perälä 2010, 38–45.) Ajokortti- ja liikenneturvallisuudesta on tehty Euroopan komissiossa vähittäisvaatimukset (2013) koskien kaikkia Euroopan maita. EU- lainsäädäntöä uusittaessa huomioitiin ihmisten fyysinen ja henkinen terveys niin, että se antoi mahdollisuuden ammattiajokorttiin esimerkiksi diabeetikoille. (Euroopan komissio 2013.)

Kliiniset tietojärjestelmät

Sosiaali- ja terveydenhuollossa ollaan siirtymässä valtakunnallisiin sähköisiin potilastietojärjestelmiin. Tietojärjestelmiä on kehitetty erilaisilla hankkeilla, jotka perustuvat lakiin asiakastietojen sähköisestä käsittelystä sekä lakiin sähköisestä lääkemääräyksestä. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (L 9.2.2007/159) velvoittaa julkisen terveydenhuollon palvelujen antajan liittymään valtakunnallisen tietojärjestelmäpalvelun käyttäjäksi viimeistään 1.9.2014. Laki sähköisestä lääkemääräyksestä (L 2.2.2007/61) määrää kuntien ja valtion terveydenhuollon toimintayksiköt siirtymään sähköisesti laadittuihin lääkemääräyksiin.

Tietojärjestelmillä voidaan mahdollistaa terveystietojen, hoidon tulosten ja tavoitteiden luotettava raportointi ja mittaaminen. Tiedon tehokas käyttö edellyttää sähköistä potilastietojärjestelmää ja asiakastietojen suunnitelmallista ja strukturoitua kirjaamista. (Mitä on tiedon tehokäyttö 2010.) Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (2009) antaa raamit sille, mitä tietoja asiakaskontakteista tulee kirjata. Uusi terveydenhuoltolaki edellyttää kiireettömissä hoidoissa tarvittaessa laatimaan terveys- ja hoitosuunnitelman. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos on laatinut ohjeet yhtenäisen kansallisen terveys- ja hoitosuunnitelman laadintaan, jota on tulevaisuudessa mahdollista käyttää kaikilla terveysasemilla ja sairaaloissa. Asetuksen mukaan potilasasiakirjoihin tulee merkitä jokainen asiakaskontakti. Tiedoista tulee selvittää asiakkaan esitiedot, tulosyy, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmäärittäminen tai terveysriski, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppulausunto. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. (A 30.3.2009/289.)

KanTa eli kansallinen terveysarkisto on yhteinen nimitys terveydenhuollon, apteekkien ja kansalaisten valtakunnallisille tietojärjestelmäpalveluille. KanTa-palvelujen tarkoituksena on saada asiakkaan lääkitys- ja asiakastiedot organisaatiosta riippumatta ja asiakkaan suostumuksella hoitavan tahon ja asiakkaan itsensä käyttöön. KanTa-palveluihin kuuluvat sähköinen lääkemääräys,

potilastietoarkisto sekä omien tietojen katselu -palvelu. Sähköinen potilastietoarkisto ja siihen liittyvät tiedonhallintapalvelut mahdollistavat asiakkaiden omien tietojen katselu -palvelun toiminnan. Uudet valtakunnalliset keskitetyt järjestelmät mahdollistavat asiakaslähtöiset palvelut. Asiakkaan hakeutuessa hoitoon missä päin Suomea tahansa hänen aiemmat asiakastietonsa ovat uuden hoitavan organisaation saatavilla. Asiakas pääsee myös itse katselemaan omia hoitotietojaan ja osallistumaan näin paremmin omaan hoitoonsa. Asiakas voi halutessaan myös kieltää itseään koskevien tietojen luovutuksen toisen terveydenhuollon toimintayksikön käyttöön. Asiakas voi kieltää yksittäisen hoitokäynnin tietojen luovutuksen tai tietyn toimintayksikön tietojen luovutuksen toiselle terveydenhuollon yksikölle. (Virkkunen 2012.)

Valtiovarainministeriö on asettanut vuonna 2009 sähköisen asiointin ja demokratian vauhdittamisohjelman (SADe- ohjelma). SADe- ohjelmaan sisältyy sosiaali- ja terveysalan palvelukokonaisuus. Sosiaali- ja terveysalan palvelukokonaisuudesta vastaavat sosiaali- ja terveysministeriö sekä terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Palvelukokonaisuuden tavoitteena on sähköisten palveluiden kehittäminen ja käyttöönotto. Sähköisten palveluiden tulee:

- tukea kansalaisten hyvinvointia ja ylläpitää terveyttä sekä ennaltaehkäistä sairauksia,
- tukea omahoitoa ja oman terveyden hallintaa,
- helpottaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen valintaa sekä hakeutumista oikeiden palvelujen piiriin,
- parantaa omaa osallistumista palveluiden suunnittelussa,
- tehostaa asiakkaiden ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten välistä vuorovaikutusta sekä,
- parantaa asiakkaiden palautteen antamista palveluista. (Sosiaali- ja terveysalan palvelukokonaisuus 2012.)

Palveluntarjoaja ja yhteisöt

Palveluntarjoajan tulee pyrkiä sitoutumisellaan ja muutosvalmiudellaan parantamaan kroonisten sairauksien hoitoa koko organisaatiossa. Ylimmän johdon on tunnistettava parannusta tarvitsevat epäkohdat ja tehtävä kehittämisstrategiat tavoitteiden ja toiminnan kattavaan muutokseen. Tehokkaat organisaatiot yrittävät estää virheitä raportoimalla hoidon ongelmat ja tekemällä tarvittavat muutokset järjestelmiinsä. (Tuura ym. 2011, 2.) Yhteisön mukaantulo tehostaa kroonisesti sairaan potilaan hoitoa. Yhteisön ohjelmat voivat tukea tai laajentaa terveydenhuollossa saatua tukea potilaan omaan hoitoon, mutta järjestelmät eivät juuri hyödynnä näitä resursseja. Terveydenhuoltojärjestelmä voisi muodostaa kumppanuuden potilasjärjestöjen ja liikuntapalveluiden kanssa. (Mts.3.)

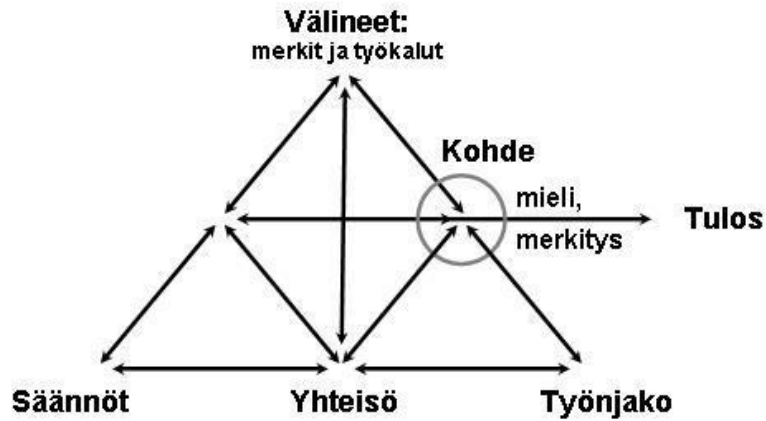
Kansallisen diabetesohjelman DEHKO 2000 – 2010 tavoiteohjelmaan sisältyi osa, jonka tarkoituksena oli vakiinnuttaa Suomen diabetesliiton, yhdistysten ja terveydenhuollon yhteistyötä pysyväksi toiminnaksi (Lehto 2010, 3). Kuluneen kymmenen vuoden aikana ei kuitenkaan tavoitteisiin päästy. Hyvänä tuloksena kuitenkin saavutettiin se, että puolella diabetesyhdistyksistä seurannan lopussa oli yhteyshenkilöt terveydenhuoltoon ja yhdistyksen toiminnasta tiedotettiin hyvin terveydenhuollolle. (Mts. 31- 32.) Kansainvälisellä tasolla toimiva kolmannen sektorin kattojärjestö on International Diabetes Federation (IDF), johon kuuluu yli 200 kansallista diabetesyhdistystä yli 160 maassa. Liitto on toiminut johtavana maailmanlaajuisena diabetesyhteisönä vuodesta 1950 lähtien. (International Diabetes Federation 2013.) Suomessa on perustettu vuonna 1955 Diabetesliitto ry. Liiton toiminta ja vaikuttavuus on laaja-alaista ja sen toiminta keskittyy diabeetikoiden tukemiseen, diabetesosaamisen edistämiseen ja yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen. Diabetesliitolla on mahdollisuus vaikuttaa päätöksentekijöiden ja asiantuntijalausuntojen kautta lainsäädäntöön. (Diabetesliitto 2013.) Diabetesliittoon kuuluu myös 106 paikallista diabetesyhdistystä, muun muassa Hypokoira ry ja Nuorten Diabetesyhdistys ry. Diabetesliitossa on reilut 56 000 jäsentä. Isoimmilla yhdistyksillä on myös neuvonta- ja vastaanottopalveluja. Paikallinen yhdistys tuo diabeetikoille kanavia vaikuttaa häntä itseään koskeviin päätöksiin. Yhdistykset ovat aina

oman alueensa diabeetikoiden asioiden ajajia ja pitävät yhteyttä kuntien päättäjiin, terveyskeskuksiin ja sairaaloihin. (Diabetesliitto 2013.)

