

**TYYPIN 2 DIABETES POTILAAN OHJAUKSEN DOKUMENTOINTI  
JA TIEDON SIIRTYMINEN HOITOKETJUSSA**

Heidi-Maarit Johansson

Terveyskasvatuksen Pro gradu- tutkielma

Jyväskylän Yliopisto

Liikunta- ja Terveystieteiden tiedekunta

Terveystieteiden laitos

Syksy 2011

## **TIIVISTELMÄ**

### **Tyypin 2 diabetes potilaan ohjauksen dokumentointi ja tiedon siirtyminen hoitoketjussa**

**Heidi - Maarit Johansson**

#### **JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO**

**Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta**

**Terveystieteiden laitos 2011**

**Pro-gradu – tutkielma 67 sivua, 3 liitettä**

---

Tyypin 2 diabetes on elintavoista johtuva, lisääntymässä oleva sairaus, jota voidaan ehkäistä ja hoitaa elintapaohjauksen avulla. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata tyypin 2 diabetespotilaan ohjauksen dokumentointia hoitoketjussa. Tutkimuksessa selvitetään ketkä toteuttavat tyypin 2 diabetes potilaan ohjausta, minkälaiset ovat ohjauksen sisällöt ja miten tieto ohjauksesta siirtyy hoitoketjun eri tasojen välillä.

Tutkimusaineisto kerättiin tyypin 2 diabetespotilaiden (n=43) potilasasiakirjoista, poimimalla sieltä kaikki terveydenhuollon ammattihenkilöiden potilasohjausta koskevat merkinnät. Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä. Tutkimustulosten mukaan potilasohjaukseen osallistuvat diabeteshoitaja, terveydenhoitaja, lääkäri, fysioterapeutti, sairaanhoitaja, jalkahoitaja, ravitsemusterapeutti, päihdetyöntekijä, sosiaalityöntekijä, mielenterveyshoitaja ja toimintaterapeutti. Keskeisimmät tyypin 2 diabetespotilaan ohjauksen sisällöt olivat: elintapaohjaus (38%) sisältäen ruokavalioon, liikuntaan ja painonhallintaan liittyvän ohjauksen, diabeteksen hoidon ja seurannan ohjaaminen (20%), lisäsairauksien ehkäisy ja hoito (21%), jatkohoidon ohjaus (14%) ja muu ohjaustoiminta (7%).

Tyypin 2 diabetes potilaan hoito keskittyi perusterveydenhuoltoon, kuten yhteisissä käytännöissä on sovittu. Ohjauksen kirjaaminen oli vähäistä. Puutteellista kirjaamisessa oli ohjauksen sisällön kuvaus ja se miten potilas koki saamansa ohjauksen. Tiedon siirtymisen kannalta keskeisiä solmukohtia olivat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon vastuut hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi ja katkenneet hoitoketjut. Tutkimustulokset antoivat tietoa siitä, miten tyypin 2 diabeteksen ohjauksen kirjaaminen toteutuu eri terveydenhuollon ammattihenkilöiden kirjaamana. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehittäessä tiedon siirtymistä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.

Asiasanat: tyypin 2 diabetes, ohjaus, dokumentointi, hoitoketju

## **ABSTRACT**

### **Type 2 diabetes counseling documentation and information changes in care chain**

**Heidi - Maarit Johansson**

**UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ**

**Department of Health Sciences,**

**Program of Health Education 2011**

**Master's thesis 67 pages, 3 appendices**

---

Type 2 diabetes is lifestyle-related, increasing disease, which can be prevented and treated through lifestyle counseling. The purpose of this study is to describe the type 2 diabetes patient counseling and documentation in care chain. This study examines who executes type 2 diabetes counseling, what kind of guidance content and how to get the information transferred between different levels of care chain.

The data were collected with type 2 diabetes (n = 43) patients medical record, picking up from all the health professionals counseling labels. Materials were analyzed using inductive content analysis. The results showed that the patient counseling was carried out by diabetes nurse, public health nurse, doctor, physical therapist, nurse, pedicurist, a dietician, social worker, psychiatric nurse, intoxicant therapist and an occupational therapist. The most important counseling contents were: lifestyle intervention (38%), including dietary, exercise and counseling on weight loss, diabetes care and self-management support (20%), prevention and treatment in complications (21%), planning diabetes treatment (14%) and another guidance (7%).

Type 2 diabetes care had concentrated on healthcare centers just like it was described in care chain of health care district. Diabetes counseling documentation was limited and there was also lack of documentation for describing the contents of counseling and how the patient experienced counseling.

The results gave information about how type 2 diabetes counseling has documented by health care professionals in care chain. These results can be used improving in information changes between specialised care and primary health care.

Keywords: Type 2 diabetes, counseling, documentation, care chain

## SISÄLLYS

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. JOHDANTO</b>   |           |
| <b>2. TYYPIN 2 DIABETESPOTILAAN OHJAUS<br/>JA OMAHOIDON TUKEMINEN</b>          | <b>3</b>  |
| 2.1 Potilasohjauksen toteuttaminen   | 3         |
| 2.2 Tyypin 2 diabetespotilaan hoidon ja ohjauksen tavoitteet                   | 6         |
| 2.3 Tyypin 2 diabetespotilaan ohjauksen sisällöt ja muutoksen<br>saavuttaminen | 7         |
| 2.3.1 Painonhallinnan ohjaus   | 8         |
| 2.3.2 Ruokavalio – ohjaus  | 9         |
| 2.3.3 Liikuntaohjaus   | 10        |
| 2.3.4 Lääkehoidon ohjaaminen   | 11        |
| 2.3.5 Omaseurantaan ohjaaminen   | 12        |
| 2.3.6 Lisäsairauksien ehkäiseminen ohjauksen keinoin                           | 14        |
| 2.3.7 Elintapamuutoksen saavuttaminen ohjauksen keinoin                        | 15        |
| <b>3. TIEDON SIIRTYMINEN HOITO- JA PALVELUKETJUSSA</b>                         | <b>18</b> |
| 3.1 Ohjauksen kirjaaminen  | 19        |
| 3.2 Tyypin 2 diabetespotilas osana hoitoketjua                                 | 23        |
| <b>4. TUTKIMUSASETELMA</b>   | <b>26</b> |
| <b>5. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS</b>   | <b>27</b> |
| 5.1 Tutkimukseen osallistujat  | 27        |
| 5.2 Aineiston keruu  | 27        |
| 5.3 Aineiston analyysi   | 29        |
| <b>6. TUTKIMUSTULOKSET</b>   | <b>31</b> |
| 6.1 Tyypin 2 diabetespotilaan ohjauksen toteuttajat                            | 32        |
| 6.2 Tyypin 2 diabetespotilaan ohjauksen sisällöt                               | 33        |
| 6.2.1 Diabeteshoitajan/terveydenhoitajien ohjaus<br>perusterveydenhuollossa    | 34        |
| 6.2.2 Lääkäreiden ohjaus   | 37        |
| 6.2.3 Fysioterapeuttien ohjaus   | 40        |

|   |    |
|---|----|
| 6.2.4 Sairaanhoitajien ohjaus                                 | 43 |
| 6.2.5 Erityistyöntekijöiden ohjaus                            | 45 |
| 6.3 Dokumentoitu potilasohjaus hoidon jatkuvuuden ilmentäjänä | 46 |

## **7. POHDINTA** **53**

|   |    |
|---|----|
| 7.1 Tutkimustulosten pohdintaa                            | 53 |
| 7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset lähtökohdat      | 56 |
| 7.3 Tutkimuksen johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset | 58 |

## **8. LÄHTEET**

### **LIITTEET**

Liite 1. Tiedote tutkimuksesta

Liite 2. Lupalomake

Liite 3. Esimerkki sisällönanalyysistä

## 1. JOHDANTO

Suomessa pidetään merkittävänä kansanterveydellisenä haasteena elintapojen muutoksesta johtuvaa tyypin 2 diabeteksen yleistymistä ja muuntumista yhä nuorempien sairaudeksi. Diabetes heikentää yksilön elämänlaatua ja aiheuttaa vaikeahoitoisia liitännäissairauksia, joiden hoitaminen on kustannuksiltaan kallista (Koski 2009, Käypähoitosuositukset 2009, Sund & Koski 2009). Tällä hetkellä Suomessa on tunnistettuja ja hoidon piirissä olevia diabeetikoita noin 300 000, joista valtaosa sairastaa tyypin 2 diabetesta. Kun mukaan lasketaan tietämättään tyypin 2 diabetesta sairastavat henkilöt, diabeetikoiden määrä on noin 500 000. Kaikkiaan diabeetikoiden hoitoon arvioidaan kuluvan yli kolme miljardia euroa vuodessa eli noin neljännes terveydenhuollon kokonaiskustannuksista (Käypähoitosuositukset 2009, Diabetesliitto 2010). Diabeteksen yleistyminen ja hoidon suuret kustannukset, jotka suurelta osin johtuvat vältettävissä olevien komplikaatioiden hoidosta, pakottavat tarkastelemaan tyypin 2 diabetespotilaan hoito- ja palveluketjua kokonaisuudessaan erikoissairaanhoidosta kotihoitoon (Käypähoitosuositukset 2009). Diabeetikon hoidonohjauksen avulla voidaan lisätä tietotaitoa, parantaa metabolista tilaa ja elämänlaatua, ehkäistä ja vähentää komplikaatioiden syntymistä ja helpottaa diabeetikon päätöksentekoa ja omahoitoa (International Diabetes Federation 2003).

Potilaiden hoitoajat sairaaloissa ovat lyhentyneet, mikä on lisännyt tarvetta potilasohjauksen kehittämiseksi. Haasteita ohjaukselle luovat myös väestön koulutustason nousun ja kehittyneen informaatioteknologian myötä kasvanut asiakkaiden tietomäärä ja vaatimustaso (Kynäs ym. 2007). Toisaalta kasvava syrjäytyneiden osuus väestöstä lisää haasteita ohjauksen kohdentamiselle. Tärkeää ohjauksessa on tavoitteellinen, potilaslähtöinen toiminta ohjaajan ja ohjattavan välisessä vuorovaikutussuhteessa (Kynäs & Kääriäinen 2005, Kuronen ym. 2006, Saarenheimo ym. 2009). Vastuu ohjauksen onnistumisesta on sekä terveydenhuollon koulutuksen saaneella asiantuntijalla, että potilaalla (Bell et al. 2007). Tyypin 2 diabetespotilaan ohjaus ja omahoidon tukeminen vähentävät lisäsairauksien syntymistä sekä edistävät potilaan vastuunottoa omasta terveydestään ja vahvistavat terveellisiä elintapoja (International Diabetes Federation 2003, Pitkälä ym. 2005).

Sujuva tiedon siirtyminen hoitoketjun eri tasojen välillä on edellytys potilaan hoidon jatkuvuudelle ja onnistuneelle potilasohjaukselle (Ruotsalainen 2000, Tanttu 2007, Silvennoinen- Nuora 2010). Potilaiden tyytymättömyys kohdistuu pirstaleisiin hoitoketjuihin, koska epävarmuus hoidon jatkuvuudesta ja tiedonkulun ongelmat vaikuttavat potilaan hoitoon (Lillrank ym. 2004, Lillrank & Venesmaa 2010). Tiedonkulun turvaamiseksi tärkeää on potilaan hoidon eri vaiheiden dokumentointi, joka on oleellinen osa hoitotyötä ja johon velvoittavat erilaiset terveydenhuollon lait ja asetukset (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, Vuori 2000, Ståhl 2009).

Tyypin 2 diabetesta sairastavien potilaiden potilasohjausta on tutkittu mm. elintapaohjauksen näkökulmasta (Kasila ym. 2003, Lindström et al. 2003, Poskiparta ym. 2004, Kettunen ym. 2006, Lindström 2006, Poskiparta ym. 2006, Poskiparta ym. 2007). Suomen Diabetesliiton DEHKO 2000 - 2010 kansallisessa diabetesohjelmassa on tehty kehittämistyötä tyypin 2 diabeteksen, sekä diabeteksen aiheuttamien lisäsairauksien ehkäisemiseksi, diabeteksen hoidon ja hoidon laadun parantamiseksi sekä diabeetikon omahoidon tukemiseksi ohjauksen keinoin (Diabetesliitto 2010). Tyypin 2 diabetesta sairastavien potilasohjausta on kirjaamisen näkökulmasta tutkittu vähän. Kirjaamista on tutkittu ja kehitetty sähköisen ja rakenteellisen kirjaamisen alueella (mm. Tanttu & Rusi 2007, Saranto & Kinnunen 2008), mutta vähän potilasohjauksen ja hoitoketjun näkökulmasta.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää miten tyypin 2 diabetes potilaan ohjaus on dokumentoitu potilasasiakirjoihin ja miten tieto ohjauksesta siirtyy hoitoketjun eri tasojen välillä. Potilasohjausta tässä työssä lähestytään sairausryhmäkohtaisesti keskittyen tyypin 2 diabetespotilaan ohjaukseen ja omahoidon tukemiseen. Ohjausta lähestytään myös dokumentoinnin ja hoitoketjun eri tasojen välisen tiedonsiirtymisen näkökulmasta.

## 2. TYYPIN 2 DIABETESPOTILAAN OHJAUS JA OMAHOIDON TUKEMINEN

Tyypin 2 diabetes on elintavoista ja myös perinnöllisestä taipumuksesta johtuva aineenvaihduntasairaus, joka kehittyy vähitellen vuosien kuluessa ja puhkeaa tavallisimmin aikuisiässä. Tyypin 2 diabetesta sairastavalla henkilöllä on heikentynyt insuliinin tuotanto, sekä insuliinin heikentynyt vaikutus. Sairaus todetaan usein sattumalta tai valtimosairauden puhjettua ja siihen yleisesti liittyvät ylipainoisuus, kohonnut verenpaine ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöt. Tällaista laaja-alaista aineenvaihdunnan häiriötä kutsutaan metaboliseksi oireyhtymäksi (MBO), jonka ilmenemismuotoja ovat liikapaino, etenkin keskivartalolihavuus, veren rasva-arvojen epäsuotuisuus, kohonnut verenpaine, lisääntynyt veren hyytymistäipumus, insuliiniresistenssi (tila, jossa insuliinin vaikutus kudoksissa on heikentynyt), heikentynyt sokerin sieto ja kohonnut veren uraatti pitoisuus (kihti). MBO:ta sairastaville henkilöille kehittyy yleensä tyypin 2 diabetes (Diabetesliitto 2010, Käypähoitosuositukset 2009 a).

Diabeteksen toteamisen jälkeen diabetesta sairastavan on tärkeää saada riittävästi oikeanlaista tietoa diabeteksestä, lisäsairauksista ja niiden ehkäisystä, sekä oppia ohjauksen kautta hoitamaan itseään. Päävastuu diabeteksen hoidonohjauksessa on diabeteshoitajalla ja lääkärillä, sekä yhteistyötä moniammatillisen tiimin (jalkaterapeutti, ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä, psykologi, psykiatri) kanssa tehdään potilaan tarpeista lähtien (Linblad 2006, Ilanne - Parikka 2009 a, Käypähoitosuositukset 2009, Macpherson et al. 2009). Diabeetikolla on oikeus asianmukaiseen hoidonohjaukseen, jossa käydään läpi hoidon eri osa-alueet ja omaseuranta, pohditaan yhdessä hoitotavoitteita lyhyellä ja pitkällä aikavälillä sekä tehdään yhdessä yksilöllinen hoito- ja seurantasuunnitelma. (Ilanne- Parikka 2009 a).

### 2.1 Potilasohjauksen toteuttaminen

Potilasohjausta ja neuvontaa toteutetaan monin eri tavoin, hyödyntäen ohjaukseen tarkoitettuja menetelmiä ja materiaaleja. Yleisenä ohjauksen muotona on yksilöllinen, suullinen ohjaus ja neuvonta, joka sisältää keskustelua potilaan kanssa, lyhyiden neuvojen antamista, rohkaisua ja motivointia (Lankinen ym. 2002, Kääriäinen 2007). Harvemmin



käytettynä ohjausmuotona pidetään puhelinohjausta, myös ryhmäohjauksen ja vertaistukiryhmien käyttö on käytännössä yksilöohjausta vähäisempää (Lankinen ym. 2002, Kääriäinen 2007). Diabeetikon ohjaukseen ryhmäohjauksen on todettu soveltuvan hyvin, sillä se mahdollistaa vertaistuen ja monen toimijan työpanoksen yhdistämisen usealle potilaalle samanaikaisesti (Rickheim et al 2002, Garrett et al. 2005). Rickheim et al. (2002) on tutkimuksessaan verrannut ryhmäohjauksen ja yksilöohjauksen tehokkuutta diabetesohjauksessa. Tulosten mukaan sekä yksilöohjausta että ryhmäohjausta saaneiden potilaiden tiedot paranivat samalla tavalla. Pitkäaikaissokeriarvon (HbA1c) parannus oli kuitenkin marginaalisesti suurempi ryhmäohjausta saaneilla, kuin yksilöohjausta saaneilla potilailla. Myös Garrett et al. (2005) on tutkimuksessaan arvioinut ryhmäohjauksen tehokkuutta tiedon, hallinnan tunteen ja diabeteksen omahoitokäyttämisen parantajana vertaamalla toisiinsa ohjausta saanutta pienryhmää sekä omahoito-oppaan saanutta kontrolliryhmää. Tulokset osoittivat pienryhmäläisten raportoineen aktiivisemmin merkittäviä parannuksia kaikilla kolmella osa-alueella (tieto, hallinnan tunne, omahoitokäyttämisen) kontrolliryhmään verrattuna. Kiiskisen ym. (2008) mukaan ryhmäohjaus ja yksilöohjaus ovat yhtä kustannusvaikuttavia.