4 Diabeetikoiden hoidon kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä

Toimintajärjestelmän rakennemalli on yksi osa kehittävää työntutkimusta. Toimintajärjestelmällä kuvataan toimintaa tai yhteisöä, jonka yhteisellä toiminnalla on jokin kohde. Kohteen lisäksi toimintaa määrittävät eri osatekijät. (Kehittävän työntutkimuksen metodologia.) Tässä opinnäytetyössä kohde on diabetesta sairastava avosairaanhoidon potilas. Toimintajärjestelminä kuvataan avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon toimintajärjestelmät. Kummankin yhteisenä tavoitteena on diabeetikon terveyden edistäminen. Toimintajärjestelmän rakennemallia voidaan käyttää kehittämisen välineenä, joka kuvaa ihmillisen toiminnan rakennetta nimensä mukaisesti. Toiminnan elementtejä ovat yksilö eli toimija tai kollektiivi, kohde jossa toimitaan, välineet, joilla kohteeseen vaikutetaan, työnjako niiden kesken, jotka työstävät samaa kohdetta ja yhteisö näiden toimijoiden kesken, sekä säännöt, joiden mukaan he toimivat. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2008,63.)

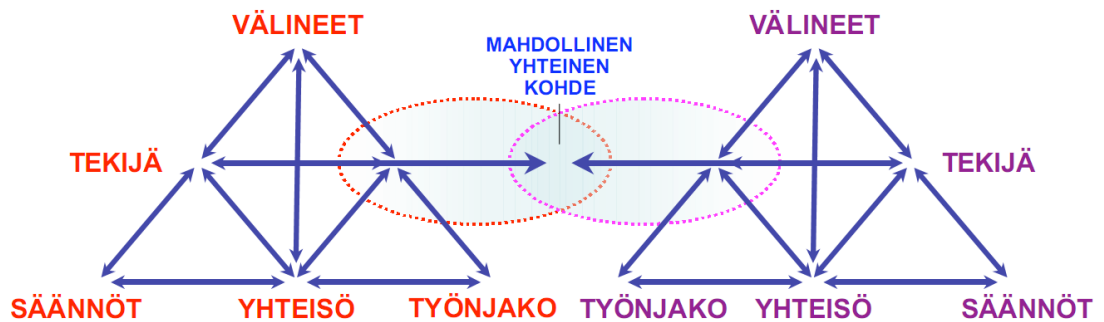
Toimintajärjestelmän rakennemalli auttaa järjestämään epämääräisiä ongelmia kattavasti. Toimijat tai toimintaryhmät valitaan kehittämishankkeen tekijäksi, kuten tässä opinnäytetyössä on tekijänä avosairaanhoido ja suun terveydenhuolto. Kohteena ovat diabeetikot, välineenä mm. sairaskertomukset, sääntöinä lait ja asetukset, sekä yhteisönä muut potilaita hoitavat ammattilaiset. Muutoksen tärkeimpiä lähteitä ovat ristiriidat, joita selvitetään rakennemallin avulla yhdessä toimijoiden kanssa. Sisäiset ristiriidat ovat oppimisen ja kehittymisen kannalta keskeisimpiä. Uuden ja vanhan työtavan ristiriitaa ja niiden muutostarpeita voidaan käsitellä rakentavasti, jäsennellysti ja kokonaisvaltaisesti, ei vain yksittäiseen ongelmaan puutumalla. (Heikkinen ym. 2008,64.)



KUVIO 2. Toimintajärjestelmämalli Engeströmin mukaan (kehittävän työntutkimuksen metodologia).

4.1 Jyväskylän yhteistoiminta-alueen avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon toimintajärjestelmät diabeteksen yhteistyömallin näkökulmasta

Avosairaanhoidon ja suunterveydenhuollon *yhteisenä tuloksena* on diabeetikon terveyden edistäminen. *Yhteinen kohde* on Jyväskylän yhteistoiminta-alueen avosairaanhoidon diabetesta sairastavat aikuiset diabeetikot.



KUVIO 3. Avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon toimintajärjestelmät (Engeström 2004, 10).

Yhteisö on Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus, joka tuottaa terveydenhuollon palveluja Hankasalmen, Jyväskylän, Muuramen ja Uuraisten asukkaille. Jyväskylän yhteistoiminta-alueella toimii diabetestiimi seitsemässä toimipisteessä. Jyväskylän yhteistoiminta-alueen suun terveydenhuollolla on 15 hammashoitola, joissa toimii perushammashoito ja keskitetysti erikoishammashoito.

Tekijät ovat avosairaanhoidossa hoitohenkilökunta ja lääkärit, jotka ovat vastuussa diabeetikoiden hoidosta. Suun terveydenhuollossa tekijät jakaantuvat kolmeen eri ammattiryhmään: hammaslääkärit, Suuhygienistit ja hammashoijat. Kummassakin toimintajärjestelmässä yhtenä osana ovat myös opiskelijat

Työnjako jakautuu erikois- ja avosairaanhoidon. Tyypin 1 diabeetikot ja monipistoshoidossa olevat tyypin 2 diabeetikot ovat diabetestiimin hoidossa. Tablettihoitoiset tyypin 2 diabeetikot hoidetaan aluehoitajan ja omalääkärin vastaanotolla. Jokainen työpari hoitaa omalle osa-alueelleen kuuluvat työtehtävät, tiedonsiirron, kirjaamisen ja hoitosuunnitelman laatimisen. Suun terveydenhuollossa työnjako jakautuu perushammashoidon ja erikoishammashoidon välille. Perushammashoitoa tarjoaa 15 hammashoitola yhteistoiminta-alueella ja kahdesta hoitolasta löytyy erikoishammashoidon työpisteet.

Diabeetikon hoidossa keskeisimmät *välineet* avosairaanhoidossa ja suun terveydenhuollossa ovat tietokone ja tietojärjestelmät, mobiiliyhteydet sekä potilaspaperit. Tärkeässä roolissa ovat myös potilasta hoitavan terveydenhuollon ammattilaisen ohjausresurssit, hoidontarpeen määrittely, hoidon suunnittelu, toteutus sekä arviointi. Onnistuneen hoidon välineitä ovat lisäksi terveydenhuollon ammattilaisten koulutus sekä vuorovaikutus potilaan ja organisaation muiden osaajien kesken. Tietojärjestelmät mahdollistavat tiedon siirtymisen niiden terveydenhuollon ammattilaisten kesken, joille on annettu käyttö- tai lukuoikeudet kyseisille potilastietojärjestelmien osille. Potilastietojärjestelmiin tulee kirjata diagnoosit, tehty hoito sekä hoitosuunnitelma. Ohjausresurssit sisältävät terveydenhuollon ammattilaisten asiakasohjauksen taidot sekä ajalliset resurssit.

Jyväskylän yhteistoiminta-alueella on otettu käyttöön työkalu potilaan roolin vahvistamiseksi ja oman hoidon tehostamiseksi. Käytössä on arviointilomake/

omahoitolomake, sekä muita omahoitoa tukevia palveluita mm. ryhmäneuvonta, omahoitopisteet, omahoidon verkkosivut ja kehitteillä on sähköinen asiointipalvelu. Hyvinvointipolku ja terveystietokannan verkkosivut ovat kaikkien Jyväskylän yhteistoiminta-alueen asiakkaiden käytössä ja ne sisältävät tietoa terveydestä ja antavat elämäntapaohjausta. (Jyväskylän kaupunki 2013.) Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksella on käytössä valtimotautien hoitokartta, josta löytyy päätöksentuen elementtejä diabeetikon kanssa työskenteleville terveydenhuollon ammattilaisille. Hoitokartta löytyy Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen intranetistä. Hoitokartan ongelmana on sen hankala käyttöön ottaminen hoitotilanteissa.

Säännöt terveydenhuollossa koostuvat suosituksista, lain ja asetusten määrittämisestä velvollisuuksista sekä organisaation omista säännöistä. Terveydenhuoltolaki (L 30.12.2010/1326) edellyttää julkisen suun terveydenhuollon palvelujen sisältävän väestön suun terveyden edistämisen ja seurannan sekä suun sairauksien tutkimuksen ja hoidon. Terveydenhuoltolaki velvoittaa erityisen tuen tarpeessa olevan asiakkaan varhaista hoitoa ja mahdollista jatkohoittoa ohjausta. Suun terveydenhuollossa diabeetikko kuuluu tähän erityistä tukea tarvitsevien asiakasryhmään. (L 30.12.2010/1326.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista määrittelee sen, mitä tietoja potilasasiakirjoihin tulee kirjata asiakkaan hoitoon ja sen järjestämiseen liittyen. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön antamaan hoidossa olevalle asiakkaalle selvityksen hänen terveydentilastaan ja hoidon merkityksestä sekä muista asiakkaan hoitoon liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä hänen hoidossaan. Päätökset hoidosta tulee tehdä yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. (L 17.8.1992/785; A30.3.2009/298.) Terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden edistäminen ja ylläpitäminen sekä sairauksien hoito ja niiden ehkäisy. Ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön on otettava huomioon asiakkaalle hoidosta koitua hyöty sekä mahdollinen haitta. (L 28.6.1994/559.)

Terveydenhuoltoa ohjaa lakien, asetusten ja suositusten lisäksi etiikka. Terveydenhuollon eri ammattihenkilöt tapaavat saman asiakkaan, mutta näkevät hänet eri näkökulmasta. Suun terveydenhuollossa pääpaino on purentaelimen alueella ja avosairaanhoidossa hoidetaan potilasta laajempänä kokonaisuutena. Tavoite kaikilla terveydenhuollon ammattilaisilla on kuitenkin yhteinen. Tavoitteena on tarjota hyvää palvelua ja hoitoa oikeudenmukaisesti. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden eettisenä lähtökohtana on arvostaa asiakkaiden itsemääräämistä ja oikeutta tehdä valintoja omasta hoidostaan. Asiakkaiden perusoikeuksia tulee kunnioittaa ja asiakkaita tulee kohdella yhdenvertaisesti ja tasapuolisesti. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE on laatinut eettiset suositukset sosiaali- ja terveysalalle. Suositus sisältää viisi eri kohtaa:

1. Asiakkaiden ihmisarvoa tulee kunnioittaa,
2. Sosiaali- ja terveydenhuollon lähtökohtana on asiakkaan etu,
3. Sosiaali- ja terveydenhuollossa ammattilaisten ja asiakkaiden kommunikointi on vuorovaikutteista,
4. Ammattihenkilöstö vastaa oman työnsä laadusta,
5. Eettisyys toteutuu päätöksenteossa kaikilla tasoilla. (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011, 5 – 9.)

Kunnan terveyden edistämistyötä tukee ja jäsentää terveyden edistämisen laatusuositus (2006). Laatusuositus antaa esimerkkejä terveyden edistämisen eri aihealueista, joilla kunta voi parhaalla mahdollisella tavalla edistää asukkaiden terveyttä. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 55–56.) Käypä hoito -suositukset ovat tutkimusnäyttöön perustuvia hoitosuosituksia. Ne sisältävät terveyden ja sairauden eri aihealueisiin liittyviä hoito- ja ennaltaehkäisy-suosituksia. Käypä hoito -suositukset on tarkoitettu sekä terveydenhuollon ammattilaisten että kansalaisten käyttöön. Diabeetikoille on laadittu käypä hoito -suositus vuonna 2011, joka on päivitetty vuonna 2013. Se sisältää aikuisen diabeetikon ennaltaehkäisyä, hoitoa ja diagnostiikkaa. (Diabetes: Käypä hoito-suositus, 2013.)

4.2 Diabeteshoitajien ja suun terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä diabeetikoiden hoidosta

Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus on aloittanut toimintansa 1.1.2011. Se tuottaa palveluja Jyväskylän, Muuramen, Hankasalmen ja Uuraisten kunnan alueille. Terveyskeskuspalveluiden piiriin kuuluu osana suun terveydenhuolto. Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen suun terveydenhuolto palvelee 15 eri hoitolassa, jotka sijaitsevat Jyväskylässä, Hankasalmella, Muuramessa ja Uuraisilla. Ennen Jyväskylän yhteistoiminta-alueen syntyä terveyskeskuspalveluja tuottivat Jyväskylän kaupunki omalle alueelleen, niin sanotulle vanhalle kaupungin alueelle, Korpilahti – Muuramen terveydenhuollon kuntayhtymä Muuramen ja Korpilahden alueelle, Hankasalmen kunta omalle alueelleen ja Palokan terveydenhuollon kuntayhtymä Uuraisten ja silloisen Jyväskylän maalaiskunnan alueelle. Eri palveluntuottajilla on erilaiset tavat toimia ja yhdistymisen myötä yhteistoiminta-alueella on käytössä useita eri toimintatapoja.

Tammi- ja helmikuussa 2013 lähetettiin sähköpostilla kysymykset diabeetikon hoidosta vastaaville diabeteshoitajille ja sattumanvaraisesti valituille henkilöille suun terveydenhuollon eri toimipisteissä Jyväskylän yhteistoiminta-alueella. Kysymykset lähetettiin viidelle (5) diabeteshoitajalle Hankasalmelle, keskustaan, Kyllöön, Palokaan ja Vaajakoskelle sekä kahdeksalle (8) eri suun terveydenhuollon yksikölle. Jäljelle jääneet seitsemän (7) yksikköä olivat vanhan Jyväskylän kaupungin yksiköitä, joiden puolesta vastasi yksi henkilö. Diabeteshoitajista vastasi kaksi henkilöä ja suun terveydenhuollosta vastuksia tuli viisi kappaletta.

Kysymykset, jotka lähetettiin diabeteshoitajille ja suun terveydenhuoltoon, olivat avoimia kysymyksiä, koska avoimet kysymykset antavat mahdollisuuden vastaajille ilmaista omin sanoin itseään. Avoimet kysymykset eivät ehdota vastauksia, vaan vastaukset osoittavat, mikä on tärkeää vastaajien ajattelussa. Kysymykset pyrittiin tekemään mahdollisimman selkeiksi ja lyhyiksi, jotta vas-

taajien on helpompi ne ymmärtää. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2010, 201 - 202.)

Diabeteshoitajille esitetyt kysymykset:

1. Millainen näkemys teillä on diabeetikoiden hoidosta tulevaisuudessa?
2. Millaiset valmiudet teillä työntekijöinä on kehittää diabeetikoiden hoitoa?
3. Millaisia toiveita teillä on diabeteksen hoidon kehittämiseksi?

Suun terveydenhuollolle esitetyt kysymykset:

1. Mitä kautta diabeetikot tulevat hammashoitolaan? Lähettääkö/ varaako diabeteshoitaja ajan hammashoittoon?
2. Ovatko diabetesta sairastavat henkilöt teillä kutsujärjestelmässä vai huolehtivatko he itse säännöllisistä suun terveydentarkastuksista?
3. Millaista yhteistyötä teillä on diabeteshoitajan kanssa? Tiedätkö diabeteshoitajan huomioivan suunterveyden asioita hoitokäynneillä?

Sähköpostikyselyn tulokset

Diabeteshoitajat näkivät tulevaisuuden synkkänä, koska heidän mukaansa diabeteksen erikoisosaamista ei hyödynnetä tarpeeksi ja konsultointi jää vähäiseksi. Epäilynä oli, että 1- tyypin diabeteksen hoito siirtyy tulevaisuudessa aluehoitajille. Potilaan yksilöllinen hoitaminen jää vähemmälle ja massoja hoidetaan tietyllä sapluunalla. Hoidon piiriin omatoimisesti hakeutuvat saavat aktiivisempaa ja uusinta hoitoa. Ongelmana nähtiin väliinputoajat ja diabeetikot, jotka eivät halua tai eivät pysty käymään vastaanotolla eivätkä omatoimisesti hakeudu hoitoon. Yhtenäisesti hoitajat olivat sitä mieltä, että diabeetikoita tulisi lähettää hoidonohjaukseen aktiivisemmin, koska internetin avulla ei päästä

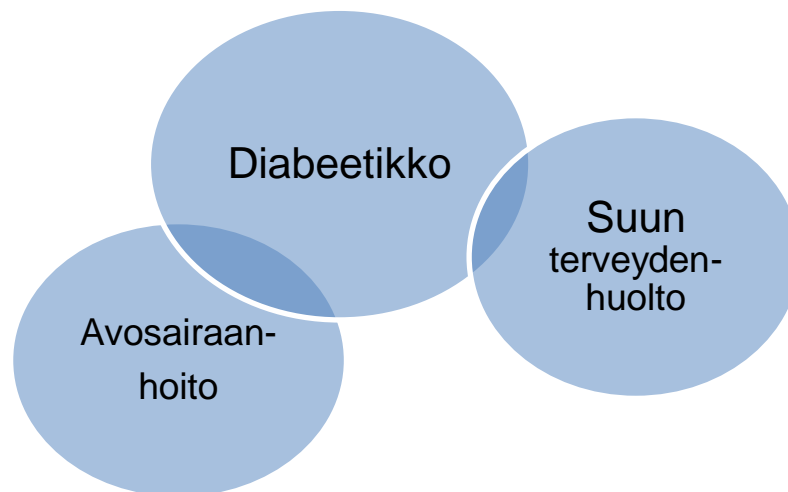
riittävän hyviin hoitotuloksiin. Internetin kautta saatava informaatio koettiin hyvänä lisänä diabeteksen hoidossa, mutta potilaiden omahoidon ohjauksen tukemiseen tarvitaan asiantuntijan apua. Tärkeänä koettiin myös mentorointi, jonka avulla kokeneiden hoitajien hiljainen tieto saadaan siirtymään uusille hoitajille. Työntekijöillä on hyvät valmiudet kehittää työtään, kunhan siihen annetaan vain mahdollisuus. Hoitajat kokivat, että kehittämisen ohjeistus tulee ylhäältäpäin, eikä siihen voi vaikuttaa oman työn kehittämisen näkökulmasta. Koulutuksesta saatua tietoa ja taitoa jokainen soveltaa käytäntöön parhaaksi katsomallaan tavalla. Aika, resurssit sekä mielenkiinnon puute lääkäreillä ja hoitajilla rajoittivat mahdollisuutta kehittää omaa työtään. Vastauksissa ilmeni huoli siitä, kuinka saataisiin hoidon piiriin ne diabeetikot, joilla menee huonommin. Kutsujärjestelmän kehittäminen nousi yhdeksi ideaksi.