Ikihyvä Päijät-Häme tutkimuksen (Absetz et al. 2007) tulokset osoittavat ryhmäohjauksen vähentävän tyypin 2 diabeteksen riskitekijöitä sekä vaikuttavan positiivisesti ruokavalioon, liikuntaan ja painonhallintaan. Tutkimustulosten mukaan 20 prosenttia osallistujista saavutti neljä viidestä DPS- tutkimuksessa (Tuomilehto et al. 2001) asetetusta tavoitteesta, jotka liittyivät ravinnon kuitu- ja rasvapitoisuuteen, liikunnan määrään ja painonhallintaan. Ryhmäohjaus ei kuitenkaan korvaa yksilöohjausta, jossa ohjausta voidaan syventää potilaan yksilöllisistä tarpeista lähtien. On myös henkilöitä, jotka eivät halua osallistua ryhmätoimintaan, jolloin suotavaa on yksilöohjauksen järjestäminen.

Suullisen ohjauksen tukena käytetään usein kirjallista materiaalia, josta potilas voi myöhemmin tarkistaa saamaansa ohjaukseen liittyviä asioita. Muita ohjauksessa käytettäviä menetelmiä ovat mm. audiovisuaalisten ja visuaalisten ohjausmenetelmien käyttö, etäohjaus, videoyhteydet, käytännön harjoittelu, sekä internet -pohjaiset verkkosivut (Lankinen ym. 2002, Kääriäinen 2007, Alahuhta 2010, Suurnäkki ym. 2010). Oikean ohjausmenetelmän valintaan hoitaja tarvitsee tietämystä potilaan tavoista oppia ja

sisäistä asioita. Ohjaustilanteessa hoitajan tehtävänä on auttaa potilasta löytämään sopivat keinot asioiden omaksumiseksi (Kyngäs 2007).

Terveydenhuollossa toteutetusta ohjauksesta ja neuvonnasta käytetään nimitystä potilasohjaus, joka on aktiivista ja tavoitteellista toimintaa potilaan ja ohjaajan välisessä vuorovaikutussuhteessa (Kyngäs & Kääriäinen 2005, Kyngäs ym. 2007). Laadukas potilasohjaus on osa potilaan hyvää hoitoa, johon velvoittavat erilaiset lait ja asetukset (Johansson et al. 2002, Kääriäinen 2008, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Potilas ja ohjaaja taustatekijöineen muodostavat ohjauksen lähtökohdan, myös erilaiset normit, roolit, potilaan terveysongelma, sairaalaorganisaation luonne ja itse ohjaustilanne vaikuttavat potilaan ja ohjaajan väliseen viestintään (Kyngäs & Kääriäinen 2005, Lipponen ym. 2008). Potilaan ja ohjaajan välisestä vuorovaikutuksesta on useita tutkimuksia, joissa vuorovaikutusta tarkastellaan vastavuoroisuuden ja lähestymistapojen näkökulmasta (mm. Kettunen ym. 2002). Potilasohjauksen laatuun tutkimustulosten mukaan vaikuttavat myös ohjaajasta johtuvat tekijät, kuten ohjaus - ja neuvontataitojen puute, ohjausmenetelmien puute sekä elintapamuutokseen ja ohjaukseen liittyvät terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja potilaiden asenteet, sekä ajallisten resurssien vähyys (Karhila ym. 2003, Kettunen ym. 2004, Kettunen ym. 2006, Kääriäinen ym. 2006, Kääriäinen 2007, Kääriäinen 2008, Jallinoja ym. 2007, Lipponen ym. 2008, Poskiparta ym. 2006, Poskiparta ym. 2007).

Potilasohjaus on osa kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten työtä, ja sitä voidaan toteuttaa suunnitelmallisesti ja tavoitteellisesti ohjaustilanteissa tai osana potilaan muuta hoitoa esim. erilaisten hoitotoimenpiteiden yhteydessä (Poskiparta ym. 2006, Poskiparta ym. 2007, Jallinoja ym. 2007, Kyngäs ym. 2007). Terveydenhuollon organisaatioissa ohjaus ja neuvonta ovat hyvin pitkälle keskittyneet elintapaneuvontaan sisältäen liikuntaneuvonnan (mm. Poskiparta ym. 2006), ravitsemusneuvonnan (mm. Lindström ym. 2003), tupakoinnin lopettamiseen ja alkoholinkäyttöön liittyvän neuvonnan (mm. Näsälinh - Ylispanjar ym. 2008), sekä ylipainon ehkäisyyn liittyvän neuvonnan (mm. Kinnunen ym. 2007).

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisemiseksi toteutettavat elintapamuutosta edistävät ja omahoitoa tukevat interventiot ovat tehokkaampia jos ne kohdistuvat sekä ruokavalioon että liikuntaan, sisältävät sosiaalisen tuen, vakiintuneen ohjausmenetelmän käytön käyttäytymisen muuttamiseksi, moniammatillisen ohjauksen sekä tiheät kontaktit. Ohjauksessa tulisi huomioida erikoislähestymistavat esim. nuoriin, vähemmistöryhmiin ja huono-osaisiin (Macpherson et al. 2009, Paulweber et al. 2010).

## 2.2 Tyypin 2 diabetespotilaan hoidon ja ohjauksen tavoitteet

Tyypin 2 diabeteksen hoidon ja ohjauksen tavoitteina ovat päivittäinen hyvinvointi ja oireettomuus, valtimotaudin ehkäisy ja hyvä hoito, muiden lisäsairauksien estäminen ja hyvä hoito sekä hyvä elämä ja diabeteksen kanssa pärjääminen (Dehko 2000, Lindblad 2006, Ilanne- Parikka 2009, Käypähoitosuosituksen 2009.). Ensisijaisena hoitotavoitteena pidetään sepelvaltimotaudin ehkäisyä, koska riski taudin kehittymiselle on suuri tyypin 2 diabetekseen liittyvän insuliiniresistenssin ja metabolisen oireyhtymän vuoksi. Koholla olevat verensokeriarvot yhdessä kohonneen verenpaineen ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöiden kanssa vaikuttavat valtimoihin ja edelleen sydämen, aivojen ja jalkojen verenkiertoon haitallisesti. Tyypin 2 diabetekseen liittyy myös lisääntynyt veren hyytymistäipumus ja siksi lisääntynyt veritulppariski. Diabeteksen huolellinen hoito hidastaa jo kehittyneiden verisuonivaurioiden etenemistä ja kolesterolin alentaminen vähentää jo olemassa olevia verisuoniahtaumia (Ilanne – Parikka 2009, Dehko 2000, Sund & Koski 2009). Suomessa tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmassa (Dehko 2000 - 2010) on kehitetty varhaisen diagnoosin ja hoidon strategiaa, jossa pyrkimyksenä on ollut vastasairastuneiden tyypin 2 diabeetikoiden saaminen ajoissa järjestelmällisen hoidon piiriin ja elämänlaatua heikentävien lisäsairauksien kehittymisen estäminen (Dehko 2000).

Tyypin 2 diabeteksen hoidon tavoitteena päivittäisen hyvinvoinnin lisäksi on itsestä huolehtiminen tulevaisuutta ajatellen, sillä huonosti hoidettuna diabetes voi lyhentää elinikää 10 – 15 vuotta, sekä heikentää elämänlaatua. Riittämättömästi hoidettuna diabetes aiheuttaa lisäsairauksina silmänpohjamuutoksia (retinopatia) ja hermojen muutoksia (neuropatia). Lisäksi tyypin 2 diabetes on nykyisin tärkein yksittäinen syy keuhko- eli dialyysihoitoon. Hyvällä sokeritasapainolla, verenpaineen alentamisella ja tupakoinnin

lopettamisella voidaan silmänpohjamuutoksia, munuaismuutoksia ja hermomuutoksia estää ja jo kehittyneitä muutoksia vähentää ja hidastaa (Ilanne- Parikka 2009, Sund & Koski 2009). Tyypin 2 diabetes potilaan hoidon tavoitteet asetetaan yksilöllisesti yhteistyössä potilaan kanssa, niiden tulisi olla numeerisia (Taulukko 1) ja näkyä kirjattuna potilaan sairauskertomukseen (Dehko 2000, Käypähoitosuositus 2009).

**Taulukko 1.** Diabeetikon hoidon yleiset tavoitteet glukoositasapainon, lipidien ja verenpaineen suhteen (Käypähoitosuositus 2009).

| Mittari   | Tavoite      | Huomioitavaa  |
|---|--------------|---|
| HbA <sub>1c</sub> (%)                                   | alle 6.0–7.0 | ellei vakavia hypoglykemioita   |
| Paastoglukoosi (mmol/l)                                 | 4–6          | omamittauksissa   |
| Aterian jälkeinen glukoosi (noin kaksi tuntia) (mmol/l) | alle 8       | omamittauksissa   |
| LDL-kolesteroli (mmol/l)                                | alle 2.5     | kaikilla tyypin 2 diabeetikoilla ja tyypin 1 diabeetikoilla, joilla on mikroalbuminuria |
|   | alle 1.8     | sairastettu valtimotapahtuma  |
| Verenpaine (mmHg)                                       | alle 130/80  |   |

### 2.3 Tyypin 2 diabetespotilaan ohjauksen sisällöt ja muutoksen saavuttaminen

Potilaan ohjaus sisältäen elintapaneuvonnan ja omahoidon tukemisen on keskeisin tyypin 2 diabetespotilaan hoitomuoto, jolla pyritään ehkäisemään lisäsairauksien syntymistä ja tukemaan potilasta elintapamuutoksiin ja niiden ylläpitämiseen (Poskiparta & Karhila 2000, Kettunen ym. 2004, Poskiparta ym. 2007). Keskeisiä asioita elintapaneuvonnassa tyypin 2 diabeteksen ehkäisemiseksi ja hoidoksi ovat ruokavaliomuutokset, liikunnan lisääminen ja painonhallinta (Poskiparta ym. 2006, Kiiskinen ym. 2008, Ilanne- Parikka 2009, , DiabetSLiitto 2010, Korkiakangas 2010, Paulweber et al. 2010). Nämä sisällöt on todettu tehokkaiksi myös suomalaisessa diabetestutkimuksessa (Tuomilehto et al. 2001). Yksikään henkilö, joka saavutti kaikki elintapojen korjaamiseksi asetetut tavoitteet, ei sairastunut tyypin 2 diabetekseen kolme vuotta kestäneen tutkimuksen aikana. Sen sijaan henkilöistä, jotka eivät yltäneet yhteenkään tavoitteeseen, 35 % sairastui tyypin 2

diabetekseen. Tutkimustulokset osoittivat elintapaohjauksen olevan merkittävässä asemassa tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa.

### 2.3.1 Painonhallinnan ohjaus

Painonhallinnassa olennaista on ylipainon laihduttaminen sekä painon pysyvä muutos. Tyypin 2 diabeetikolla sokeritasapainon korjaamiseen riittää jo 5 – 10 %:n painon pudotus (Lindström 2001, Heinonen 2009). Laihduttamisessa keskeistä on ruokavalion ja ruokailutottumusten muuttaminen ja samanaikainen liikunnan lisääminen, jolloin myös rasvakudos vähenee (Lang & Froelicher 2006, Ilanne- Parikka 2009). Valtimotaudin riskin kannalta on tärkeää seurata myös vyötärölle kertyneen rasvan määrää ts. vyötärönympäryksen pituutta (Koski 2010). Tutkimustulosten mukaan tärkeitä tekijöitä painonhallinnan onnistumiselle ovat motivoituminen laihduttamiseen ja painonhallintaan, itse asetetut painotavoitteet ja menetelmät tavoitteiden saavuttamiseksi sekä elinikäinen sitoutuminen ja sosiaalinen tuki. Tärkeäksi nähdään myös syömisen ja liikkumisen omaseuranta ja etukäteissuunnittelu (Elfhag & Rössner 2005, Lang & Froelicher 2006), sekä painon omaseuranta (Alahuhta 2010).

Painonhallinnan ohjauksessa tärkeää on myönteinen ja kannustava ilmapiiri, potilaiden ohjaaminen tutkimaan omia ruokatottumuksiaan, valintojaan ja mahdollisuuksiaan ruokatottumusten muuttamiseen. Arkipäivän ruokavalintoihin liittyvä neuvonta yksilö- tai ryhmäohjauksena tukee painonhallintaa (Heinonen 2009). Greaves et al. (2008) tutkimuksessa yksilöohjausta motivoivan ohjauksen menetelmin saaneessa kohderyhmässä viiden prosentin painonlasku tavoitteen saavutti 43 %. Kun kontrolliryhmässä, jonka ohjauskeinona käytettiin samoja tietoja ja suosituksia sisältäviä ohjelehtisiä, 5 prosentin painonlaskutavoitteen saavutti vain 13 %. Alahuhtan (2009 b) tutkimuksessa tyypin 2 diabetesriskiryhmään kuuluvilla henkilöillä keskeisiä painonhallintaan vaikuttavia tekijöitä olivat voimavarat, vastuu ja riskitekijät. Voimavaroiksi nähtiin läheisen tuki, toivo ja positiivinen mieliala. Riskitekijöiksi koettiin houkutukset, epäsäännöllinen työ, tiedon puute ja kiire. Painonhallintaan liitettiin myös pettymyksen ja pelon tunteita.

Painonhallinnan tueksi on olemassa myös erilaisia verkkosivustoja tai painonhallintaryhmiä. Suomen Sydänliitto, Diabetesliitto, Aivoliitto ja Suomen Syöpäyhdistys mm. yhteistyössä kampanjoivat pienten päivittäisten päätösten voimaa ja merkitystä terveysasioissa. Pieni Päätös Päivässä -sivuilla (<http://www.pienipaatospaivassa.fi/>) saa lisätietoa mm. elintapamuutoksista ja motivaatiosta, syömisen hallinnasta ja liikunnasta. Lisäksi useissa kunnissa perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa on omia laihdutus- ja painonhallintaryhmiä (Salminen ym. 2002). Mikäli elintapaneuvonta ja ravitsemusohjaus eivät ole riittäviä keinoja ylipainon laihduttamiseksi, voidaan harkita laihdutuslääkkeiden käyttöä ja vaativimmissa tapauksissa laihdutusleikkausta (Käypähoitosuositukset 2009b).

### 2.3.2 Ruokavalio - ohjaus

Tyypin 2 diabetespotilaan ravitsemusneuvonta kohdentuu ruuan laatuun, energiamäärään ja ruokailuaikojen rytmitykseen (Elthag & Rössner 2005, Kontinen et al. 2009). Ravintorasvojen käyttöön liittyvä ravitsemusneuvonta on tärkeässä roolissa diabeetikoilla, sillä tyypin 2 diabetespotilaiden ruokavalion on todettu sisältävän vähän kuituja ja paljon tyydyttyntä rasvaa (Poskiparta ym. 2007). Tutkimustulokset osoittivatkin ruokavalio-ohjauksen auttaneen potilaita merkittävästi vähentämään rasvan kokonaissaantia (Lindström ym. 2003, Clark et al. 2004, Salmela et al. 2009, Tuomilehto et al. 2001). Kiiskisen ym. (2008) mukaan ravinnon rasvojen laadun parantaminen ja määrän vähentäminen, suolan vähentäminen ja kuidun lisääminen ohjauksen avulla on myös kustannusvaikuttavaa.

Suomalaisessa aikuistyyppin diabeteksen ehkäisy tutkimuksessa (Tuomilehto ym. 2001) ruokavalio-ohjauksen lähtökohtana oli oma, tuttu ruokavalio, johon yhdessä ravitsemusterapeutin kanssa mietittiin konkreettiset ja kohtuullisen helposti toteutettavissa olevat tavoitteet esim. rasvansaannin vähentämiseksi kevytmaidon vaihtaminen ykkösmaitoon. Tavoitteet kirjattiin, niiden toteutumista seurattiin ruokapäiväkirjan avulla ja arviointiin myöhemmillä ohjauskerroilla. Tulosten mukaan yksilöllistä ruokavalio-ohjausta saaneet saavuttivat useammin määrälliset tavoitteensa kuin vertailuryhmäläiset ja

pystyivät vähentämään kokonaisrasvan määrää ja lisäämään sekä pehmeiden kasvisrasvojen että kasvisten osuutta ruokavaliossa (Salminen ym. 2002).

Glasgow et al. (2002) tutkimuksessa ruokavalio-ohjauksessa hyödynnettiin tietokoneavusteista tavoitteenasettelua. Tavoitteet ruokailutottumusten muutokselle asetettiin yhdessä ohjaajan kanssa tietokoneen palautteen avulla. Potilaiden tavoitteidenasettelua ohjasi oma arvio tavoitteiden saavuttamisesta. Ohjaus sisälsi kolme neuvontatuokiota ja lisäksi puhelinohjauksen, jossa potilaat saivat tukea ja apua henkilökohtaiseen ongelmanratkaisuun. Tulokset osoittivat tietokoneavusteisen tavoitteenasettelun, sekä ohjauksen tukena käytettyjen puhelinkontaktien tuottavan merkittäviä parannuksia ruokailukäyttäytymiseen (biologiset ja psykologiset mittaukset) 12 kuukauden seurannassa.

### 2.3.3 Liikuntaohjaus

Liikunta on yksi diabeteksen hoidon kulmakivistä ja erityisesti sen merkitys on korostunut tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Säännöllisellä liikunnalla (yli neljä tuntia viikossa) on suotuisa vaikutus glukoosiaineenvaihduntaan ja insuliiniherkkyyteen ja merkitystä myös valtimotautien ehkäisyssä ja painonhallinnassa (Tuomilehto ym. 2001, Lindström ym. 2006, Niskanen 2009, Rönnemaa 2009). Sopivan liikuntamuodon valintaan vaikuttavat omat mieltymykset ja mahdollisten muiden sairauksien aiheuttamat rajoitteet. Liikunnan tulisi sisältää sekä kestävyysliikuntaa (esim. kävely, hökkä) ja lihaskuntoharjoittelua esim. kuntosalilla (Salminen ym. 2002, Rönnemaa 2009), myös vapaa-ajan liikunnan kokonaiskestolla ja energiankulutuksella on todettu olevan merkitystä keski-ikäisten, ylipainosten henkilöiden tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa (Laaksonen ym. 2005). Myös ruokavalio-ohjauksella on todettu olevan vaikutusta fyysisen aktiivisuuden lisäämiseksi (Lindström ym. 2003, Clark et al. 2004, Salmela et al. 2009, Tuomilehto et al. 2001).

Korkiakankaan (2010) tutkimuksen tulosten mukaan aikuisten liikuntamotivaatio muodostuu liikunnallisesta pääomasta, jossa on neljä toisiinsa vaikuttavaa osa-aluetta:

liikunta-aktiivisuus, liikunta tottumuksena, liikunta voimavarana sekä elämäntilanteen kokeminen liikkumiselle suotuisana. Liikuntamotivaatioon vaikuttavat tekijät vaihtelevat elämän eri vaiheissa ja siksi liikuntaohjauksessa olisi tärkeää huomioida yksilölliset liikuntamotivaatiotekijät, ohjauksen ja tuen tarve, tavoitteiden asettaminen ja kyvyt löytää keinoja koettujen rajoitteiden voittamiseksi. Poskiparran (2004) tutkimustulokset osoittivat kuitenkin lääkärin ja hoitajien käyttävän vain vähän aikaa liikuntaneuvontaan, lähinnä tyypin 2 diabeetikoiden liikunnan määrän kartoittamiseksi. Potilaat toivat myös esiin liikuntaa rajoittavia tekijöitä, mutta niiden käsittely terveydenhuollon ammattihenkilöstön kanssa jäi vähäiseksi.

Potilaiden esiintuomat liikunta-aktiivisuuteen vaikuttavat esteet voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. Sisäisiä esteitä ovat tekijät joihin yksilö voi vaikuttaa omalla päätöksenteollaan. Tällaisia ovat esim. ajan ja motivaation puute sekä aktiivisen liikunnan harrastamisen hyötyjen kokeminen vähäisinä verrattuna harjoittelun epämukavuuteen ja sen herättämiin kielteisiin tunteisiin (esim. häpeä, laiskuus ja harjoittelun pelko). Tällaisia tunteita oli enimmäkseen ylipainoisilla ja huonokuntoisilla tyypin 2 diabetes riskiryhmän ihmisillä. Myös vaikea elämäntilanne aiheutti esteitä fyysiseen harjoitteluun. Ulkoiset, yksilöstä riippumattomat esteet ovat sää, kulttuuri ja sosiaalisen tuen puute. Näihin esteisiin tulee kiinnittää huomiota yksilöohjauksessa, motivoitaessa potilasta liikkumaan ja auttamalla ohjauksen keinoin potilasta tunnistamaan esteet ja arvioimaan omaa terveyskäyttäytymistään (Korkiakangas 2010).

#### 2.3.4 Lääkehoidon ohjaaminen

Tyypin 2 diabeteksen alkuvaiheen hoidoksi riittävät elämäntapojen muutos ja liikunta, mutta taudin edetessä on lääkkeellinen hoito aiheellista hyvän sokeritasapainon saavuttamiseksi (Macpherson et al. 2009). Tyypin 2 diabeteksen lääkehoidossa ensisijaisena on verensokeria alentava tablettilääkitys, yleisimmin Metformiini, mikäli sille ei ole vasta-aiheita. Lääkehoito aloitetaan yleensä pienellä tablettiannoksella, jota lisätään asteittain 1-3 viikon välein. Omatoimisesta lääkkeen lisäämisestä ohjeen tulee olla kirjallisena omaseurantavihkossa tai muussa kirjallisessa hoitosuunnitelmassa. Lääkkeen verensokeria laskevan vaikutuksen vuoksi potilasta ohjataan noudattamaan säännöllisiä



ateriarytmejä ja jakamaan ruuan hiilihydraatteja tasaisesti arterioille. Tyypin 2 diabetespotilaan hoidossa insuliinihoito aloitetaan, mikäli muuten ei päästä hoitotavoitteisiin. Päätös insuliinihoidon aloittamisesta tehdään yksilöllisesti huomioiden diabeteksen kokonaistilanne, kyky toteuttaa pistoshoitoa ja potilaan ikä (Ilanne – Parikka 2011 a).

### 2.3.5 Omaseurantaan ohjaaminen

Omahoito vaatii potilaalta tietoisuutta hoidon tavoitteista ja hoitokeinoista, sekä valmiutta ottaa vastuuta omasta hoidostaan ja elintavoistaan, samoin kuin uskoa omiin voimavaroihin ja pystyvyyteen. Valmiudet omahoitoon kehittyvät vähitellen kun potilas ymmärtää ja sisäistää oman toimintansa merkityksen ja vaikutukset sairauden syntyyn ja niiden pahenemiseen (Lindblad 2006, Suurnäkki ym. 2010).

Tyypin 2 diabeetikon omaseuranta muodostuu säännöllisestä verensokerin mittaamisesta, jossa mittaustiheys ja -ajankohdat on sovittu vastaanotolla lääkärin tai hoitajan kanssa. Verensokerin säännöllistä seurantaa tarvitaan hoidon säätämiseen (lääkehoito) ja sen havainnollistamiseen, miten laihdutus, ruokavalinnat, liikunta ja lääkehoito vaikuttavat verensokeriin. Mitatut verensokeriarvot kirjataan omaseurantavihkoon, jotta niitä voidaan tarkastella yhdessä diabeteshoitajan kanssa (Ilanne – Parikka 2009). Nykyään omaseurantaan voidaan käyttää myös verkkosivuja (mm. [www.espoo.fi/omahoito](http://www.espoo.fi/omahoito)).

Elintapamuutoksen tukena omaseurantaa helpottamaan käytetään erilaisia välineitä. Painonhallinnan tueksi säännölliset punnitukset ja painon kirjaaminen ylös seurantavihkoon, ravitsemustottumusten kirjaaminen ruokapäiväkirjaan ja liikunnassa askelmittarin käyttö auttavat kartoittamaan tämän hetkisiä elintapoja ja suuntamaan muutosta parempaan, myös liikuntareseptiä käytetään liikkumiseen motivoimiseksi. Korkiakankaan (2010) tutkimustulokset osoittivat askelmittarin soveltuvan hyvin liikkumisen omaseurantavälineeksi, koska se helpottaa oman liikunta-aktiivisuuden arvioimista, tavoitteenasettelua ja kannustaa palautteen kautta jatkamaan säännöllistä liikkumista. Askelmittari yhdistettynä ohjekorttiin askelten kirjaamiseksi sekä tieto

lehtisiin kävelyn hyödyistä on osoittautunut hyödylliseksi, helppokäyttöiseksi ja tehokkaasti liikkumista motivoivaksi työkaluksi perusterveydenhuollossa. Ohjeet askelmittarin käyttämiseen ja mittarin luotettavuuden varmistaminen ovat tärkeä osa potilasohjausta.

Suomessa potilaan omahoidon tukeminen korostuu pitkäaikaissairauksien hoidon mallissa, soveltaen Wagnerin mallia (The Chronic Care Model), jossa yhdistyvät potilaan omatoimisuus, terveyspalvelujen kehittäminen, teknologia, sekä yhteisöä ja voimavaroja koskeva politiikka (Kuva 1.) (Wagner 1998, Wagner et al. 2001, Suurnäkki ym. 2010). Mallin tavoitteena Suomessa on voimaantunut, pitkäaikaissairautensa hoidossa aikaisempaa itsenäisemmin ja omatoimisemmin toimiva potilas, joka on aktiivinen oman terveytensä edistäjä. Mallissa on kuvattu selkeästi terveydenhuollon ammattihenkilöiden työnjako, vastuutehtävät prosessin eri vaiheissa, sekä toiminta- ja hoito-ohjeet. Malli tarjoaa kehittämisen välineitä, joissa potilaan omahoitoa tukevat palvelut ovat helposti potilaiden saatavilla ([www.espoo.fi/omahoito](http://www.espoo.fi/omahoito), Saarelma ym. 2008, Suurnäkki ym. 2010).



**Kuva 1.** Wagnerin pitkäaikaissairauksien hoidon malli. (Suurnäkki ym. 2010).

### 2.3.6 Lisäsairauksien ehkäiseminen ohjauksen keinoin

Pitkään korkealla oleva verensokeritaso lisää elinmuutosten riskiä, koska veren suuri sokeripitoisuus vahingoittaa pieniä ja suuria verisuonia, sydäntä ja hermostoa. Lisäsairauksille altistavat myös kohonnut verenpaine, kohonneet veren rasva-arvot, tupakointi ja perinnölliset ominaisuudet. Lisäsairauksien ehkäisemiseksi on siis olennaista pyrkiä diabeteksen hyvään hoitotasapainoon, huomioiden verenpaineen normalisointi, liikunta, tupakan ja alkoholin välttäminen ja ruokavalio elintapaohjauksen keinoin (Diabetesliitto 2010, Mustajoki 2010, Seppänen 2010). Diabeetikon jalkaongelmia ja haavaumia voidaan ehkäistä sopivien ja oikeanlaisten kenkien ja sukkiin valinnalla, säännöllisellä jalkojen kunnon tarkkailulla ja hygieniasta huolehtimisella (puhtaus, rasvaus ja kynsien leikkaus). Oikeanlaiseen jalkojen hoitoon diabeetikkoa opastavat diabeteshoitaja ja jalkahoitaja (Mustajoki 2010).

Diabetekseen kuten muihinkin kroonisiin sairauksiin liittyy henkisesti kuormittavia seikkoja, jotka voivat johtaa masennukseen (Marttila 2009). Tutkimukset osoittavat aikuisiän diabeetikoilla masentuneisuuden haittaavan tehokkaan omahoitokäyttämisen omaksumista (sisältäen liikunnallisen aktiivisuuden, sopivan ruokavalion, jalkojen hoidon ja asianmukaisen verensokerin omamittauksen) ja sosiaalisen motivaation vähenemistä. Depression vaikutukset aikuisiäندیabeetikoilla ovat vahvasti yhteydessä huonoon verensokerin kontrollointiin, lisääntyneeseen komplikaatioiden riskiin, lisääntyneeseen työkyvyttömyyteen, tuottavuuden vähenemiseen, lisääntyneisiin terveydenhuollon kustannuksiin ja kuolleisuuden kasvuun. Epäselviä kuitenkin ovat ne mekanismit millä tavoin masennus vaikuttaa tyypin 2 diabeetikoiden terveyteen (Edge & Osborn 2010). Vanhala ym. (2009) on tutkinut masennuksen yhteyttä metabolisen oireyhtymän (MBO) syntyyn. Tulokset osoittavat masennuksesta kärsivillä naisilla olevan merkittävän riskin sairastua metaboliseen oireyhtymään ja sitä kautta tyypin 2 diabetekseen.

Diabeteshoitajan ensisijaisena tehtävänä on tunnistaa alkavan masennuksen oireet. Monesti jo uupumuksen ilmaiseminen, johtaa hyödylliseen keskusteluun omahoitoon käytettävissä olevista voimavaroista ja potilaan elämäntilanteesta. Koska diabeetikoiden masennuksen oireiden on todettu olevan yhteydessä huonoon sokeritasapainoon, on

masennuksen ehkäisemiseksi tärkeää ohjata potilasta huolehtimaan diabeteksestaan (ruokavalio- liikunta- ja painonhallinnan ohjaus) ja seurata hoidon onnistumista diabeteshoitajan vastaanotoilla. Etenkin liikunnalla on todettu olevan positiivinen vaikutus niin diabeteksen, kuin masennuksenkin hoidossa. Tärkeäksi masennusoireita vähentäväksi tekijöiksi nähdään myös tiheät hoitokontaktit, jotka auttavat ja tukevat diabeetikkoa selviämään diabeteksen aiheuttamasta stressistä (Vanhala 2010).

Alkoholin käytön suhteen tyyppin 2 diabeetikoille pätevät samat suositukset kuin muullekin väestölle eräin tarkennuksin. Miesten päivittäinen alkoholin käyttö ei saa ylittää kahta, eikä naisen yhtä ravintola-annosta vastaavaa määrää. Alkoholin säännöllinen käyttäminen kohtuudella voi kuitenkin huonontaa diabeteksen hoitotasapainoa ja alkoholin runsas käyttäminen aiheuttaa lisäsairauksien riskiä sekä alentaa hoitomotivaatiota. Alkoholin runsaan käyttämisen johdosta diabeteksen lääkkeellinen hoito ja ruokailu ovat epäsäännöllisiä, jolloin tilanne voi johtaa hengenvaaraan verensokerin vaihdellessa tai laskiessa liikaa. Suuren energiasisältönsä vuoksi alkoholilla on myös lihottava vaikutus. Alkoholin käyttöön liittyvässä ohjauksessa tulee diabeetikolle kertoa alkoholin vaikutuksesta diabetekseen ja sen aiheuttamista vaaroista kuten esim. hypoglykemian riskistä. Koska alhaisen verensokerin oireet muistuttavat humalatilaa, on tärkeää käyttää diabetestunnistinta. Ohjauksessa tulee muistuttaa alkoholin kohtuukäytöstä, jotta diabeetikko pystyy huolehtimaan itsestään, lääkityksestään ja syömisistään. Raittius on myös suositeltava vaihtoehto (Salaspuro 2003, Ilanne- Parikka 2011b).

### 2.3.7 Elintapamuutoksen saavuttaminen ohjauksen keinoin

Halu elintapojen muuttamiseen ja diabeteksen hyvään hoitamiseen alkaa jokaisen henkilökohtaisesta elämästä, johon vaikuttavat mm. ajankohtainen elämäntilanne, mieliala, perhe, läheiset ja henkilön oma käsitys itsestään, diabeteksestä ja sen hoidosta sekä omista kyvyistään tehdä ja ylläpitää muutoksia (Ilanne- Parikka 2009). Elintapojen muutos etenee prosessimaisesti ja edellytyksenä muutokselle on hyötyjen kokeminen haittoja suurempina. Elintapamuutoksen hyötyjen ja haittojen pohtiminen on tärkeää muutokseen motivoitumisen edistämiseksi ja niiden asenteiden, uskomusten ja arvojen

esiintuomiseksi, jotka vaikuttavat muutokseen motivoitumiseen (Rollnick et al. 2002, Alahuhta ym. 2009 a, Korhonen ym. 2010). Keskittymällä potilaan elämäntilanteeseen, häntä huolestuttaviin asioihin ja elämäntapamuutosta estäviin ja edistäviin tekijöihin voidaan potilasta neuvoa ja motivoida yksityiskohtaisemmin, millä puolestaan on positiivinen merkitys elämäntapamuutoksessa (Kiuru ym. 2004, Brekke et al. 2005, Poskiparta ym. 2006, Fisher & Glasgow 2007, Jallinoja et al. 2007, Alahuhta ym. 2009 b, Koski ym. 2009).

Ohjauksen tarkoituksena on tukea potilasta löytämään omia voimavarojaan, sekä ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja sen hoitamisesta. Empowerment- (valtaistuminen, voimaantuminen) lähestymistapaa pidetäänkin tärkeänä diabetespotilaan ohjauksessa ja hoidossa (Poskiparta & Karhila 2000, Kettunen 2001, Kettunen et al. 2001, Poskiparta ym. 2001, Poskiparta 2006, Routsalo ym. 2009). Keskeistä tiedon antamisen lisäksi ohjauksessa on psykososiaalinen tuki ja potilaan itsetuntemuksen, elämänlaadun ja ongelmanratkaisukyvyyn vahvistaminen (Kettunen ym. 2002, Kyngäs ym. 2005, Hankonen 2011). Positiivisuus ja toivon säilyttäminen, sekä keskustelut konkreettisista elintapamuutoksista, tavoitteiden asettamisesta ja voimavaroista nähdään ohjauksessa tärkeäksi (Alahuhta ym. 2009 b).