Suun terveydenhuollolle esitettyjen kysymysten pohjalta ilmeni, että suun terveydenhuollon eri hoitoloissa on erilaisia käytäntöjä diabeetikon hoidossa. Jyväskylän vanhan kaupungin alueella on ollut toiminnassa lähete-käytäntö. Diabeteshoitaja tai lääkäri tekee lähetteen suun erikoishoidon yksikköön uudesta diabetespotilaasta. Lähetteen katsonut hammaslääkäri määrittää sopivan hoitopaikan potilaalle. Muissa vastauksissa kävi ilmi, että diabeetikot varaavat itse aikansa suun terveydenhuoltoon. Useimmissa vastauksissa kävi ilmi myös, että diabeteshoitaja kehottaa diabeetikkoa varaamaan aikaa suun terveystarkastukseen. Jyväskylän vanhan kaupungin alueella on käytössä kutsujärjestelmä niin sanotuille riskipotilaille. Kutsujärjestelmässä oleville henkilöille menee yksilöllisen kutsuvälin mukaan postitse aika suun terveyden tarkastukseen. Labiilia diabetesta sairastavat asiakkaat kuuluvat tähän riskiryhmään. Muissa suun terveydenhuollon yksiköissä kutsujärjestelmää ei ole käytössä, vaan diabeetikkoa muistutetaan suun terveystarkastusten yhteydessä seuraavan ajan omatoimisesta varaamisesta. Vastausten mukaan yhteistyötä diabeteshoitajien kanssa oli vain Jyväskylän vanhan kaupungin alueella. Muissa suun terveydenhuollon yksiköissä ei ollut yhteistyötä diabeteshoitajien kanssa, mutta asiakkaiden antaman palautteen mukaan suun terveydestä oli käyty keskustelua diabeteshoitajan kanssa ainakin osassa toimipisteistä.

Avosairaanhoito ja suun terveydenhuolto toimii kumpikin omissa toimintajärjestelmissään eikä yhteistyötä juuri ole. Toisen yksikön toimintajärjestelmät ovat vieraat, jonka vuoksi myös yhteydenpito yksiköiden välillä on vähäistä. Avosairaanhoidolla ja suun terveydenhuollolla on omat potilastietojärjestelmän osat, joihin potilastiedot kirjataan. Yhteinen foorumi, josta hoitotiedot ja tavoitteet näkyisivät molemmille toimintajärjestelmille, puuttuu. Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus on laaja yhteisö, jossa on käytössä eri toimintamalleja. Toimintamallien ja työnjaon muutoksista koetaan pelkoa, koska terveydenhuollon henkilöstö ei tunne koulutuksensa vastaavan uusia muutoksia.

5 Diabeteksen hoidon yhteistyömalli

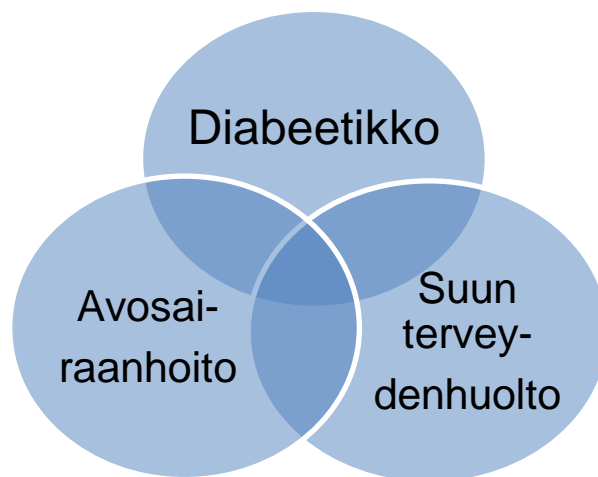
Yhteistyömalli syntyi avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon toimintajärjestelmien kuvauksen, sähköpostikyselyn sekä kirjallisuuden pohjalta. Viitekehystenä on käytetty terveyshyötymallia, joka auttaa jäsentämään diabeetikon hoidon yhteistyön elementtejä eri osa-alueisiin. Jyväskylän yhteistoiminta-alueella diabeetikoiden suun terveyden edistäminen on ollut suurimmaksi osaksi suun terveydenhuollon vastuulla. Yhteistyö avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon välillä on ollut vähäistä kun taas avosairaanhoidon ja diabeetikon yhteistyö on ollut tiiviimpää. (ks. kuvio 4).



KUVIO 4. Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon yhteistyö diabeetikon hoidossa

Avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon toimintajärjestelmämalleista ilmeni, että kummastakin toimintajärjestelmästä löytyi yhteisesti käytössä olevia välineitä ja kumpaakin ohjasivat samat säännöt, mutta niiden hyödyntäminen yhteistyön apuna oli vielä puutteellista. Kumpikin toimintajärjestelmä toimii samassa yhteisössä eli Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksessa, mutta yhteistyö on kuitenkin vähäistä. Avosairaanhoitoon ja suun terveydenhuoltoon lähetetystä sähköpostikyselystä ilmeni että, diabeteshoitajilla on huoli niistä diabeetikoista, jotka eivät itse aktiivisesti hoida sairauttaan eivätkä haakeudu hoitoon. Diabeteshoitajat toivoivat diabeetikkoja lähetettävän enemmän diabeteksen hoidonohjaukseen, jossa etsitään keinoja omahoidon toteuttamiseen yhdessä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa. Kyselystä ilmeni myös, että diabeteksen kontrollikäynneillä suun terveyttä ei juurikaan huomioida. Diabeetikon suun terveyden edistäminen jää suurimmaksi osaksi suun terveydenhuollon tehtäväksi. Diabeetikoita ei kutsuta järjestelmällisesti suun terveys-tarkastuksiin vaan ajan varaaminen suun terveydenhuoltoon jää diabeetikon oman aktiivisuuden varaan. Sähköpostikyselyssä ilmeni avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon yhteistyö hyvin vähäiseksi.

Opinnäytetyönä valmistuvan avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon yhteistyömallin avulla parannetaan diabeetikoiden moniammatillista hoitoa sekä yhtenäistetään hoitokäytänteitä. Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon yhteistyömallilla pyritään tasapainoiseen yhteistyöhön diabeetikon parhaaksi (ks. kuvio 5).



KUVIO 5. Diabeteksen yhteistyömallin avulla saavutetaan moniammatillinen ja tasapainoinen diabeteksen hoito.

Omahoidon tuki

Omahoidon tukeminen on nykypäivää ja tärkeää osa hoitoa. Potilasta tulee ohjata parhaalla mahdollisella tavalla hyvään omahoitoon. Diabeetikko viettää terveydenhuollon ammattilaisen luona vain muutaman tunnin vuodessa, joten omahoidon tuen merkitys on suuri. Terveydenhuollolla on vastuu potilaan sairauenhoidosta, mutta potilaalla on vastuu oman sairautensa hoidosta. Omahoitoa tukevien terveydenhuollon palvelujen kohdistaminen tulee olla potilaslähtöistä. (Leppäkoski & Lehtovuori 2010.)