Tärkeää diabetespotilaan ohjauksessa on herättää potilaan oman terveystietoisuuden arviointi esim. reflektiivisten kysymysten avulla ja ohjata potilasta soveltamaan tietonsa käytännön elämään soveltuvaksi (Poskiparta & Karhila 2000, Kettunen ym. 2004). Elintapojen muutos, kartoitus- ja seurantalomakkeen käyttö helpottaa neuvontakeskustelua ja elintapojen muutostarpeiden puheeksi ottoa (Poskiparta ym. 2004 b). Poskiparran ym. (2006, 2007) tutkimusten tulokset osoittivat, ettei neuvontatilanteissa osattu hyödyntää potilaan esiin tuomia elintapamuutosta ehkäiseviä tai estäviä tekijöitä tai hyödyntää potilaan aikaisempia tietoja ohjauksen syventämisessä ja kohdistamisessa juuri kyseisen potilaan tarpeisiin.

Jansinkin ym. (2010) tutkimuksessa oli selvitetty elintapaneuvontaan liittyviä esteitä. Tulosten mukaan hoitajat pitivät elintapaneuvontaan liittyvinä esteinä potilaiden liian

vähäistä tietämystä terveellisistä elämäntavoista ja kyvyttömyyttä nähdä omaa terveyskäyttäytymistään. Hoitohenkilöstön mielestä potilailla ilmeni motivaation puutetta elämäntyylin muuttamiseksi terveellisemmäksi ja kurin puutetta muuttuneen elämäntyylin ylläpitämiseksi. Tulokset osoittivat hoitajilla olevan myös puutteellisia ohjauskeinoja ja liian vähän aikaa tehokkaaseen elintapaneuvontaan. Koski ym. (2009) tutkimustulosten mukaan tyypin 2 diabetespotilaan heikon hoitotasapainon tai hoitoon sitoutumattomuuden taustalla vaikuttavia tekijöitä ovat jaksaminen, kiinnostumattomuus omasta hoidosta, kiireinen elämä, voimavarojen rajallisuus, runsaahko alkoholinkäyttö ja depressiivisyys.

Routsalo ym. (2009) artikkelissa tarkastellaan näkökulman muuttumisen vaikutusta hoitomyöntyvyydestä, hoitoon sitoutumisen kautta hoidosta sopimiseen ammattihenkilön ja potilaan rooleihin. Auktoriteettisuhteessa (myös Kettunen 2001) hoitaja on hallitseva ja hän on käyttänyt asiantuntemustaan tehdessään potilaalle hoitosuunnitelman johon potilas on ollut myöntyväinen. Tällainen autoritaarinen terveysneuvonta ei ole vastavuoroista ja saattaa heikentää potilaan pystyvyyden tunnetta ja siten kykyä hoitaa itseään. Kumppanuussuhteessa hoitaja ja potilas ovat tasavertaisia (myös Kettunen 2001) ja molemmat osallistuvat keskusteluun ja potilaan mukanaolo oman hoidon suunnittelussa ja päätöksenteossa auttavat hoitoon sitoutumisessa. Valmentajasuhteessa puhutaan hoidosta sopimisesta, jossa ammattihenkilö ottaa selvää potilaan arkielämästä ja toiveista sekä räätälöi yhdessä potilaan kanssa hoidon juuri hänelle sopivaksi. Yksilöllisellä hoidon suunnittelulla pyritään lisäämään potilaan motivoitumista hoitoon ja tuetaan potilasta saavuttamaan paras mahdollinen elämänlaatu pitkäaikaissairaudesta huolimatta. Valmentajasuhteessa toiveiden ja arkielämän ymmärtäminen edellyttävät potilaan aitoa kuulemistä ja autonomian kunnioittamista. Omahoitovalmennuksessa painotetaan ongelmanratkaisutaitoja ja keskeistä potilaslähtöisessä tukemisessa on potilaan voimaantuminen sekä hänen autonomiansa, motivaationsa ja pystyvyyden tunteensa tukeminen (Routsalo ym. 2009).

### 3. TIEDON SIIRTYMINEN HOITO- JA PALVELUKETJUSSA

Sosiaali- ja terveydenhuollossa hoito- ja palveluketju nähdään asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvana, organisaatorajat ylittävänä, suunnitelmallisena ja yksilöllisesti toteutuvana palveluprosessien kokonaisuutena. Terveydenhuollossa käytetään nimitystä hoitoketju, silloin kun ketjuun liittyy vain terveydenhuollon hoitotoimia. Palveluketjusta puhutaan silloin kun mukana on myös muiden toimialojen esim. sosiaalihuollon palveluja (Tanttu 2007, 23 -26, 61 -69, 79, 182, Silvennoinen – Nuora 2010, 91 -92). Terveydenhuollossa hoitoketjujen sujuvuus edellyttää ammattihenkilöiden välistä jatkuvaa viestintää ja yhteistyötä erityisesti organisaatioiden välisillä rajapinnoilla potilaan siirtyessä jatkohoitoon. Saumattomalla hoitoketjulla tarkoitetaan potilaan tarpeisiin tehokkaasti, joustavasti ja laadultaan varmennetusti vastaavaa eri organisaatioiden välistä yhteistyötä, jossa potilas etenee terveydenhuollon toimipisteestä toiseen joustavasti (Tanttu 2007, 61 – 69, 79, 182, Silvennoinen – Nuora 2010, 91 - 93 ).

Terveydenhuollon palvelu- ja hoitoprosessien sujuvuus ja jatkuvuus edellyttävät asiantuntijoilta palveluketjun kokonaisuuden ymmärtämistä, asiantuntijoiden osaamista ja yhteistyötä. Tietojärjestelmien avulla voidaan tiedonkulkua saada sujuvammaksi ja tuoda ammattilaisten tarvitsema tieto reaaliaikaisena tarvittaviin jatkohoitopaikkoihin. Tieto tuleekin olla rajoituksetta ja viiveettä kaikkien palveluun tai hoitoon osallistuvien käytössä paikasta riippumatta, jotta sujuva yhteistyö eri ammattiryhmien välillä ja organisaatioiden kesken mahdollistuu. (Tanttu 2007,57, 66,87, Silvennoinen- Nuora 2010, 105 - 108).

Hoitoketjun tarkastelu paljastaa hoitoprosessien välillä olevat linkit, joissa potilaan hoito luovutetaan yhdeltä organisaatiolta toiselle. Tässä syntyy usein viiveitä, jotka voivat aiheutua mm. heikosta informaation kulusta tai puutteellisista resursseista. Tilanteessa jossa hoitoketjua ei tunnisteta, hoito tapahtuu koordinoimattomasti ja potilaalle muodostuu helposti käsitys, että kukaan ei vastaa hoidon kokonaisuudesta. (Lillrank 2004, 126). Tantun tutkimuksesta nousi esiin kolme terveydenhuollon toimintaan liittyvää kehittämissasiaa, jotka olivat asiakasnäkökulma toiminnassa, palveluketjuajattelun kehittäminen ja tiedon kulun hallinnan kehittäminen palveluketjussa (Tanttu 2007,191).

Tässä työssä hoitoketjulla tarkoitetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon järjestämää, tyyppin 2 diabetespotilaan saumatonta sairaanhoidon ja kuntoutuspalvelujen kokonaisuutta.

### 3.1 Ohjauksen kirjaaminen

Dokumentointia eli hoitotyön kirjaamista sääntelevät erilaiset lait, asetukset ja ohjeet, kuten laki potilaan asemasta ja oikeuksista, potilasvahinkolaki ja henkilötietolaki (Hallila & Graeffe 2005) Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) potilasasiakirjat määrittellään potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäväksi, laadituiksi tai saapuneiksi asiakirjoiksi tai teknisiksi tallenteiksi, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja. Hoitotyön kirjaamista on kehitetty manuaalisesta sähköiseen kirjaamiseen ja kirjauskäytäntöjä on yhdistetty ns. rakenteiseksi kirjaamiseksi, mikä mahdollistaa potilastietojen siirtymisen hoitoketjun eri tasojen välillä (Kääriäinen & Kaakinen 2008, Saranto & Kinnunen 2008).

Ohjauksen kirjaaminen on usein puutteellista ja lisää päällekkäistä ohjaustoimintaa tai johtaa ohjauksen laiminlyönteihin (Mäkilä 2007, Kääriäinen & Kaakinen 2008, Saranto & Kinnunen 2008 ). Potilasohjauksen kirjaamisessa pelkkä annetun ohjauksen kirjaaminen ei ole riittävää, vaan lisäksi tulee kirjata miten potilas ymmärsi saamansa ohjauksen ja miten hän siihen reagoi (Mäkilä 2007). Potilasturvallisuus strategiassa tärkeäksi tavoitteeksi on asetettu potilaan osallistuminen hoidon turvallisuuden edistämiseen. Potilaalle tulee antaa mahdollisuus osallistua oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen, tuoden ilmi tarvittavat taustatiedot. Potilaan voimaantuminen ja osallistuminen omaan hoitoonsa edellyttävät riittävää tiedonsaantia ja neuvontaa sekä asioiden dokumentointia tiedonkulun turvaamiseksi (STM 2009).

Lääkäri on vastuussa lääkkeen määräämisestä ja siten lääkehoidon kokonaisuudesta. Terveystieteiden ammattihenkilöt vastaavat lääkehoidon toteuttamisesta lääkärin määräysten mukaisesti. Lääkehoitoa koskeva määräys tulee olla kirjattu selkeästi, tavalla joka ei voi aiheuttaa vääriä tulkintoja. Muiden asiakirjoihin tehtävien



lääkehoitomerkitöjen ohella kirjaamisessa kiinnitetään huomiota siihen, että aina lääkäriä konsultoidessa ja lääkärille raportoitaessa lääkehoitoon liittyvät merkinnät ja tapahtumaaika merkitään asiakirjoihin huolellisesti. Myös lääkehoidon ja verensiirtohoitoon vaikuttusten arviointi tulee kirjata tarkasti potilasasiakirjoihin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005).

Hoitotyön prosessin mukainen ohjauksen kirjaaminen edellyttää suunnitelmallisuutta, jonka lähtökohtana ovat potilaan ohjaustarpeen määrittäminen, tavoitteiden asettaminen yhteistyössä potilaan kanssa hänen elämäntilanteensa huomioiden ja niiden dokumentointi potilasasiakirjoihin. Hyvin suunniteltu ja kirjattu potilaan ohjaus on edellytys ohjauksen vaikuttavuuden arviointiin. Ohjauksen tavoitteiden tulisi olla realistisia, konkreettisia, mitattavissa olevia, lyhyelle ja pitkälle aikavälille asetettuja. Yhdessä sovitut tavoitteet on kerrattava, kirjattava ja päivitettävä säännöllisesti (Kääriäinen 2007, Kääriäinen & Kaakinen 2008).

Potilaan ohjaukseen kuuluu myös lyhyen ja pitkän aikavälin ohjauksen arviointi, jossa arvioidaan asetettujen tavoitteiden toteutumista ja potilaan tilassa tapahtuvaa muutosta. Olennaista ohjauksen arvioinnissa on, että potilas ja hoitaja tuovat kumpikin oman näkemyksensä ohjauksesta ja sen vaikutuksista. Sähköisessä hoitokertomuksessa hoitotyön yhteenvedon koostetaan potilaan hoidon kannalta keskeiset tiedot, jotka sisältävät myös oleelliset potilaan ohjaustiedot. Hoitotyön yhteenvedon sisältämiä tietoja voidaan hyödyntää potilaan jatkohoitopaikkaan lähettävässä hoitopalautteessa, josta voidaan tarkistaa millaista ohjausta potilas on saanut lähettävässä hoitoyksikössä (Kääriäinen & Kaakinen 2008).

Valtakunnallisesti on sovittu potilasta koskevien keskeisten tietojen kirjaamisesta sähköiseen potilaskertomusjärjestelmään yhtenäisen rakenteen mukaisesti (HoiDok 2005 - 2008). Tämä rakenteisen kirjaamisen malli juurrutettiin käyttöön ”Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot – hankkeella vuosina 2007- 2009 (HoiData 2009). Rakenteinen kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen edellyttää ohjauksen kirjaamista hoitotyön prosessin mukaisesti. (Kääriäinen & Kaakinen 2008). Hoitoprosessin eri vaiheet kirjataan käyttämällä FinnCC – luokitus kokonaisuutta, joka muodostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksista (SHTaL), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksista (SHToL) ja

hoidon tuloksen tilan luokituksesta (SHTuL). Hoidon toteutuksen kirjaamisessa käytetään komponentteja (Kuva 2), jotka toimivat otsakkeena asiakokonaisuudelle, josta kirjataan. Luokituksen pääluokalla tai alaluokalla täsmennetään kirjattavaa asiaa, jota täydennetään vapaalla tekstillä.

| <b>Komponentti</b>       | <b>Komponentin sisällön yleiskuvaus</b>   |
|--------------------------|---|
| Aktiveetti               | Aktiveetin sekä uni- ja valvetilan muutokset  |
| Erittäminen              | Ruuansulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät                   |
| Selviytyminen            | Yksilön ja perheen kyky käsitellä ongelmia tai sopeutua niihin sekä hoitaa velvollisuudet tai tehtävät                |
| Nestetasapaino           | Elimistön nestemäärään ja nestetasapainoon liittyvät osatekijät   |
| Terveyskäyttäytyminen    | Terveyden edistämiseen liittyvät osatekijät   |
| Terveyspalvelujen käyttö | Palvelutapahtuman aikana tarvittaviin asiantuntijapalveluihin, tutkimuksiin ja näytteiden ottoon liittyvät osatekijät |
| Lääkehoito               | Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät  |
| Ravitsemus               | Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät   |
| Hengitys                 | Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät   |
| Kanssakäyminen           | Yksityisyyteen ja yhdessäoloon liittyvät osatekijät   |
| Turvallisuus             | Sairauden tai hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit  |
| Päivittäiset toiminnot   | Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät  |
| Psyykinen tasapaino      | Psyykkisen tasapainon saavuttamiseen vaikuttavat osatekijät   |
| Aistitoiminta            | Aistien toimintaan liittyvät osatekijät   |
| Kudoseheys               | Lima- ja sarveiskalvojen sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät                             |
| Jatkohoito               | Hoidon päättämiseen, potilaan kotiutumiseen tai hoitopaikan vaihtumiseen liittyvät osatekijät                         |
| Elämänkaari              | Elämän vaiheisiin liittyvät osatekijät  |
| Verenkierto              | Eri elinten verenkiertoon ja neurologisiin muutoksiin liittyvät osatekijät  |
| Aineenvaihdunta          | Endokriiniseen ja immunologiseen järjestelmään liittyvät osatekijät   |

**Kuva 2.** FinnCC-luokituksen komponentit (HoiData 2007-2009)

Sairaanhoitopiirissä, missä tämä tutkimus on toteutettu, on erikoissairaanhoidossa käytössä sähköisen rakenteisen kirjaamisen hoitokertomus WHOIKE (Web – hoitokertomus). WHOIKE on rakennettu siten, että potilaan hoidon suunnittelun ja toteutuksen kirjaaminen on mahdollista hoitotyönprosessin vaiheiden mukaisesti. Potilasohjauksen kirjaaminen WHOIKE- hoitokertomukseen tapahtuu kunkin komponentin alaisuuteen. Tyypin 2 diabeteksen ohjauksen keskeiset sisällöt kirjataan seuraavasti (Taulukko 2). Esimerkiksi tyypin 2 diabetespotilaan liikuntaan liittyvä ohjaus voidaan kirjata komponentin ”Aktiviteetti” alaisuuteen, jota täydennetään pääluokalla ”Aktiviteetin muutos”. Tämän jälkeen valitaan alaluokasta sopiva vaihtoehto kuten esimerkiksi ”Liikunnan vähäisyys” ja tämän alle kirjataan potilaan ohjauksen toteutuminen liikunnan lisäämiseksi. Liikuntaohjaus on myös mahdollista kirjata komponentin ”Terveyskäyttäytyminen” alaisuuteen, jolloin pääluokaksi voidaan valita ”Terveyttä uhkaavat elintavat” ja alaluokaksi liikunnan puute, jonka alle kirjataan potilasohjauksen toteutuminen. Vaihtoehtoisesti pääluokaksi voidaan valita ”Terveyttä edistävä ohjaus”, jolloin alaluokkaa ei ole ja suoraan pääluokan alle voidaan kirjoittaa toteutunut potilasohjaus. Järjestelmässä ei ole olemassa varsinaista ”ohjaus” komponenttia, johon toteutuneen potilasohjauksen voisi suoraan kirjata (www-sivu/ sisäinen verkko).

**Taulukko 2.** Komponenttien ja pää- ja alaluokkien valinta WHOIKE - hoitokertomuksessa ohjauksen kirjaamisessa (SHTaL / SHToL / HoiData 2007 - 2009)

| Ohjauksen sisältö                              | Komponentti              | Pääloukka  | Alaluokka esim.                         |
|--|--------------------------|--|---|
| Painonhallintaohjaus                           | Ravitsemus               | Ravitsemustilan seuranta   | Painon kontrollointi                    |
|  | Terveyskäyttäytyminen    | Terveyttä edistävä ohjaus  | -                                       |
| Liikuntaohjaus                                 | Aktiveetti               | Aktiveettiin muutos  | Liikunnan vähäisyys                     |
|  | Terveyskäyttäytyminen    | Terveyttä uhkaavat elintavat/<br>terveyttä edistävä ohjaus                         | Liikunnan puute<br>-                    |
| Ruokavalio-ohjaus                              | Ravitsemus               | Ravitsemukseen liittyvä ohjaus   | Vähäkalorisen ruokavalion toteuttaminen |
|  | Terveyskäyttäytyminen    | Terveyttä uhkaavat elintavat/<br>terveyttä edistävä ohjaus                         | Epäterveellinen ruokavalio<br>-         |
| Lääkehoidon ohjaus                             | Lääkehoito               | Lääkitykseen liittyvä tiedon tarve   | Lääkehoidon suullinen ohjaus            |
| Omaseuranta esim. RR                           | Verenkierto              | Verenkiertoon liittyvä ohjaus  | -                                       |
| Omaseuranta esim. vs                           | Aineenvaihdunta          | Aineenvaihduntaan liittyvä tarkkailu ja hoito                                      | Verensokerin tarkkailu ja hoito         |
|  | Aineenvaihdunta          | Aineenvaihduntaan liittyvä ohjaus  | -                                       |
| Silmien hoito                                  | Kudoseheys               | Silmienhoitoon liittyvä ohjaus   | -                                       |
| Päihteiden käyttöön liittyvä ohjaus            | Terveyskäyttäytyminen    | Terveyttä uhkaavat elintavat/<br>terveyttä edistävä ohjaus                         | Päihteiden käyttö<br>-                  |
| Masennukseen liittyvä ohjaus                   | Psyykinen tasapaino      | Psyykkistä tasapainoa edistävä ohjaus  | -                                       |
| Ohjaus erityistyöntekijälle esim. jalkahoitaja | Terveyspalvelujen käyttö | Palvelutapahtuman aikaisen hoidon koordinointi                                     | Jalkojenhoitaja                         |
| Ohjaus tutkimuksiin esim. laboratorikokeisiin  | Terveyspalvelujen käyttö | Tutkimukseen ja toimenpiteisiin liittyvä ohjaus/<br>näytteenottoon liittyvä ohjaus | Verinäyte<br>-                          |
| Ohjaus jatkohoitoon                            | Jatkohoito               | Hoidon jatkuvuuden tarve   | Hoito jatkuu kotona                     |
|  | Jatkohoito               | Jatkohoitoon liittyvä ohjaus   | Kirjallisten hoito-ohjeiden antaminen   |

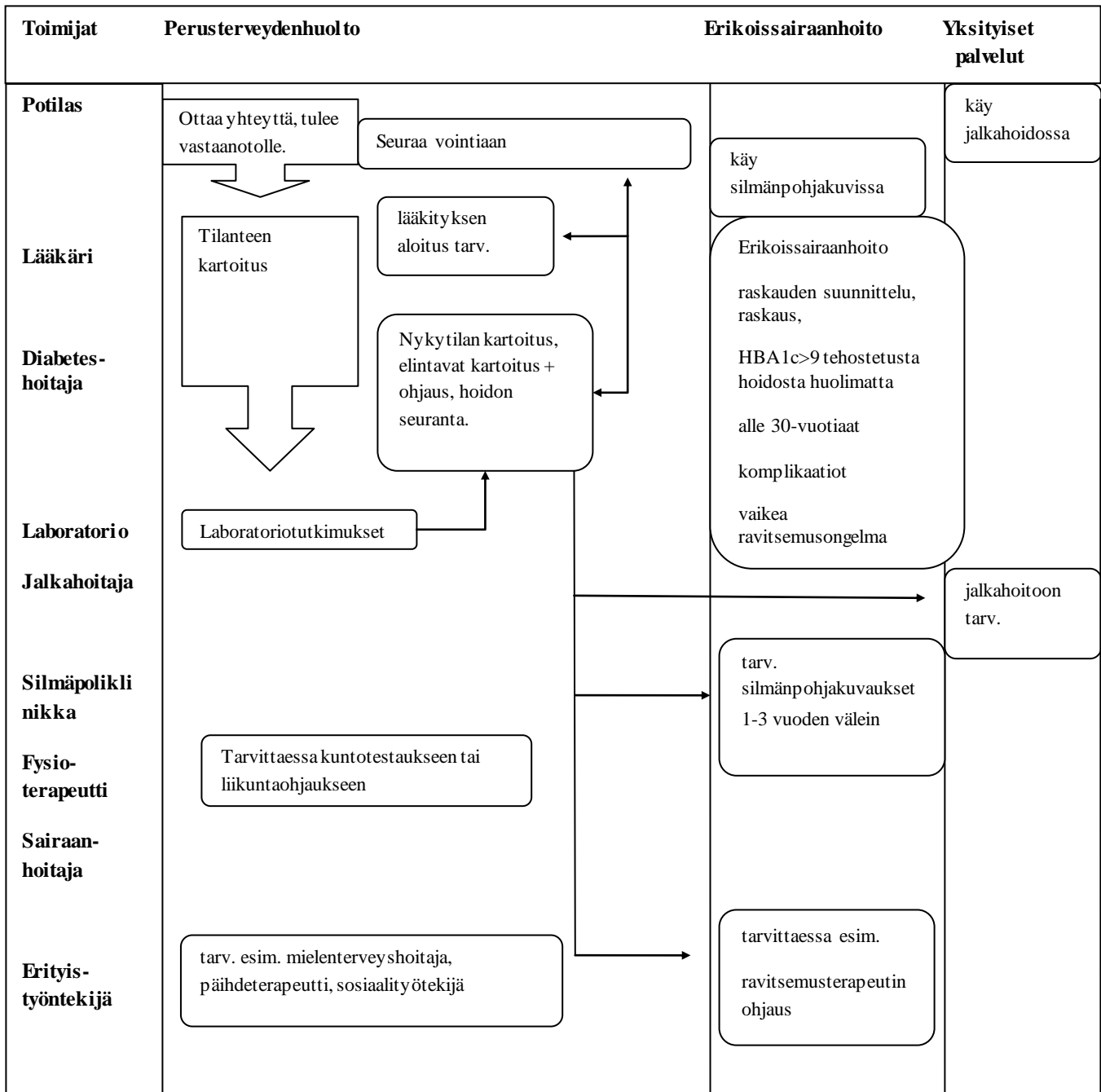
### 3.2 Tyypin 2 diabetespotilas osana hoitoketjua

Alueellisissa hoitoketjuissa ja -ohjelmissa on tarkoitus tuoda esiin kunkin sairaanhoitopiirin erityispiirteitä ja niihin perustuvia näkemyksiä potilasryhmän hoidon porrastuksesta, toisin sanoen keskittyä sopimaan työnjaosta. Tämän tutkimuksen potilaat kuuluvat keskisuureen sairaanhoitopiiriin, missä diabetespotilaat hoidetaan yhteistyössä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä, yhteisesti sovittujen käytäntöjen

mukaisesti mikä näkyy diabetespotilaan hoitopolku- kuvauksessa sisäisessä verkossa (www-sivu/sisäinen verkko ).

Sairaanhoitopiirissä kuvattu tyypin 2 diabetespotilaan hoitopolku (kuva 3) pohjautuu Diabeteksen käypähoitosuositukseen ja Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelmaan (Dehko 2000- 2010). Tyypin 2 diabetespotilaan hoidon päävastuu on linjattu tapahtuvaksi perusterveydenhuollossa, joskin erikoissairaanhoito tukee perusterveydenhuoltoa tyypin 2 diabetespotilaan hoidossa seuraavasti: diagnoosivaiheen hoito voi tapahtua sairaalajaksolla keskussairaalassa jos verensokeri on korkea (>20) tai potilaalla on vaikeita oireita. Myös erikoistapauksissa, kuten raskautta suunniteltaessa tai raskauden aikana ja nuorten potilaiden (alle 30-vuotiaat) hoito tapahtuu keskussairaalassa. Lisäksi tilanteessa, jossa hoidon tehostamisesta ja potilaan motivoituneisuudesta huolimatta verensokeri pysyttelee koholla (>9) ja potilaalla on useita vaaratekijöitä (esim. verenpainetauti, rasva-aineenvaihdunnan häiriö, ylipaino) hoidetaan potilasta keskussairaalassa. Vaikeiden ravitsemusongelmien, joiden hoito perusterveydenhuollossa ei onnistu sekä diabeteksen lisäsairauksien hoito tapahtuu erikoissairaanhoidossa.

Tyypin 2 diabetespotilaiden hoito tapahtuu erikoissairaanhoidossa pääsääntöisesti diabetespoliklinikalla ja sisätautien osastolla. Myös tyypin 2 diabetespotilaan vastaanottokäyntien rakenne on kuvattu sairaanhoitopiirin sisäisillä verkkosivuilla, jotka näkyvät myös perusterveydenhuollossa. Ohjeistuksena ovat tavalliset käynnit diabeteshoitajan vastaanotolla kahdesta kolmeen kertaa vuodessa. Tuolloin kontrolloidaan verensokeri (HbA1c), sekä paino ja verenpaine. Tärkeää on huomioida myös potilaan ohjaus ja neuvonta. Kerran vuodessa tyypin 2 diabetespotilaat käyvät vuosikontrollissa, jolloin tehdään laajemmat tutkimukset mm. jalkojen riskiarvio, veren kolesterolipitoisuuden ja munuaisarvojen tarkistus ja muut tarvittavat tutkimukset. Myös silmänpohjien kuvaus ja näkökyvyn tarkistus tehdään 1- 3 vuoden välein (Dehko 2010, Diabetesliitto).



Kuva 3. Tyypin 2 diabetespotilaan hoitopolku.

Potilasohjauksen kirjaaminen tapahtuu sähköiseen potilastietojärjestelmään Efficään niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin. Erikoissairaanhoidon yksiköissä on käytössä myös WHOIKE (Web-hoitokertomus), mutta perusterveydenhuollossa siihen on tutkimus hetkellä olemassa vain katseluoikeudet. Potilaan käydessä erikoissairaanhoidossa diabeteshoitajan vastaanotolla hänen tietonsa kirjataan ProWellness – hoito-ohjelmistoon, joka toimii käytännössä sähköisenä diabetesrekisterinä osassa alueen terveyskeskuksista. Perusterveydenhuollossa vuodeosastojaksolla käytössä ovat vielä paperiset potilasasiakirjat.

#### **4. TUTKIMUSASETELMA**

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata tyypin 2 diabetespotilaan ohjauksen dokumentointia hoitoketjussa. Lisäksi selvitetään millaisena potilasohjauksen jatkuvuus, hoidon eri tasojen välinen yhteistyö ja tiedon siirtyminen näyttäytyvät potilasasiakirjoihin tehtyjen merkintöjen perusteella.

##### **Tutkimus vastaa seuraaviin kysymyksiin:**

1. Ketkä toteuttavat tyypin 2 diabetes potilaan ohjausta?
2. Millaiset ovat tyypin 2 diabeteksen ohjauksen sisällöt?
3. Miten dokumentoitu potilasohjaus tukee hoidon jatkuvuutta?

## 5. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 5.1 Tutkimukseen osallistujat

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat terveyskeskuksen diabetesrekisteristä poimitut vuoden 2005- 2009 välisenä aikana tyypin 2 diabetekseen sairastuneet henkilöt (n=110). Heistä hiukan alle puolella oli toteutunut hoitopolku perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä tyypin 2 diabeteksen diagnosoinnin jälkeen (n=50). Suostumuksen tutkimukseen antoi 43 potilasta, joista naisia oli 19 ja miehiä 24. Osallistujien ikä vaihteli 28 vuodesta 84 vuoteen ja keski-ikä oli naisilla 61,5 vuotta ja miehillä 66,5 vuotta. Syyt tutkimuksesta poisjäämiselle olivat paikkakunnalta pois muuttaminen, korkea ikä ja tuntemattomat syyt. Tarkemmin osallistujien ikäjakaumaa on kuvattu taulukossa 3.

**Taulukko 3.** Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden ikä jakauma

|                  | <b>Naiset</b> | <b>Miehet</b> | <b>Yhteensä</b> |
|------------------|---------------|---------------|-----------------|
| Alle 40-vuotiaat | 1             | 1             | 2               |
| 40 - 44-vuotiaat | 0             | 0             | 0               |
| 45 -49-vuotiaat  | 2             | 1             | 3               |
| 50 -54-vuotiaat  | 1             | 1             | 2               |
| 55 -59-vuotiaat  | 3             | 3             | 6               |
| 60 -64-vuotiaat  | 4             | 2             | 6               |
| 65 -69-vuotiaat  | 4             | 6             | 10              |
| 70 -74-vuotiaat  | 1             | 4             | 5               |
| 75 -79-vuotiaat  | 1             | 4             | 5               |
| 80 -84-vuotiaat  | 2             | 2             | 4               |
| <b>Yhteensä</b>  | <b>19</b>     | <b>24</b>     | <b>43</b>       |

### 5.2 Aineiston keruu

Tutkimus toteutettiin keskisuuren sairaanhoitopiirin alueella tarkastelemalla tyypin 2 diabetesta sairastavien potilaiden potilasasiakirjoja. Osallistujia tutkimukseen rekrytoitiin



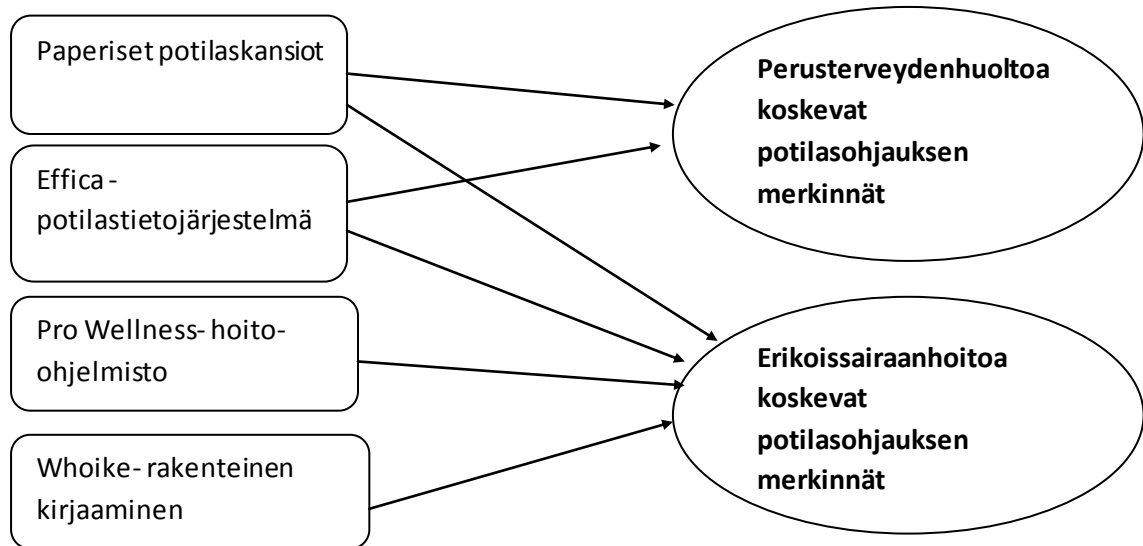
diabeteshoitajien ja terveydenhoitajien vastaanotoilla ja osalle potilaista (10) lähetettiin kirje kotiin, kun heihin ensin oltiin puhelimitse yhteydessä. Tutkimukseen osallistumista varten potilaille oli laadittu kirjallinen tiedote tutkimuksesta (Liite 1), sekä kirjallinen lupalomake (Liite 2). Osallistujia rekrytoidessaan diabeteshoitajat ja terveydenhoitajat antoivat potilaille tietoa tutkimuksesta sekä suullisesti että kirjallisesti. Lisäksi he pyysivät potilailta kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta ja lähettivät sen tutkijalle. Kirjallisessa suostumuksessa potilaat antoivat tietoisuuden suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimusaineisto muodostui tutkimukseen osallistuvien potilaiden potilasasiakirjoista poimituista potilasohjausta käsittelevistä terveydenhuoltoalan ammattilaisten kirjauksista perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Potilasasiakirjoista poimittiin merkinnät, joissa mainittiin sanat ohjaus, neuvonta, kannustus, suositus, lähete, kehoitus ja keskustelu (Taulukko 4).