Hyvään omahoitoon diabeetikkoa kannustetaan motivoivalla, voimaannuttavalla ohjuksella. Pyrkimyksenä on löytää potilaan omasta hoidosta kaikki positiiviset asiat ja kannustaa potilasta niiden ylläpitämiseen. Haastavimmat asiat otetaan puheeksi ja motivoidaan potilasta muutokseen. Potilaalle annetaan mahdollisuus itse miettiä, miten hän pyrkii muutokseen haasteellisessa tilanteessa. Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksessa on otettu käyttöön työkalu potilaan roolin vahvistamiseksi ja omahoidon tehostamiseksi. Käytössä on arviointilomake/ omahoitolomake. Omahoidon arviointilomakkeen käyttöönotto auttaa potilasta kiinnittämään huomion uudella tavalla ongelmakohtiin ja antaa potilaalle aktiivisemmän roolin. Omahoitoon sitoutuminen on näin mielekkäämpää. Pienikin muutos ja siinä onnistuminen motivoi potilasta jatkamaan omaa hoitoaan. Elämäntapoihin vaikuttaminen on tärkeä osa hoitoa, mutta valtaosa lääkäreistä ja hoitajista pitävät omia ohjauksen ja motiivoinnin taitojaan riittämättöminä (Jallinoja, Absetz, Kuronen, Nissinen, Talja, Uutela & Patja 2007). Lääkäreiden ja hoitajien tulee saada koulutusta potilaiden ohjaukseen ja motivointiin tarpeidensa mukaan. Jyväskylän yhteistoiminta-alueella käydään kehityskeskusteluissa lävitse hoitajien ja lääkäreiden tarvetta opiskelulle. Kehityskeskustelussa suunnitellaan henkilökunnan kehittämisen tarpeet vuodeksi kerrallaan.

Suun terveys tulee ottaa osaksi diabeetikon hoidon ohjausta. Suun terveys tulee kirjata terveys- ja hoitosuunnitelmaan, kuten muutkin diabeetikon hoidon

osa-alueet. Terveys - ja hoitosuunnitelma tulee olla niin avosairaanhoidon kuin suun terveydenhuollon yhteisessä käytössä ja sinne tulee kirjata myös suun terveydentila ja omahoidon tavoitteet. Avosairaanhoito ja suun terveydenhuolto näkevät terveysterveys- ja hoitosuunnitelmasta, milloin ja miten potilasta on ohjattu ja koska on seuraava käynti terveydenhuollon ammattilaisen luona. Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksessa avosairaanhoidolla ja suun terveydenhuollolla ei ole käyttöoikeutta kaikkiin toisen toimintajärjestelmän potilastietojärjestelmiin, jolloin suun terveydenhuolto ei pääse välttämättä näkemään diabeetikolle laadittua terveysterveys- ja hoitosuunnitelmaa. Avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon tulee yhteisesti sopia minne terveysterveys- ja hoitosuunnitelma kirjataan niin, että se palvelee kumpaakin toimintajärjestelmää. Suun terveydenhuollon tulee kirjata terveysterveys- ja hoitosuunnitelmaan diabeetikon suun terveyden omahoidon tavoitteet yhdessä diabeetikon kanssa.

Diabeteshoitajat keskustelevat suun terveydestä diabeetikon kanssa melko vähän (Karikoski 2012, 27 – 30). Suun terveydestä keskustelu tulee kuulua jokaiseen tapaamiseen kuten muutkin diabeetikon hoitoon liittyvät osa-alueet. Säännöllinen suun terveydestä keskustelu ja omahoidon tukeminen vähentää muun muassa diabeetikon iensairauksia (Karikoski ym. 2003). Jyväskylän yhteistoiminta-alueella suun terveyden huomioiminen ei kuulunut sähköpostikyselyn mukaan järjestelmällisesti diabeetikoiden hoidonohjaukseen. Diabeetikon kontrollikäynnillä avosairaanhoidossa suun terveyden huomioimiseksi riittää, kun diabeetikolta kysytään kuinka suun omahoito on onnistunut ja kerrotaan tarvittaessa terveysterveys- ja hoitosuunnitelmassa olevat suun omahoidon tavoitteet.

Palveluvalikoima

Diabetesta sairastavan on tärkeää saada vertaistukea muilta diabeetikoilta. Diabeetikoiden suun terveyden edistäminen ja diabeteksen hoidon ohjaus voidaan järjestää vertaistukiryhmänä. Perinteinen luentosarja ei välttämättä tuo potilaille tarvittavaa hyötyä tai hoitomyönteisyyttä samalla tavalla kuin omakohtaiset kokemukset. Ryhmän vetäjänä toimii diabeteshoitaja ja suuhygienisti. Ryhmässä potilaat voivat keskustella vapaamuotoisesti kokemuksis-

taan. Halutessaan potilaat saavat neuvoa asiantuntijoilta. Jyväskylän yhteistoiminta-alueella ryhmät toimivat asiantuntija vetoisena ja niihin osallistuvien määrä on vähäinen.

Potilaan hoito tulisi järjestää hänelle helpoksi ja joustavaksi. Yhdellä käynnillä potilas käy diabeteshoitajan ja lääkärin vastaanotolla. Ihanteellista olisi, jos potilas pääsisi hoitajan, lääkärin ja suun terveydenhuollon vastaanotolle vaikka samana päivänä. Potilaan juoksuttaminen useana eri päivänä luukulta toiselle turhauttaa häntä. Pitkien matkojen päässä olevat terveyskeskukset ja töistä pois jääminen kontrollikäyntien vuoksi voi olla potilaalle taloudellisesti haastavaa.

Päätöksenteon tuki ja kliiniset tietojärjestelmät

Päätöksenteon tukena terveydenhuollossa on Käypä hoito - suosituksia, joita tulee hyödyntää diabeetikon hoidossa. Terveys­huollon ammattilaisille tulee neuvoa mistä Käypä-hoito suositukset löytyvät ja motivoida heitä niiden käyttöön. Käypä-hoito suositusten käyttö on ollut vähäistä terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa. Eniten kriittisyyttä on aiheuttanut hoitosuosituksien saatavuus. (Korhonen ym. 2010, 3 – 16.) Nykyinen teknologia antaa mahdollisuuden linkittää tärkeitä suosituksia tietokoneen työpöydälle. Tällöin ohjeistukset ovat helposti työntekijän saatavilla ja helpottavat näin päätöksentekoa. Hoitotyöntekijöiltä vaaditaan positiivista asennetta tieteellisen tiedon käyttöön­ottoon (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011). Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksella on käytössä valtimotautien hoitokartta, josta löytyy päätöksentuen elementtejä diabeetikon kanssa työskenteleville terveydenhuollon ammattilaisille. Hoitokartta löytyy Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen intranetistä.

Sähköinen asiointipalvelu helpottaa potilasta yhteydenotossa. Matkapuheli­men ja internetin käyttöä tulee kehittää potilasturvallisemmaksi. Tulevaisuu­dessa potilas voi lähettää tekstiviestin hoitajalle ja hoitaja vastaa viestiin mah­dollisimman nopeasti. Potilaiden yhteydenotto helpottuu, eikä vastauksia tar­

vitse odottaa viikkoja. Jyväskylän kaupunki ottaa käyttöön syksyllä 2013 sitoutumattoman verkkosivuston, joka on nimeltään *Terveyttä ja hyvinvointia* (hyvis.fi). Sen kehittämisessä on huomioitu palvelun helppokäyttöisyys ja sopivuus erilaisille käyttäjille. Jyväskylän yhteistoiminta-alueen diabeetikot voivat hyödyntää verkkosivustoa omahoidon tueksi. Verkkosivut tarjoavat luotettavaa tietoa potilaan käyttöön. Jatkossa verkkosivustolle voitaisiin linkittää luotettavia aineistoja omahoidon tueksi. Tällä hetkellä Hyvinvointipolku ja terveystarkastuksen verkkosivut ovat kaikkien Jyväskylän yhteistoiminta-alueen asiakkaiden käytössä ja ne sisältävät tietoa terveydestä ja antavat elämäntapa ohjausta. (Jyväskylän kaupunki 2013.)

Diabeetikot käyvät melko säännöllisesti diabeteksen kontrollikäynneillä, mutta hyvin harva diabetesta sairastava varaa ajan säännöllisiin suun terveystarkastuksiin (Karikoski 2012, 27 - 30). Diabeetikoille tulisi olla kutsujärjestelmä suun terveystarkastuksiin, kuten silmänpohjakuvauksiin. Systemaattinen kutsujärjestelmä takaa diabetespotilaalle säännöllisen suun terveystarkastuksen ja hoidon. Kutsu lähetetään potilaalle kerran vuodessa. Vuosikontrollissa suuhygienisti tekee hampaiden tarkastuksen sekä antaa tarvittavaa ohjausta ja materiaalia. Käynnit kirjataan potilaan hoito - ja palvelusuunnitelmaan, mikä on kaikkien hoitoon osallistujien ja potilaan omassa käytössä. Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen terveydenhuollon ammattilaisille lähetetyn sähköpostikyselyn mukaan vain muutamassa paikassa lähetettiin kutsu labiilia diabetesta sairastavalle suun terveystarkastukseen. Suurimmassa osassa suun terveydenhuollon toimipisteitä säännöllisten suun terveystarkastusten järjestäminen jäi diabeetikon omalle vastuulle.

Palveluntarjoaja ja yhteisöt

Yhtenäistettäessä uusia toimintatapoja johdon tuen merkitys on suuri. Toimivakin malli vaatii jatkuvaa kehittämistä ja päivittämistä. Hoitohenkilökunnan koulutus ja koulutuksesta saatu tietotaito on tuotava käytäntöön. On tärkeää pysyä ajan tasalla ja oppia uutta koko työelämän ajan. Yhteiset koulutukset avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon kanssa lisäävät yhteistyön tärkeyden merkitystä. Yhteiset koulutukset auttavat tutustumaan ja luomaan kon-

takteja toiseen toimintajärjestelmään. Molemmissa ammattiryhmissä on erikoisosaamista ja sen hyödyntäminen on kustannustehokasta organisaatiolle.