**Taulukko 4.** Ohjausta kuvaavat sanat tässä tutkimuksessa.

| Dokumentoituilmaus | Määrittely                                    | Merkitys                           |
|--------------------|---|------------------------------------|
| Ohjaus             | Potilasta ohjataan suullisesti, kirjallisesti | Ohjaus, ei sisällä suoria neuvoja. |
| Neuvonta           | Potilas saa suoria neuvoja                    | Tarkat ohjeet toimia               |
| Kannustus          | Vahvistetaan potilaan toimintaa               | Tukee potilaan jaksamista          |
| Suositus           | Suosittelaa toimintaa potilaan parhaaksi      | Toteutus jää potilaan vastuulle    |
| Lähete             | Lähetteen tekeminen mainitaan                 | Kirjallinen dokumentti             |
| Kehotus            | Potilasta kehoitetaan toimintaan              | Toteutus jää potilaan vastuulle    |
| Keskustelu         | Keskustellaan potilaan kanssa                 | Ohjaus, ei sisällä suoria neuvoja. |

Tutkimukseen osallistujien lupalomakkeet säilytettiin perusterveydenhuollon yksikössä, lukollisessa laatikossa, johon vain tutkijalla oli pääsy. Tutkimukseen osallistuneiden tunnistetiedot poistettiin (nimi, henkilötiedot) ja heille annettiin koodinumero, jonka perusteella tiedot tallennettiin Word- tiedostoon. Aineiston keruu suoritettiin marraskuun

2010- helmikuun 2011 välisenä aikana erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon potilasasiakirjoista, sekä sähköisestä potilastietojärjestelmästä (Kuva 4).



**Kuva 4.** Aineiston keruu

Terveystieteiden ammattihenkilöstön kirjaukset tallennettiin Word – tiedostoon käyttäen suoria lainauksia. Yhteensä potilasohjausta käsittelevää aineistoa kertyi 30 sivua. Tutkimusaineiston toisen osion muodostivat potilaiden tyypin 2 diabetekseen liittyvistä terveystieteiden käytöstä kuvatut hoitopolut, yhteensä 43 sivua. Aineistot tallennettiin muistitikulle, jota tutkija säilytti lukollisessa laatikossa. Aineiston käsittelyssä ja tutkimuksen raportoinnissa noudatettiin erityistä varovaisuutta ja suojeltiin tutkimukseen osallistuvien tunnistettavuudelta koko tutkimusprosessin ajan.

### 5.3 Aineiston analyysi

Tässä tutkielmassa käytettiin analyysimenetelmänä induktiivista sisällön analyysia ja analyysiyksikkönä käytettiin asiakokonaisuuksia. Aineisto luokiteltiin koodeilla siten, että jokaisen potilaan terveydenhuollonkäynti sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa on eroteltavissa. Esimerkiksi ensimmäisen potilaan ensimmäinen lääkärinkäynti perusterveydenhuollossa koodattiin merkinnällä P1 pth L1. Aineiston luokittelussa käytettiin apuna Word- ohjelman Etsi toimintoa, jonka avulla saatiin saman

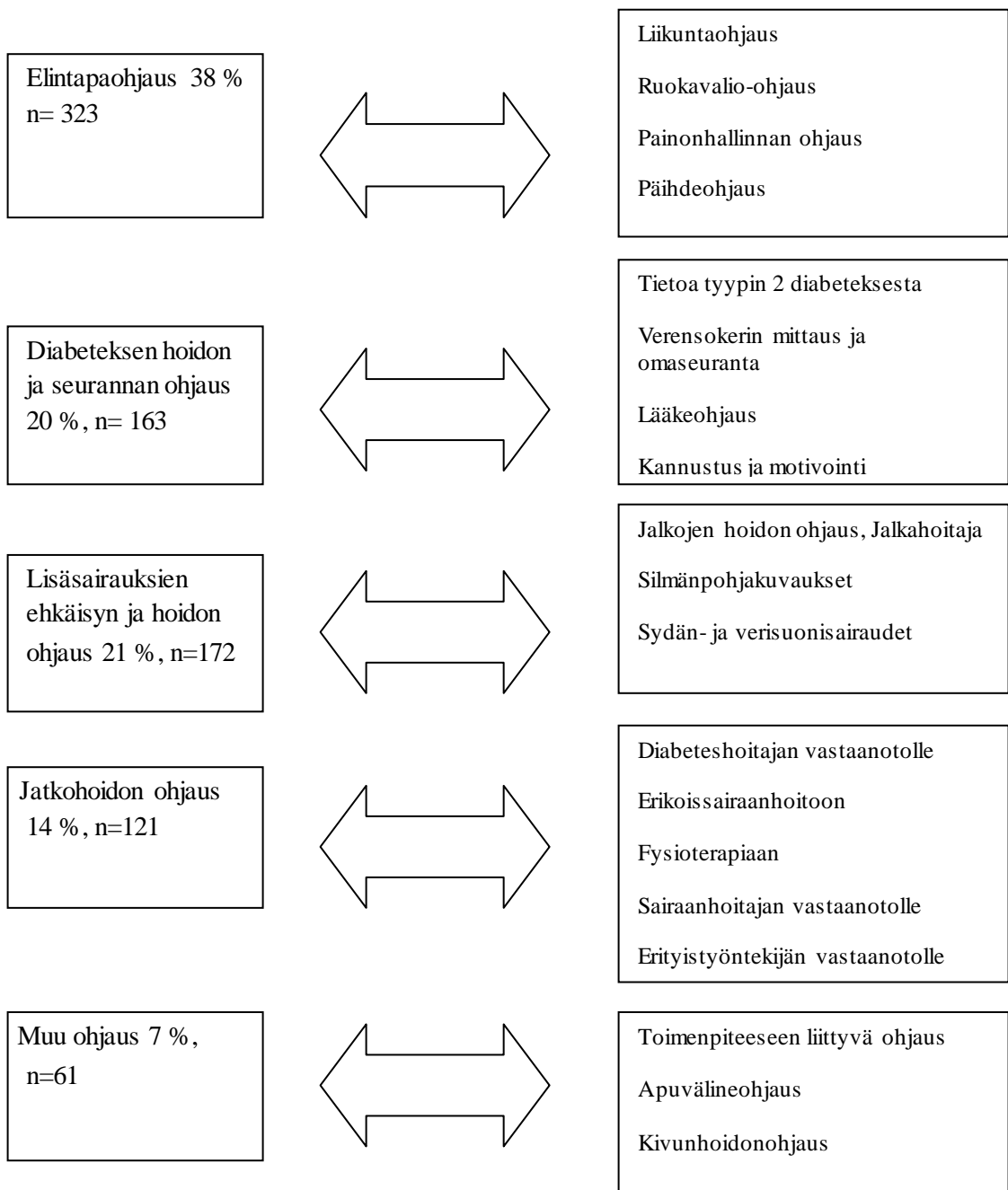
ammattiryhmän potilasohjausta käsittelevät merkinnät poimittua koko aineistosta. Aineiston pelkistämistä ohjasivat tutkimuskysymykset (Elo & Kyngäs 2008, Tuomi & Sarajärvi 2009). Tutkimusaineistoa havainnollistettiin myös määrällisin menetelmin laskemalla potilasasiakirjamerkinnöistä muodostetuista asiakokonaisuuksista (n=840) prosenttiosuuksia ammattiryhmittäin ja ohjauksen sisältöjen mukaan.

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen ”Ketkä toteuttavat potilasohjausta?” vastaukset nousivat suoraan aineistosta poimituista terveydenhuollon ammattihenkilöiden kirjauksista. Toisen tutkimuskysymyksen ”Millaiset ovat potilasohjauksen sisällöt?” aineiston analyysissä edettiin siten, että ensin aineistosta eroteltiin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon aineistot, jonka jälkeen aineistoja tarkasteltiin ammattiryhmittäin; diabeteshoitajat/terveydenhoitajat, sairaanhoitajat, fysioterapeutit, erityistyöntekijät ja lääkärit. Tämän jälkeen ammattiryhmittäin alkuperäisilmaukset pelkistettiin ja samansisältöiset pelkistykset yhdistettiin alaluokiksi. Analyysin jatkuessa samansisältöiset alaluokat yhdistettiin yläluokiksi antamalla niille niiden sisältöä kuvaavat nimet. Samansisältöiset yläluokat yhdistettiin edelleen pääluokiksi, joita olivat elintapaohjaus, diabeteksen hoidon ja seurannan ohjaus, lisäsairauksien ehkäisyn ja hoidon ohjaus, ja jatkohoitoon liittyvä ohjaus. Tarkempi esimerkki sisällönanalyysistä on kuvattu liitteessä (Liite 3).

Kolmanteen tutkimuskysymykseen ”Miten dokumentoitu potilasohjaus tukee hoidon jatkuvuutta” aineistossa tarkasteltiin potilaiden hoitopolkuja kiinnittämällä huomio kohtiin, joissa vastuu hoidon ohjauksesta siirtyi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tai eri henkilöiden välillä. Tällaisia rajapintoja olivat mm. tiedon siirtyminen perusterveydenhuollon lääkärin ja diabeteshoitajan välillä, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lääkäreiden, hoitajien ja fysioterapeuttien välillä sekä diabeteshoitajan ja jalkahoitajan välillä. Lisäksi kuvattiin tyyppin 2 diabetespotilaan hoitopolkua kahden potilastapauksen ja kahden aikajanan avulla.

## 6. TUTKIMUSTULOKSET

Tässä tutkimuksessa tyypin 2 diabetespotilaan dokumentoitu potilasohjaus jakautui elintapaohjaukseen (38 %), diabeteksen hoitoon ja seurantaan liittyvään ohjaukseen (20 %), lisäsairauksien ehkäisyyn ja hoitoon liittyvään ohjaukseen (21 %), jatkohoidon ohjaukseen (14 %) sekä muuhun ohjaustoimintaan (7 %). Tarkemmin ohjauksen jakautumista on havainnollistettu kuvassa 5.



**Kuva 5.** Potilasohjauksen kokonaisuus (n=840)

### 6.1 Tyypin 2 diabetespotilaan ohjauksen toteuttajat

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden kirjausten perusteella tyypin 2 diabeteksen hoitoon osallistui diabeteshoitaja (dh), terveydenhoitaja (diabeteksen hoidosta vastaava), lääkäri (L), fysioterapeutti (ft), sairaanhoitaja (sh), jalkahoitaja, ravitsemusterapeutti, päihdetyöntekijä, sosiaalityöntekijä, mielenterveyshoitaja ja toimintaterapeutti. Keski-suuren sairaanhoitopiirin hoitopolun mukaan tyypin 2 diabetespotilaan hoidon päävastuu oli linjattu perusterveydenhuoltoon. Tässä tutkimuksessa kirjausten perusteella voitiin osoittaa diabeteksen hoitokokonaisuuden päävastuun olevan perusterveydenhuollossa, kuten hoitopolussa oli linjattu. Dokumentoidusta potilasohjauksesta 86 prosenttia oli perusterveydenhuollon ammattihenkilöiden kirjaamia (Taulukko 5).

**Taulukko 5.** Tyypin 2 diabetespotilaan ohjaus ammattiryhmittäin perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa (n=840)

| Ammattiryhmät                    | Perusterveydenhuolto % / n | Erikoissairaanhoito % / n               |
|----------------------------------|----------------------------|---|
| Diabeteshoitaja/terveydenhoitaja | 50 % / n= 420              | ei dokumentoitua ohjausta (ei käyntejä) |
| Lääkäri                          | 15 % /n=125                | 3 % =25                                 |
| Hoitajat                         | 4 % /n= 37                 | 6 % /n=54                               |
| Fysioterapeutit                  | 16 % /n= 130               | 3 % /n=25                               |
| Erityistyöntekijät               | 1 % /n=8                   | 2 % / n=16                              |
| <b>Yhteensä</b>                  | <b>86 % / n=720</b>        | <b>14 % / n=120</b>                     |

Tyypin 2 diabetesta sairastavat kävivät säännöllisesti seurannassa diabeteshoitajan vastaanotolla ja vuosikontrolleissa lääkärin vastaanotolla. Käyntien määrä diabeteshoitajan vastaanotolla riippui diabeteksen hoidon tasapainosta. Ennen vuosikontrolleja ja myös tarvittaessa potilaat kävivät lääkärin määräämissä laboratoriotutkimuksissa. Keskeisenä diabeteksen hoitotiimiin tutkimustulosten perusteella kuului jalkahoitaja, jonka vastaanotolle potilaat saivat tarvittaessa maksusitoumuksen diabeteshoitajalta tai lääkäriltä.

Kirjauksista potilasasiakirjoissa ilmeni, että tyypin 2 diabetespotilaita ohjattiin tarvittaessa diabeteshoitajan tai lääkärin toimesta fysioterapeutin vastaanotolle kuntokartoitukseen ja liikunnan ohjaukseen tai apuvälineasioissa. Potilaat, jotka tarvitsivat erityisesti tukea, kannustusta ja ohjausta liikunnan lisäämiseksi tai kuuluivat Dehko – hankkeeseen, ohjautuivat fysioterapeutin vastaanotolle esim. ”... *laitetaan viesti fysioterapiaan ja pyydetään sieltä ottamaan yhteyttä potilaaseen päin ja otettaisiin hänet tilanteen tarkistukseen ja kuntoutusohjeita saamaan...*” ( p19 L3). Kirjausten mukaan silmien tarkistus tapahtui silmänpohjakuvausten yhteydessä erikoissairaanhoidossa tai yksityisellä silmälääkärillä. Potilaista kolme kävi yksityisellä silmälääkärillä silmien tarkistuksessa esim. ”... *suositeltu varamaan aika silmäseman kautta silmälääkärille näön ja silmänpohjien tarkistamiseen...*” (p36 dh2).

Sairaanhoitajat osallistuivat tyypin 2 diabetespotilaan ohjaukseen tämän käydessä sairaanhoitajan vastaanotolla esim. sydänasioiden vuoksi tai lääkärin vastaanotolla esim. ”... *saa sydämen vajaatoiminta ohjauksen ja kirjaseen mukaan... selitetään käytössä olevien lääkkeiden vaikutusta...*” (p 16 sh1). Viittä potilasta muistutettiin säännöllisistä hammastarkastuksista hammashuollossa esim. ”... *keskusteltu hammashoidon tärkeydestä diabeteksen kannalta ja siitä kuinka hoitamattomat hampaat lisäävät sydäntapahtumien riskiä, kannustettu hoitamaan suu nyt kuntoon....*” (p27 dh11 ). Kirjauksista ilmeni, että tarvittaessa potilasta ohjattiin myös sosiaalityöntekijän tai päihdeterapeutin tai muiden erityistyöntekijöiden vastaanotolle (esim. mielenterveyshoitaja). Erityistyöntekijöiden vastaanotolla kävi potilasasiakirjojen mukaan viisi potilasta.

Erikoissairaanhoidossa potilas kävi jonkin muun sairauden vuoksi tai joskus harvoin diabeteksen pahentumisen vuoksi esim. sisätautipoliklinikalla lääkityksen tarkistuksessa (1 potilas). Terveystieteiden ammattihenkilöstön potilasasiakirjamerkintöjen perusteella erikoissairaanhoidossa ohjausta toteuttivat lääkärit, hoitajat, fysioterapeutit, toimintaterapeutit sekä ravitsemusasioiden parantamiseksi ravitsemusterapeutti.

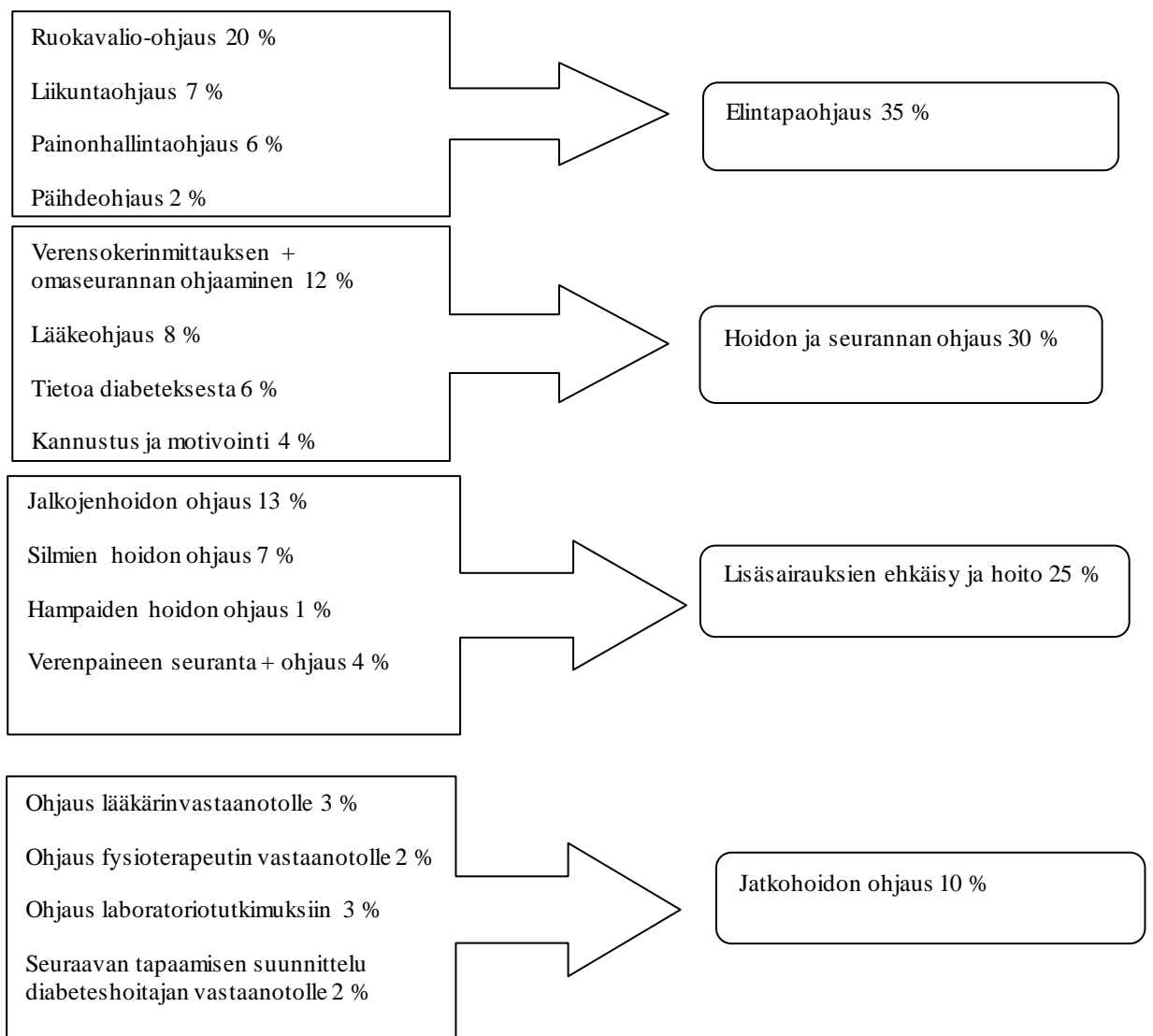
## 6.2 Tyypin 2 diabetespotilaan ohjauksen sisällöt

Terveystieteiden ammattihenkilöiden kirjausten mukaan diabetespotilaan ohjauksen sisällöksi odotetusti muodostui elintapaohjaus sisältäen ruokavalioon, liikuntaan, painonhallintaan ja päihteisiin liittyvän ohjauksen. Muita ohjauksen sisältöjä olivat

diabeteksen hoidon ja seurannan ohjaaminen, lisäsairauksien ehkäisy ja hoito, jatkohoitoon liittyvän ohjaus ja muu ohjaustoiminta. Seuraavaksi potilasohjauksen sisältöjä tarkasteltiin ammattiryhmittäin perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa.

### 6.2.1 Diabeteshoitajien/ terveydenhoitajien ohjaus perusterveydenhuollossa

Potilasasiakirjamerkintöjen pohjalta diabeteshoitajien ja terveydenhoitajien (diabeteksen hoidosta vastaava) ohjauksen painopisteeksi nousi elintapaohjaus. Toisena keskeisenä potilasohjauksen osana oli diabeteksen hoidon ja seurannan ohjaaminen, kolmantena lisäsairauksien ehkäisy ja hoito ja neljäntenä jatkohoidon ohjaus (Kuva 6).



**Kuva 6.** Diabeteshoitajan / terveydenhoitajan toteuttama potilasohjaus (n=420)

Diabeteshoitajan vastaanoton kirjaukset olivat potilaan ruokavaliota ja elintapoja keskustellen kartoittavia, jonka jälkeen ohjausta voitiin toteuttaa yksilöllisesti potilaan tarpeista lähtien esim. ”...ruokailusta keskusteltu, kasvisten määrää voisi reilusti nostaa, kokojyväleipää syö ja vähärasvaisia maitotuotteita...” (p1 dh6). Yhden potilaan kohdalta löytyi maininta esitietolomakkeen käytöstä potilaan tilanteen kartoittamiseksi esim. ”...esitietolomake käyty läpi, asiat joihin tulisi kiinnittää huomiota ovat makeat napostelut sekä leivän päälle laitettava rasva...” (p23 dh2).

Ruokavalio asioissa potilaita ohjattiin vähärasvaiseen ruokavalioon, kasvisten syömisen lisäämiseen sekä suolan käytön vähentämiseen. Lisäksi kirjaukset osoittivat ohjauksessa huomioitun myös ravintokuidun määrän lisääminen ruokavaliossa esim. ”...ruokavaliossa kannustettu vaihtamaan vaalea leipä ruisleipään sekä leivän päälle mieluummin kokolihaleikkeleet kuin makkarat ... kasvisten käyttöä myös hyvä lisätä...” (p26 dh 1). Myös vähärasvaisten ja rasvattomien maitotuotteiden käyttämistä suositeltiin ja janojuomaksi vettä. Ohjauksessa keskityttiin hiilihydraattien määrän vähentämiseen ruokavaliossa, jolla oli merkittävä osuus painonhallinnassa esim. ”... ruokavaliosta keskusteltu, voirasvojen käytöstä kyselee, hiilihydraatteja kuten leipää ja perunaa suositellaan vähentämään painon hallitsemiseksi...” (p42 dh7). Potilasasiakirjamerkintöjen mukaan potilaat saivat tietoa myös erilaisista terveysvaikutuksiltaan tunnettujen tuotteiden vaikutuksesta diabeteksen lääkkeiden aiheuttamien vatsavaivojen hoitamiseksi esim. Gefilus – tuotteet. Ruokavalio-ohjausta toteutettiin hyvin konkreettisella tavalla. Potilaita ohjattiin mm. hiilihydraattien vähentämiseen ruokailussa esim. ”... pullaa syö 3 jopa 4 päivässä, selvitetty niiden verensokeria nostava vaikutus ja kannustettu vähentämään yhteen...” (p2 dh1). Kirjausten perusteella potilaita ohjattiin pitämään ruokapäiväkirjaa, ruokailutottumusten sekä aterioiden rytmitysten selvittämiseksi. Sopivaksi ateriaväliksi suositeltiin kolmesta neljään tuntiin ja ruokailukertojen määräksi 4 – 6 ateriaa päivässä esim. ”... kannustettu aterioimaan 3- 4 tunnin välein, 5- 6 ateriaa päivässä, että saisi napostelun kuriin...” (p1 dh2).

Asiakirjoista löytyi ohjauksen kirjauksia myös liikunnan harrastamiseen ja liikuntaa pidettiin keinona insuliiniherkkyyden lisäämiseen ja painonhallintaan. Liikuntaohjauksen kirjauksissa ilmeni myös potilaiden näkemyksiä ohjattavasta asiasta, kuten esim. ”...potilas liikkunut runsaasti ja sauvakävellyt ja huomannut sen vaikutuksen



*jaksamiseen...”* (p6 dh2). Potilaita oli ohjattu myös pitkäkestoisen liikunnan harrastamiseen esim. sauvakävelyyn. Terveyskunnan mittaamiseksi ja liikuntaohjeiden saamiseksi kymmenen potilasta ohjattiin fysioterapiaan esim. ”...*soitettu fysioterapiaan ja pyydetty dehko – tyyppistä ohjantaa, ottavat sieltä yhteyttä potilaaseen...*” (p27 dh9).

Painonhallintaan potilaat saivat tukea diabeteshoitajalta, nettisivuilla olevista painonhallintaa tukevista ryhmistä ja sivustoista esim. pieni päätös päivässä – sivusto. Diabeteshoitaja ohjasi heitä mukaan myös omassa terveyskeskuksessa toimivaan painonhallintaryhmään, esim. ”... *painonhallinnasta keskusteltu, siitä että päätös on itsellä ja vaatii aikaa ja paneutumista ... perustiedot ravitsemuksesta erittäin hyvät ...suositeltu esim. Keventäjät - nettiryhmää tai Pieni Päätös Päivässä - ohjelmaa, lupasi käydä tutustumassa sivuihin...*”. (p29 dh1). Tai esim. ”... *kokee, että on saanut diabetesneuvolassa tukea painonhallintaan, yksin ei olisi niin onnistunut...*” (p21 dh6). Kirjaukset osoittivat hoitajien antaneen myös positiivista palautetta potilaille esimerkiksi painonpudotuksen onnistumisesta tai liikunnan lisäämisestä esim. ”... *paino hienosti laskenut, positiivista palautetta siitä annettu...*” (p2 dh3). Kaksi potilasta kävi ravitsemusterapeutin vastaanotolla painonhallintaan liittyvissä asioissa. Ylipainon vähentämiseksi kahden potilaan kohdalla mietittiin vaihtoehtoiksi ENE -dieettiä (niukkaenerginen dieetti) ja laihdutuslääkkeitä. Kiinnostusta kahdella potilaalla ilmeni myös laihdutusleikkaukseen.

Potilasasiakirjojen mukaan potilaat saivat tietoa diabeteksestä ja sen hoidosta sekä suullisesti että kirjallisesti. Kirjauksista ilmeni myös potilaiden saama kannustus omahoidon toteuttamiseen ja voinnin seurantaan. Tärkeiksi asioiksi omaseurannan ohjauksessa nousivat verensokerimittauksen ohjaaminen ja omaseurantavihkon käyttö (mittaustulokset, tuntemukset), lääketietous (sivuvaikutukset, annostus + ajankohta) ja diabeetikolle kuuluvat ilmaisjakelutuotteet. Esim. ”... *tarkennettu diabeteksen hoito-ohjeita, kehoitettu tekemään kotimittauksia 2 päivänä viikossa, paastoarvo, ennen lounasta, kaksi tuntia lounaan jälkeen, illalla sekä liikunnan jälkeen...*” (p33 dh2). Kirjauksissa näkyi diabeetikoilla olevan myös puutteita hoitomotivaatioissa, kuten esim. kieltäytyminen verensokerin omaseurannasta, kolmella potilaalla. Esim. ”...*potilas ei suostuvainen mittaamaan verensokeriarvoja kotona...*” (p 2 dh1).

Verenpaineen seuranta ja jalkojen sekä silmien hoitaminen lisäsairauksien ehkäisemiseksi ja hoidoksi, nousivat keskeisinä esiin potilasasiakirjoista. Jalkojen tarkastaminen, ohjaus ihorikkojen huomioimiseksi ja hoitamiseksi, jalkahygieniasta huolehtiminen, kenkien valinta sekä ongelmatapauksissa läheteet jalkahoitajalle tai lääkärin vastaanotolle kuuluivat diabetespotilaan hoitoon ja ohjaukseen. Esim. *”...jalat katsottu, iho ehjä, mutta erittäin kuiva ja ohut, kipuja jalkaterässä, varataan aika lääkärin vastaanotolle...”* (p1 dh10). Palautetta jalkahoitajalta ei kirjauksissa kommentoitu muutoin kun mainitsemalla, että potilas oli käynyt jalkahoitajalla. Kirjausten mukaan silmien tarkastusta varten potilas sai ajan silmänpohjakuvauksiin säännöllisin väliajoin (kerran 1-3 vuodessa) tai potilas kävi silmänpohjien tarkistuksessa yksityisellä silmälääkärillä (kolme potilasta).

Terveystieteiden ammattihenkilöstön merkinnät osoittivat diabeteshoitajan/terveydenhoitajan suunnittelevan diabetespotilaiden hoitoa usein seuraavaan tapaamiseen asti. Potilaan vastuulle jäi ajanvaraaminen jalkahoitajalle, hammaslääkäriin, laboratoriotutkimuksiin, lääkärin ja myös diabeteshoitajan vastaanotolle. Esim. *”...ohjattu potilas lääkärin vastaanotolle sokerirasituskoetuloksen perusteella, jatkaa myös verensokerin kotiseurantaa ja lääkärissäkäynnin jälkeen ohjataan varaamaan aika diabeteshoitajalle...”* (p7 dh1). Potilaille annettiin tietoa seuraavalla käynnillä käsiteltävistä asioista, jota edelsi omahoitomittausten säännöllinen suorittaminen ja kirjaaminen omaseurantavihkoon, sekä laboratoriotutkimukset tarvittaessa. Esim. *”...lähete tehty sokerirasitus- ja kolesterolikokeeseen... verenpaine koholla, kehotettu uusintamittaukseen viikon kuluttua, sovitaan aika diabetesneuvolaan kuukauden päähän ja kuntokartoitukseen varailee itse aikaa fysioterapiaan...”* (p23 dh1). Kirjaukset osoittivat diabeteshoitajan ohjanneen potilaita myös hammashuoltoon hammastilanteen selvittämiseksi (5 potilasta) ja erityistyöntekijöiden, kuten mielenterveyshoitajan ja sosiaalityöntekijän vastaanotolle (2 potilasta).

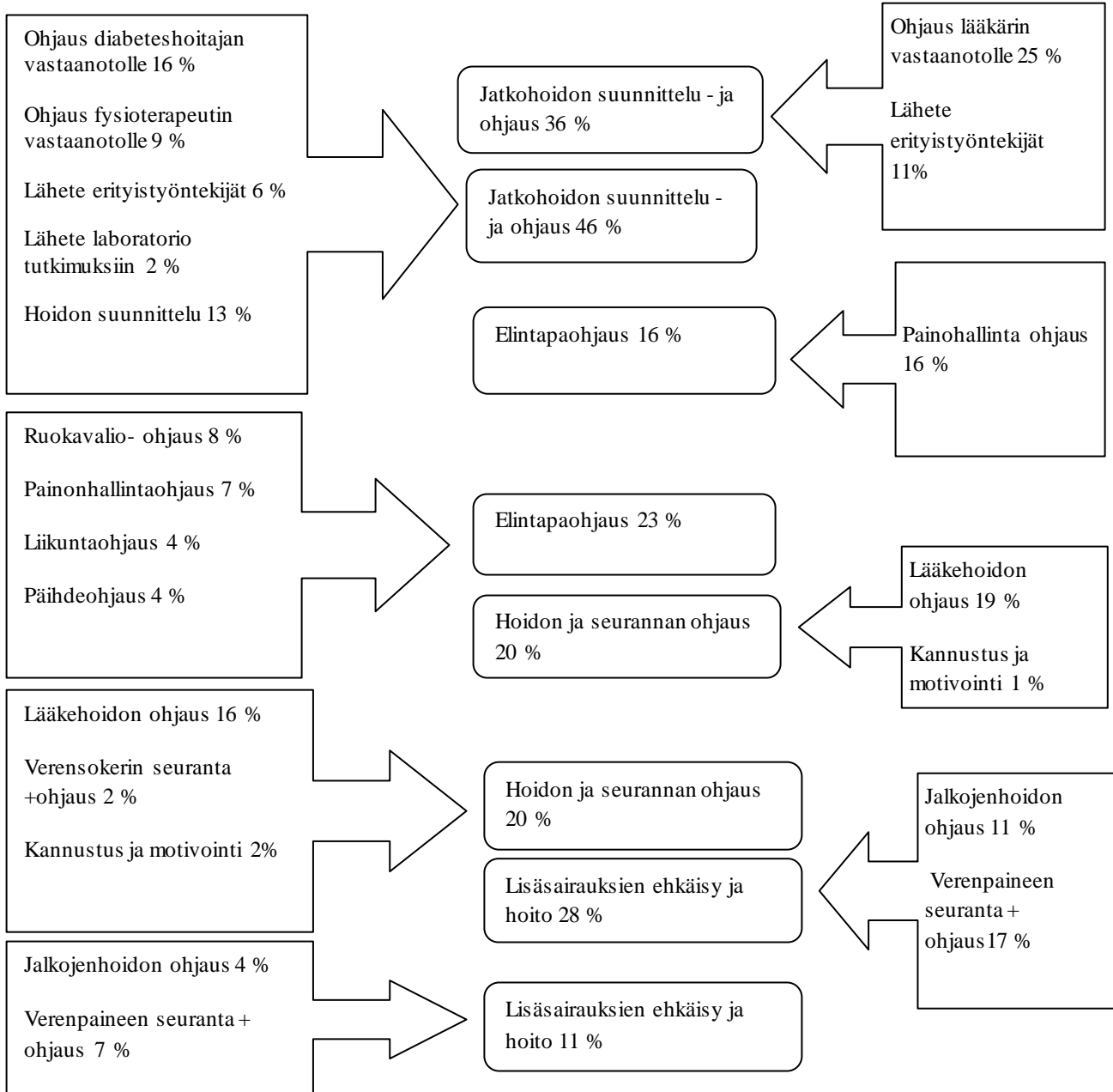
### 6.2.2 Lääkäreiden potilasohjaus

Terveystieteiden lääkäreiden ohjaus painottui tyypin 2 diabetespotilaan jatkohoidon suunnitteluun ja ohjaukseen (46 %), elintapaohjaukseen (23 %), hoidon ja seurannan ohjaukseen (20 %) ja lisäsairauksien ehkäisyyn ja hoitoon (11 %). (Kuva 7). Kirjauksista

ilmeni, että useimmiten terveyskeskuslääkärit ohjasivat potilaan diabeteksen hoidon seurantaan diabeteshoitajalle. Terveyskeskuslääkärit tekivät myös läheteitä fysioterapeuttien ja erikoistyöntekijöiden vastaanotoille, sekä laboratoriotutkimuksiin.