Kolmannen sektorin hyödyntäminen diabeteksen hoidossa vaatii myös yhteistyötä. Kolmannen sektorin luomista mahdollisuuksista ei juuri keskustella diabetespotilaan kanssa. Terveysthuollon ammattilaisten tulee kertoa kolmannen sektorin olemassaolosta ja sen antamista palveluista. Diabetesyhdistykset ja niiden hyödyntäminen mahdollistaa diabeetikoille erilaisia kursseja ja koulutuksia. Yhdistysten järjestämissä koulutuksissa voi olla mukana terveydenhuollon ammattilaisia. Diabeteshoitajat ja suuhygienistit voivat olla kolmannen sektorin järjestämissä koulutuksissa mukana.

6 Pohdinta

Diabetes lisääntyy huimaa vauhtia ja sen hoitaminen vie huomattavan osan terveydenhuollon menoista. Diabeteksen hoidossa huomioidaan ihminen kokonaisvaltaisesti. Suun terveys vaikuttaa myös diabeteksen hoitotasapainoon, mutta sen huomioiminen diabeteksen hoidossa on jäänyt taka-alalle. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää yhteistyömalli diabeteksen moniammatillisen hoidon avuksi. Tavoitteena oli kehittää diabeetikon hoitoa ja yhtenäistää hoitolinjoja Jyväskylän yhteistoiminta-alueella.

Terveysyötymallin käyttö diabeteksen hoidossa on todettu vaikuttavaksi niin kliinisten tulosten kuin diabeetikon omahoidon kannalta (Piatt ym. 2006). Terveysyötymallin kuusi elementtiä selkeyttävät hoitoa ja nostavat esiin tärkeitä hoidossa huomioitavia osa-alueita. Perekhytämme terveysyötymalliin sen käyttäminen diabeteksen moniammatillisen yhteistyön viitekehyksenä tuntui tarkoituksenmukaiselle. Terveysyötymallin käyttö tukee avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon yhteistyön kehittämistä.

Potilaiden eriarvoisuuden vähentämisessä suureksi haasteeksi jää, kuinka saamme yhtenäistettyä diabeteksen avosairaanhoidon ja suun terveyden yhdeksi kokonaisuudeksi. Toimintatapojen erilaisuus saman organisaation sisällä tulisi olla vähäistä. Tarvitsemme tulevaisuudessa asiantuntijaosaamista diabeetikoiden hoidossa ja jokaisessa ammattiryhmässä olevaa tietotaitoa on yhdistettävä, jotta saamme diabeetikolle laadukkaan yhtenäisen hyvän hoidon. Ammatillinen osaaminen ja sen ylläpitäminen on yksi haaste terveydenhuollon menestykselle. Lisäksi hoitajien haasteeksi jää kehittää näyttöön perustuvaa hoitotyötä (Korhonen, Ukkola & Isola 2008, 127).

Pitkäaikaissairaiden hoito tulisi nähdä kokonaisena hoitoprosessina ja sitä tulisi tarkastella potilaan näkökulmasta. Potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää yhtenäistää hoitoa jokaisen terveysaseman välillä. Yhteistyö avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon ammattilaisten välillä on ollut vähäistä, jonka vuoksi myös diabeetikoiden suun terveyden edistäminen on ollut suurimmaksi osaksi suun terveydenhuollon vastuulla. Suun terveyden edistäminen on tärkeä osa diabeetikon kokonaishoitoa. Suun terveyden huomioiminen diabeteksen kontrollikäynneillä vaatii terveydenhuollon ammattilaisilta ymmärrystä suun terveyden ja yleisterveyden välillä. Jyväskylän yhteistoiminta-alue on vielä uusi organisaatio ja muutoksia ilmenee jatkuvasti eri yksiköissä. On erittäin haastavaa saada muutoksia aikaiseksi kun, jokainen yksikkö joutuu muuttamaan omaa työtään aika – ja raha resurssien takia.

6.1 Diabeteksen hoidon yhteistyömallin käytettävyys

Avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon ammattilaiset kohtaavat saman ihmisen, mutta he näkevät tämän eri näkökulmista. Tavoitteen tulee kuitenkin olla yhteinen eli potilaan hyvä ja oikeudenmukainen hoito sekä ohjaus. Diabeteksen hoidon yhteistyömalliin ilmeni tarve käytännön työn kautta. Suuri osa diabeetikoista ei tiedä suun terveydentilan vaikuttavan diabeteksen hoitotasapainoon. Diabeteksen hoidon tulisi olla kokonaisvaltaista, mutta suun terveys on jätetty hyvin vähälle huomiolle. Yhteistyön lisääminen diabeetikoita hoitavan avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon välillä parantaa diabeetikon

hoitoa. Tutkimuksissa ilmenee selkeästi tarve diabeetikon suun terveyden huomioimiselle (Diabetes: Käypä hoito-suositus, 2013; Heikka ym. 2009, 267-268; Nissinen 2009, 7).

Terveyshyötymalli jaottelee diabeteksen hoidon tärkeät osa-alueet selkeästi. Terveyshyötymallin käyttö diabeteksen moniammatillisen hoidon viitekehiksenä auttaa huomioimaan useita hoidon kannalta tärkeitä osa-alueita. Omahoidontuki on tärkeässä roolissa diabeteksen jokapäiväisessä hoidossa. Omahoidontukeen liittyy vahvasti terveys- ja hoitosuunnitelma. Sen käyttö on vielä vähäistä, mutta toivottavasti tulevaisuudessa sen käyttö lisääntyy muun muassa diabeteksen hoidossa. Terveys- ja hoitosuunnitelma tukee avosairaanhoidon, suun terveydenhuollon ja potilaan yhteistyötä sekä auttaa hoidon tavoitteiden konkretisointia. Palveluvalikoima auttaa löytämään erilaisia hoidon mahdollisuuksia potilaasta riippuen. Palveluvalikoima mahdollistaa potilaalle parhaiten sopivaa hoitoa ja ohjausta. Sosiaalinen henkilö hakee mielellään tukea ryhmästä. Joku toinen asioi mieluummin puhelimen tai internetin välityksellä. Annettaessa mahdollisuuksia potilas saa valita itselleen parhaiten hyötyä tuovan hoito- ja ohjausmuodon. Päätöksenteon tuen ja tietojärjestelmien mahdollisuudet ovat tänä päivänä laajat. Uusia suosituksia ja tietoteknisiä ratkaisuja kehitetään jatkuvasti, tämä luo terveydenhuollon ammattilaisille haasteita pysyä mukana kehityksessä. Palveluntarjoajan ja yhteisöjen yhteistyö auttaa kokonaisvaltaisen diabeteksen hoidon onnistumisessa. Tutustuminen diabeteksen hoidon kannalta toisiin olennaisiin toimintajärjestelmiin luo hyvän pohjan yhteistyölle. Tuttujen työkavereiden hyödyntäminen haasteellisissa tilanteissa on tällöin helppoa ja potilas saa parhaan mahdollisen hoidon ja ohjauksen.

Eettisyyden huomioiminen moniammatillista yhteistyötä kehitettäessä on tärkeä osa onnistunutta kokonaisuutta. Avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon ammattilaisten on hoitoa ja ohjausta annettaessa mahdollistettava potilaan osallisuus sekä suostumus. Avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon yhteistyötä kehitettäessä toisen toimintajärjestelmän osaamista ja kokemusta tulee arvostaa ja yhteisymmärryksessä kehittää diabeteksen hyvää hoitoa.

Eettisenä näkökulmana voidaan nähdä myös terveydenhuollon palvelujen tassa-arvoinen tarjonta. Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen alue on laaja ja diabeetikon hoito tulisi olla yhdenmukaista koko alueella.

6.2 Diabeteksen yhteistyömallista nousseet haasteet ja jatkokehittämissaasteet

Haasteeksi jää kuinka saadaan yhteistyömalli tai sen osia tuotua käytännön työhön. Kuinka motivoituneita terveydenhuollon ammattilaiset ovat uudistamaan jo opittua vanhaa käytännettä. Suurena haasteena terveydenhuollon ammattilaisille nousee se, kuinka saadaan potilaat motivoitua omaan hoitoonsa ja saadaan heistä aktiivisia osallistujia. Haasteena nousee myös, kuinka muodostetaan ryhmäohjauksesta niin mielenkiintoista, että potilaat osallistuvat siihen. Jatkokehittämishaasteeksi jääkin selvittää ryhmäohjauksen hyödyt verrattuna yksilöohjaukseen avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon näkökulmasta. Diabeteksen hoidon yhteistyömallin jalkauduttua käytäntöön on mielenkiintoista nähdä, kuinka diabeetikoiden suun terveydentilanne ja diabeteksen hoitotasapaino muuttuu.

TAULUKKO 3. Opinnäytetyöstä nousseet diabeteksen moniammatillisen hoidon kehittämisen tarpeet ja toimenpiteet

Kehittämisen tarve	Toimenpiteet
Motivoiva, voimaannuttava diabeteksen ohjaus.	Koulutus terveydenhuollon ammattilaisille.
Terveys- ja hoitosuunnitelman laatiminen.	Avosairaanhoidolle ja suun terveydenhuollolle yhteisessä käytössä oleva terveys- ja hoitosuunnitelma.
Suun terveyden huomioiminen jokaisella kontrollikäynnillä.	Yhteiset ohjeet jokaiselle diabeetikon hoitoon osallistuvalla terveydenhuollon ammattilaiselle.
Diabeteksen kontrollikäyntien ja suun terveystarkastuksen keskittäminen samalle päivälle.	Potilaalle mahdollisuus saada kontrolliajat yhdestä numerosta ja käynnit keskitetään samalle päivälle
Vertaistukiryhmät, joissa mukana suun terveydenhuollon ammattilainen	Yhteistyössä avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon kanssa järjestettävät diabeteksen ryhmätapaamiset
Käypä-hoito suositusten käyttäminen päätöksenteontukena.	Tarvittavat suositukset tietokoneen työpöydälle, helposti saataville.
Diabeetikoiden säännölliset suun terveys tarkastukset	Kutsujärjestelmä, diabeetikoille lähetetään kutsu suunterveys tarkastukseen vuosittain.
Yhteistyön lisääminen avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon välille.	Yhteiset koulutustilaisuudet
Kolmannen sektorin hyödyntäminen	Yhteistyön lisääminen

Lähteet

A 30.3.2009/298. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Finlex- ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 25.1.2013

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=30.3.2009%2F298>

Absetz, P. 2013. Motivoivan ja voimaannuttavan ohjauksen perusteet. Luento 12.3.2013

Absetz, P. 2009. Yhteisöllinen terveyden edistäminen – teoriaa ja käytäntöä. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 14.10.2012.

<Http://www.ktl.fi/ate/doc/muu/absetz.pdf>

Bell, A.M., Fonda, S.J., Walker, M. S., Schmidit,V. & Viqersky, R. A. 2012. Mobile phone-based video messages for diabetes self-care support. Diabetes SciTechnol. Viitattu 14.10.2012. <Http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, PupMed.

Berben, L., Bogert, L., Leventhal, M.E., Fridlun, B., Jaarsma, T., Norekvål, T.M., Smith, K., Strömberg, A., Thompson, D.R. & De Geest, S. 2010. Which interventions are used by health care professionals to enhance medication adherence in cardiovascular patients? A survey of current clinical practice. Viitattu 16.4.2012. <Http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, PubMed.

Diabetes. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki:Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013 (viitattu 17.9.2013). Saatavilla Internetissä:

www.kaypahoito.fi

Diabetesliitto. 2013. Diabeetikon omanhoidontukeminen. Viitattu 27.3.2013.

http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/dehko/tietopankki/diabeetikon_omahoidon_tuki

Dierick-van Daele,A.T., Steuten,L.M., Romeijn,A., Derckx,E.W. & Vrijhoef,H.J. 2011. Is it economically viable to employ the nurse practitioner in general practice? Viitattu 14.4.2013. <Http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Pub-Med.

Engeström, Y. 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Tampere: Vastapaino.

Espoon kaupunki. 2012. Omahaito. Viitattu 10.10. 2013.
<http://www.espoo.fi/omahoito>

Euroopan komissio. 2013. Liikenne ja liikkuminen. liikenneturvallisuus. Viitattu 28.8.2013.
http://ec.europa.eu/transport/road_safety/topics/behaviour/fitness_to_drive/index_fi.htm

Frei, A., Chmiel, C., Schläpfer, H., Birnbaum, B., Held, U., Steurer, J. & Rosemann, T. 2010. The chronic care for diabetes study. Cardiovascular diabetology. Viitattu 10.3.2013. <http://www.cardiab.com/content/9/1/23>

Grönvall, U. 2013. Jorvi kokoaa ykköstyypin diabeetikot. Sähköposti. 17.6.2013. Kohdistettu Jyväskylän diabetestöryhmälle.

Heikka, H., Hiiri, A., Honkala, S., Keskinen, H. & Sirviö, K. 2009. Terve suu. Helsinki: Duodecim

Heikkinen, H., Rovio, E & Syrjälä, L. Toim. 2008. Toiminnasta Tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3.korj.painos. Kansanvalistus-seura. Helsinki.

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15–16 painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Holopainen, A. Korhonen, T. Miettinen, M. Pelkonen, M. & Perälä, M-L. 2010. Hoitotyön käytännöt yhtenäisiksi - toimintamalli näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseksi. Premissi 1, 38–45.

Ilanne-Parikka, P. 2011. Tyypin 1 diabeetikon insuliinihoito. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Viitattu 1.3.2013.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=ilanne-parikka&Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo99854

Ilanne-Parikka, P. 2012. Luentokalvot. Tyypin 1 diabeetikon hoidon tehostaminen 3-9.9.2012.

International Diabetes Federation. 2013. Viitattu 22.2.2013.
<http://www.idf.org/worlddiabetesday/champions>

International Diabetes Federation. 2007. Diabetes and oral health. Viitattu 22.2.2013. <http://www.idf.org/guidelines/diabetes-and-oral-health>

International Diabetes Federation. 2009. Oral health for people with diabetes. Viitattu 21.9.2012. http://www.idf.org/webdata/docs/OralHealth_EN_RTP.pdf

Jyväskylän kaupunki. 2013. Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus. Viitattu 15.9.2013. <Http://www.jyvaskyla.fi/terveys>

Jallinoja.P, Absetz.P, Kuronen.R, Nissinen,.A Talja.M, Uutela.A & Patja.K. 2007. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: perceptions among primary care physicians and nurses. Viitattu 21.3.2013. <Http://www.jamk.fi/kirjasto>. Nelli-portaali. PubMed.

Kallioniemi, V. 2003. Diabetes. Therapia Fennica.fi. Viitattu 11.10.2012. <http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Diabetes>

Karikoski, A. 2012. Suun terveyden edistäminen osana hoidonohjausta. Diabetes ja lääkäri 41, 2, 27 – 30.

Karikoski, A., Ilanne – Parikka, P., Murtomaa, H. 2003. Oral health promotion among adults with diabetes in Finland. Viitattu 21.9.2012. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, PubMed.

Karvonen, M. 2004. Tyypin 1 diabetes lisääntyy jatkuvasti. Kasanterveyslaitoksen julkaisu. Viitattu 1.2.2013 <http://demo.seco.tkk.fi/tervesuomi/item/kti:5470>

Kehittävän työntutkimuksen metodologia. Toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen yksikkö. Viitattu 5.1.2013. <http://www.muutoslaboratorio.fi/content.php?document=150#start>

Koikkalainen, P., Ahonen, T., Ruoranen, M., Hänninen, J., Kuusinen, A., Tiikkainen, P., Kettunen, T., Honkanen, P & Kumpusalo, E. 2012. Rautaista ammattitaitoa – terveyskeskustyö kestävä kehityksen polulla. Rautaisia ammatillaisia perusterveydenhuoltoon. Kaste. Keski-suomen sairaanhoitopiirin julkaisusarja 126/2012.

Komulainen, J. 2011. Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli (CCM) Power-Point esitys. 10.12.2012. Terveyden ja Hyvinvointilaitos. Viitattu 2.1.2013 <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tapahtumat/aineisto/2012/tk-johdon-neuvottelupaivat/Documents/2012-02-10-17-Sessio3.pdf>

Komulainen, J. Vuokko, R. & Mäkelä, M. 2011. Rakenteinen terveys- ja hoito-suunnitelma. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere. Viitattu. 5.10.2012
[Http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/890688ae-578c-4ab0-aada-1d16c3a7f79f](http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/890688ae-578c-4ab0-aada-1d16c3a7f79f)

Korhonen, A. Ukkola, L. & Isola, A. 2008. Kliinisen hoitotieteen asiantuntija toimi. Asiantuntijapaneeli tukena toimen muodostamisessa. Hoitotiede vol.20 no 3,123–127.

Korhonen, H., Kortteisto, T., Kaila, M., Rissanen, P. & Elovainio, M. 2010. Työn piirteet ja hoitoasenteet terveydenhuollon ammattilaisilla. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 47,1, 3 -16

Krans, HMJ., Porta, M., Keen, H. & Staehr-Johansen, K. 1995. (toim.) Diabetes care and research in Europe. The St. Vincent Delaration Action Programme. Implementation document. WHO.

Kuo, S., Bryce CL., Zqibor, J, C., Wolf, D, L., Roberts, MS.& Smith,KJ.2011. Cost-effectiveness of implementing the chronic care model for diabetes care in a military population. Viitattu 5.2.2013 <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, PupMed.

L 30.12.2010/1326. Terveydenhuoltolaki. Finlex- ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 25.1.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=30.12.2010%2F1326>

L 2.2.2007/61. Laki sähköisestä lääkemääräyksestä. Finlex- ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 25.1.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070061?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20s%C3%A4hk%C3%B6isest%C3%A4%20l%C3%A4kem%C3%A4%C3%A4r%C3%A4yksest%C3%A4>

L 9.2.2007/159. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisestä käsittelystä. Finlex- ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 25.1.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=9.2.2007%2F159>

L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä. Finlex- ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 25.1.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=28.6.1994%2F559>

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Finlex- ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 25.1.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=17.8.1992%2F785>

Laurant,M.G.,Hermens,R.P., Braspenning,J.C.,Akkermans,R.P. Sibbald.B& Grol.R.P. 2008. An overview of patients' preference for, and satisfaction with, care provided by general practitioners and nurse practitioners.Viitattu.6.2013.
[Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, PupMed.

Laurant, Reeves, Hermens, Braspenning, Grol & Sibbald.2005.Substitution of doctors by nurses in primary care. Viitattu 23.6.2013.
[Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, PubMed.

Lamberg, S - M., Nikulainen, L. & Routasalo, P. 2010. Diabetesta sairastavien tai diabetesriskissä olevien henkilöiden ryhmäohjaus ja siitä saatu kokemus. Suuhygienisti 19, 4, 14 – 20.

Lehto, T. 2010. Terveysthuollon ja diabetesyhdistysten yhteistyön vakiinnuttaminen pysyväksi toimintamuodoksi. Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelma (DEHKO 2000–2010). Viitattu 30.10.2012.
http://www.diabetes.fi/files/1419/Terveysthuollon_ja_diabetesyhdistysten_yhteistyon_vakiinnuttaminen.pdf

Leppäkoski, A-M. & Lehtovuori, T. 2010. Omahoito mallilla pitkäaikaissairauksien hoito haltuun. Sähköinen asiointi nyt ja tulevaisuudessa. Viitattu 15.10.2012.
<http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/E5956E22-C022-4EC0-BA60-EFBD1EEAE970/0/LehtovuoriLeppakoski.pdf>

Lyytinen, M. 2010. Pitkäaikaissairaiden terveyshyötymalli. Diabetes ja lääkäri. Diabetesliitto. Viitattu 4.2.2013.
http://www.diabetes.fi/files/1069/Diabetes_ja_laakari_-lehti_4_2010.pdf

Mitä on päätöksentuki. 2010. Potku. Potilaskuljettajan paikalle. Väli-Suomen kaste- hanke 2010- 2012. Viitattu 27.9.2012.
http://www.potkuhanke.fi/sv/dokumentit-ja-materiaalit/doc_details/10-amitaen-paetaoeksentuki

Mitä on tiedon tehokäyttö. 2010. Potku. Potilaskuljettajan paikalle. Väli-Suomen kaste- hanke 2010- 2012. Viitattu 27.9.2012.
<http://www.potkuhanke.fi/fi/dokumentit-ja-materiaalit/viewdownload/31-terveyshyotymalli/86-a-mita-on-tiedon-tehokaytto>

Mäntyranta, T. 2010. Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli. PowerPoint esitys. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 13.10.2012
http://sty.stakes.fi/NR/ronlyres/921DE433-219B-45BF-BD96-B92D77928992/16283/TainaM%C3%A4ntyraantaTTTPO_CCM_SADe_20100304.ppt.

Nissinen, A. 2009. Sinunkaupat diabeteksen kanssa. Suomen hammaslääkärilehti 16, 16, 6 – 9.

Oksman, E. & Sissio, M. Terveyshyötymalli. Potilas kuljettajan paikalla. Potku. Väli-Suomen Kaste-hanke 2011–2012. Viitattu 23.9.2012
<http://www.potkuhanke.fi/fi/terveyshyotymalli>

Omahoito.2012.Espoo. Viitattu 11.2.2013. <http://www.espoo.fi/omahoito>

Orbak, R., Simsek, S., Orbak, Z., Kavrut, F. & Colak, M. 2008. The influence of type – 1 diabetes mellitus on dentition and oral health in children and adolescents. Viitattu 11.9.2012. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, PubMed.

Patja, K., Absetz, P., Kuronen, R. & Lillrank, P. 2009. Miten kroonisten tautien ennaltaehkäisy saadaan kuntoon? Suomen Lääkärilehti 14, 1351 – 1356.
<http://www.jamk.fi/kirjasto> , Nelli-portaali, Lääkärilehti.

Piatt, G., Orchard, T., Emerson, S., Simmons, D., Songer, T., Brooks, M., Korytkowski, M., Siminerio, L., Ahmad, U. & Zgibor, J., Translating the Chronic Care Model into the community, Diabetes Care. Viitattu. 13.10.2012
<http://care.diabetesjournals.org/content/29/4/811.short>.

Reunanen.A.2005. Diabetes. Luotettavaa tietoa terveydestä. Terveyskirjasto Duodecim. Viitattu.10.10.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=suo00034

Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittymiseen. Helsinki: WSOYpro.

Saraheimo, M. 2013. Markku Saarenheimo puheenvuorossaan vaatii diabeteshoidon keskittämistä. 4.6.2013. Kansallinen diabetesfoorumi. Viitattu 11.7.2013.
<http://www.diabetesfoorumi.fi/ajankohtaista/tiedeuutisia.html>

Seppänen, S., Jokela, K., Luukkanen, M., Nikkanen, P., Partanen, T-M., Niityniemi, H. & Himanen, O. 2006. Diabeteshoitotyön erikoisosaaminen. Sairaanhoitaja-lehti. Viitattu.20.10.2012
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/shk/koti?p_haku=diabetes%20hoitaja

Siminero, L., Zgibor, J. & Solano, Jr, F. 2004. Implementing the chronic care model for Improvements in diabetes practice and outcomes in primary care: The University of Pittsburgh Medical Center Experience. Clinical Diabetes. American Diabetes Association. Viitattu 2.2.2013
<http://clinical.diabetesjournals.org/content/22/2/54.full>

Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011. ETENE- julkaisu 32. Helsinki: Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta.

Sosiaali- ja terveysalan palvelukokonaisuus. 2012. Terveyden – ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 25.1.2013.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/palvelukokonaisuudet

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoima. Rajat ylittävän terveydenhuollon ohjausryhmän palvelukoriatatyöryhmän ehdotuksia. Viitattu 2.5.2013.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511574&name=DLFE-25805.pdf.

Suomi ykkönen tyypin 1 diabeteksessä. kuva syistä kirkastuu. 2013. Diabetesfoorumi. Viitattu 15.10.2013.
<http://www.diabetesfoorumi.fi/ajankohtaista/suomi-ykkonen-tyypin-1-diabeteksessa-kuva-syista-kirkastuu.html#.Uml5dhD87ap>

Terveyden ja hyvinvointilaitos. 2013. Diabetes. Viitattu 26.3.2013.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/diabetes#eurooppa

Terveyden edistämisen laatusuositus. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 19/2006. Viitattu 26.1.2013.
<http://pre20090115.stm.fi/pr1158139777250/passthru.pdf>

Toimiva terveyskeskus vahvistaa perusterveydenhuoltoa. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2010:4. Viitattu 27.9.2012.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087418&name=DLFE-11742.pdf

Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. 2012. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2012 (viitattu 17.9.2013). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Tuura, S., Holappa, K., Huttunen, M. & Pekkala, T. 2011. Perusterveydenhuollon kehittäminen Kainuussa .Raporttikooste2010. Pohjoisen alueen Kaste. Viitattu 12.1.2013

http://maakunta.kainuu.fi/general/Uploads_files/Julkaisut/Sarja%20d/d_42_perusterveydenhuollon_kehittaminen_kainuussa.pdf

Virkkunen, H. 2012. Kansallinen terveystarkisto- KanTa. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 25.1.2013.

http://www.thl.fi/roko/vaccereg/koulutus2012/KANTA_20120514_rokotus.pdf

Wagner, E, H., Austin, B.T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J. & Bonomi, A. 2011. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. Health Affairs. . Viitattu 22.3.2013.

<http://content.healthaffairs.org/content/20/6/64.short>

Weiss, M. A & Funell, M.M. 2009. In the beginning. Setting the stage for effective diabetes care. Clinical Diabetes. Viitattu 5.10.2012

<http://clinical.diabetesjournals.org/content/27/4/149.extract>

Winell, K. 2006. Diabeteksen hoidon laatu. DEHKO- raportti 2005:4. Viitattu 30.10.2012.

http://www.diabetes.fi/files/462/2009_3_Aikuisten_diabeteksen_hoidon_laatu_ja_vaikuttavuus_2008.pdf

World Health Organization 2013. Diabetes. Viitattu 26.2.2013.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>