### Perusterveyden huolto (n=125)

### Erikoissairaanhoito (n=25)



**Kuva 7.** Lääkäreiden toteuttama tyypin 2 diabeteksen potilasohjaus (n=150)

Erikoislääkäreiden ohjauksessa korostui diabetespotilaan jatkohoidon suunnittelu ja ohjaus (36 %), lisäsairauksien ehkäisy ja hoito (28 %), sekä diabeteksen hoidon ja seurannan ohjaus (20 %) ja elintapaohjaus (16 %). Lisäsairauksien ehkäisyssä ja hoidossa

korostuivat verenpaineen seuranta ja siihen liittyvä ohjaus (ruokavalio, painonhallinta, lääkeohjaus) sekä jalkojen hoidon ohjaus. Sekä erikoissairaanhoidon, että perusterveydenhuollon lääkäreiden kirjauksissa verenpaineen seuranta oli ohjeistettu usein. Esim. *”...suositellaan verenpaineen seuranta kotona jatkamaan...”* (p25 L6). Kirjausten perusteella niin terveyskeskuslääkärit kuin erikoislääkäritkin pitivät elintapaohjauksessa tärkeänä painonhallintaa. Perusterveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidossa lääkärit myös kannustivat potilaita painonhallintaan liikunnan ja ruokavalion avulla, sekä korostamalla lisäsairauksien mahdollisuutta. Esim. *”...kannustetaan painonpudotukseen ja kehoitetaan sinnikkäästi harjoittamaan säännöllistä kävelyä...”* (p1 L2) tai esim. *”... potilas ymmärtää kyllä, että tyypin 2 diabetes nuorella iällä ja vaikea ylipaino ovat vaarallinen yhdistelmä...”* (p23 L5).

Elintapaohjauksen painottuminen painonhallintaan kertoi diabeetikoiden suurimman ongelman olevan ylipaino ja siitä johtuvat lisäsairaudet. Erikoissairaanhoidon lääkäreiden elintapaohjaus painottui kokonaisuudessaan painonhallintaan, perusterveydenhuollon lääkäreiden painottaessa ruokavalio-ohjausta. Potilasasiakirjamerkintöjen mukaan potilaille annettiin myönteistä palautetta diabeteksen hoidosta, esimerkiksi painon pudotuksen onnistumisesta esim. *”... paino laskussa, kannustetaan jatkamaan...”* (p18 L1). Palautetta annettiin myös hoitamattomuudesta esim. *”... ei ole käynyt tutkimuksissa eikä diabeteshoitajalla, moititaan nyt kovin ja annetaan taas dieetti- ja elämäntapaohjeet ja kerrotaan diabeteksestä ... ja käytetään labrassa ja menee diabeteshoitajalle sekä muuttaa ruokavaliotaan ja sitten katsotaan tilanne...”* (p37 L3).

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden kirjat osoittivat sekä erikoissairaanhoidon, että perusterveydenhuollon lääkäreiden toteuttavan potilaan diabeteksen hoidon ja seurannan ohjausta lääkehoidolla esim. *”...ohjataan Metforminin 500 mg jakaminen 1+1+1 annokseen, jotta ripuli mahdollisesti saataisiin hallintaan...”* (p6 L1). Potilaat saivat suullisen lääkeohjauksen lisäksi yleistä tietoa diabeteksen hoitoon liittyen mm. ohjausta verensokerin seurannasta. Esim. *”... verensokeriarvoja kannattaisi seurata aamuin, illoin 3 kertaa viikossa...”* (p 35 L1). Vain muutamissa tapauksissa potilas ei ollut myöntynyt hoitoon, mikä kirjauksissa ilmeni mm. kieltäytymisenä osastolle jäämisestä. Terveyskeskuslääkärit pitivät tärkeänä lisäsairauksien ehkäisynä myös

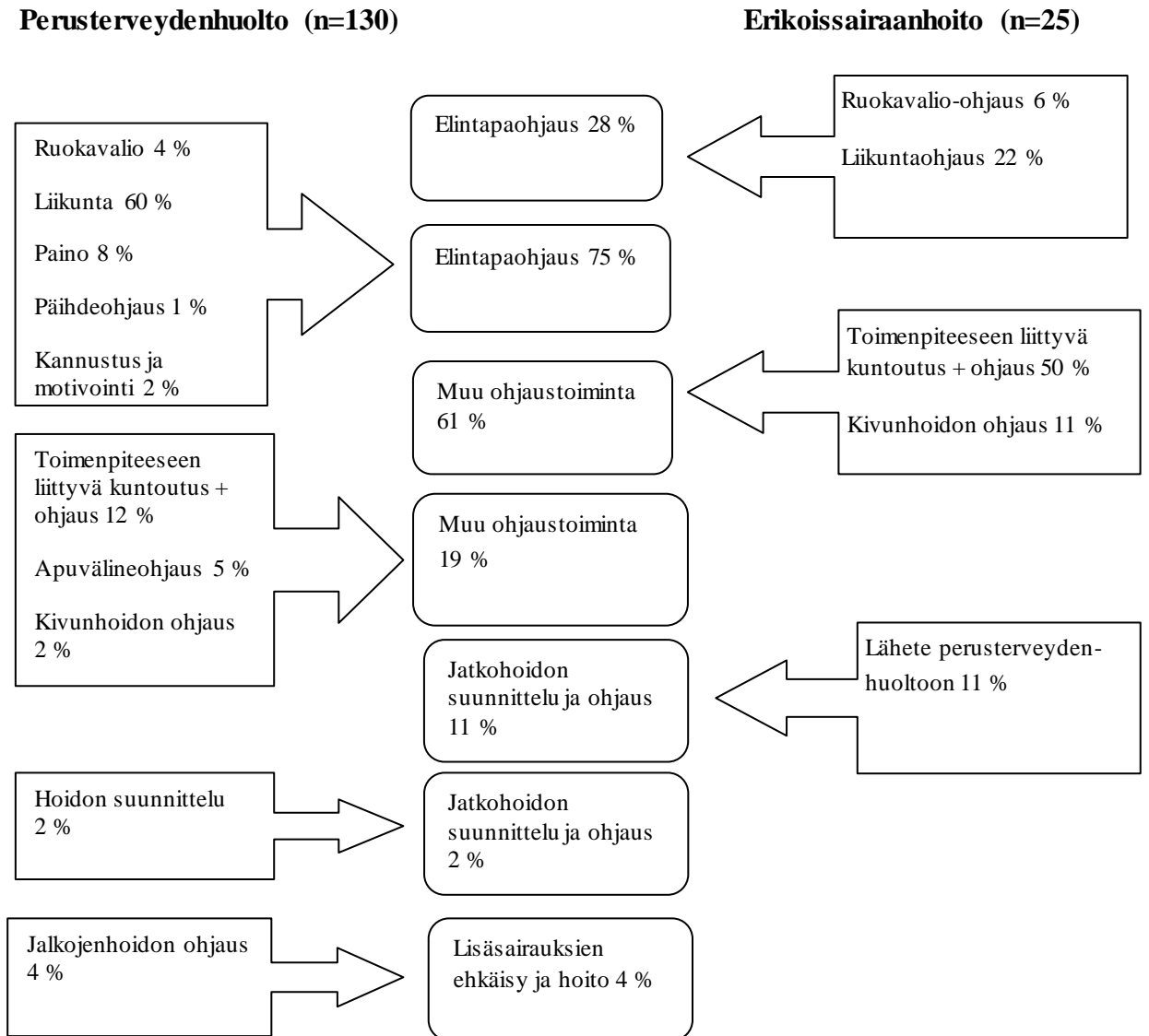
jalkojenhoitoa ja ohjasivat tarvittaessa potilaita jalkahoitajalle jalkojen hoitoon ja fysioterapeuttien vastaanotolle mm. pohjallistarpeen arvioon. He toteuttivat myös itse jalkojenhoidon ohjausta esim. ”...*ohjasin, että hyvin puhdistella haavaa ja perusrasvalla jalkoja hoitaa...*” (p18 L1).

Diabeteksen jatkohoidon suunnittelu ja ohjaus nousivat esiin sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon lääkäreiden kirjauksissa. Terveyskeskuslääkärit ohjasivat potilaita enimmäkseen perusterveydenhuollossa toimiville terveydenhuollon ammattihenkilöille (esim. diabeteshoitajan vastaanotolle), kun erikoislääkärin jatkohoidon suunnittelu liikkui erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapinnoilla. Potilasasiakirjoissa mainittiin selkeästi onko jatkohoito erikoissairaanhoidossa vai perusterveydenhuollossa, mutta tarkempia ohjeita merkinnöistä jatkokontrollien suhteen ei löytynyt. Esim. ”...*kirurgian puolelle ei jatkoja vaan näyttö tarvittaessa...*” (p41 L3). Ohjauksen kirjauksista näkyi potilaan vastuu ajanvaraamisesta jatkohoitoon, sillä potilasta usein kehoitettiin tai neuvottiin ajan varaamiseen esim. ”...*kehotettu hakeutumaan hoitajan ohjaukseen kihti ruokavalion suhteen...*” (p24 L2). Ajanvarauksen toteutumista ei kuitenkaan tarkistettu, eikä potilaan sairaskertomuksesta aina näkynyt kommenttia potilaan käynnistä ko. terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolla. Potilaille tehtiin myös ennakkoajanvarauksia, joista potilaat saivat myöhemmin tiedon kotiinsa. Perusterveydenhuollon lääkärit toteuttivat ohjausta myös tupakoinnin lopettamiseksi ja alkoholin käytön vähentämiseksi. Kirjauksissa nämä maininnat olivat kuitenkin vähäisiä. Potilaita ohjattiin myös sosiaalityöntekijän vastaanotolle ja jatkohoitoon mielenterveystoimistoon.

### 6.2.3 Fysioterapeuttien ohjaus

Perusterveydenhuollossa fysioterapeuttien kirjausten perusteella ohjauksessa painottuivat elintapaohjaus (75 %), muu ohjaustoiminta (19 %), lisäsairauksien ehkäisy ja hoitona jalkojen hoito (4 %), sekä jatkohoidon suunnittelu ja ohjaus (2 %). Erikoissairaanhoidossa fysioterapeuttien ohjauksen painopisteinä olivat muu

ohjaustoiminta (61 %), elintapaohjaus (28 %) ja jatkohoidon suunnittelu (11 %). (Kuva 8).



**Kuva 8.** Fysioterapeuttien toteuttama potilasohjaus (n=155)

Perusterveydenhuollon fysioterapeuttien kirjaukset osoittivat potilaan ohjauksen painopisteenä olleen liikunnallisen elintapaohjauksen. Potilaat saivat ohjausta erilaisissa liikuntaan liittyvissä asioissa esim. sopivien liikuntamuotojen valitsemisessa, voimisteluliikkeissä, lihashuollon ylläpitämisessä, lihasten venyttämässä ja kuntopäiväkirjan täyttämässä. Esim. ”... kävelysauvoja suosittelin lenkille, tukiliivi kokeiluun, alaraajoille ohjattu venyttelyt ja lihaskuntoharjoitteet alaselälle ja

*vatsalihaksille...*” (p15 ft3). Tasapainon harjoittelua perusterveydenhuollon fysioterapeutit pitivät tärkeänä potilaiden kaatumisen ehkäisyssä. Potilaille suositeltiin osallistumista tasapainoryhmään ja myös muihin ryhmiin esim. painonhallintaryhmään osallistumista kannustettiin. Potilaita ohjattiin myös painonhallintaan liikunnan ja ruokavalion avulla, esim. ”...ohjattu lisäämään liikuntaa joko allasvoimistelulla tai kävelylenkkien lisäämisellä...” (p23 ft4) tai esim. ”...paino pudonnut 3,4 kg ja vyötärön ympäryys pienentynyt 2 cm, tasapainojumppaa ja allasjumppaa suosittelin syksyllä aloitettavaksi kävelyn lisäksi...” (p3 ft2).

Perusterveydenhuollon fysioterapeuttien potilasasiakirja merkintöjen perusteella lisäsairauksien ehkäisyksi ja hoidoksi mainittiin myös jalkojen hoito. Jalkojen hoidon keinoina käytettiin tukisukkia säännöllisesti, myös tukipohjallisten, oikeanlaisten kenkien ja apuvälineiden (esim. polvituki) hankkimisessa opastettiin. Esim. ”...potilasta ohjattu käyttämään leveälestisiä jalkineita ja niissä mahdollisesti holvitukia, myös sisällä sukkasillaan liikkumista suositeltu ja ohjeet varvasjumpasta annettu...” (p10 ft 1). Myös Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelmaan (Dehko- hankkeeseen) liittyvät ohjantakäynnit näkyivät merkintöinä potilasasiakirjoissa. Kuntoutuksen suunnitelmallisuus, tavoitteenasettelu ja kotiharjoitteiden ohjaaminen sekä seuranta näkyivät perusterveydenhuollon fysioterapeuttien kirjauksissa esim. ”...ohjattu venyttelyt, eläkeläisten jumppia suositeltu ja seuranta- aika fysioterapiaan sovittu...”(p30 ft1). Potilasohjausta annettiin suullisesti, visuaalisesti ja kirjallisesti esim. ”...harjoitteet kepin kanssa käyty läpi ja niistä kirjallinen ohje mukaan...” (p8 ft2).

Potilasasiakirja merkintöjen perusteella erikoissairaanhoidon fysioterapeuttien ohjaus painottui hengitystekniikan harjoittamiseen ja liman irrottamiseen, johtuen erilaisista potilaille tehdyistä toimenpiteistä ja tutkimuksista. Potilailla oli paljon hengitykseen liittyviä vaivoja, joiden hoitamiseksi potilaita ohjattiin mm. puhaltamaan Pep - pullolla. Ohjausta toteutettiin sekä suullisesti että kirjallisesti. Esim. ”...keskusteltu hyvästä hengitystekniikasta ja harjoitteli tunnistamaan palleahengityksen (selinmakuulla), onnistui hyvin ainakin tässä rauhallisessa tilanteessa, kerrattu Pep -pullon käyttöä liman irrotuksessa. Keskusteltu myös muista limanirrotus konsteista...” (p41 ft1).

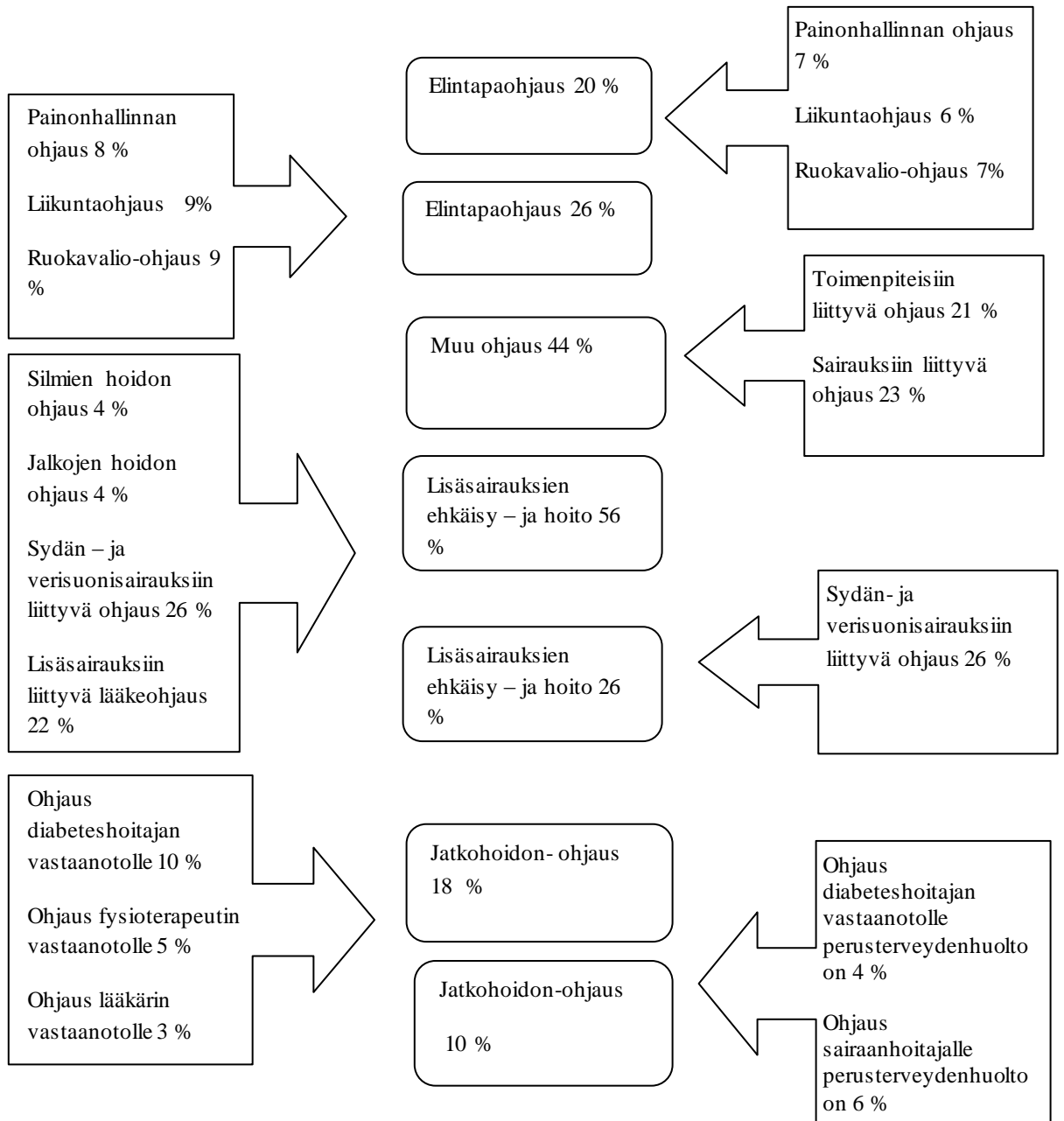
Kirjaukset osoittivat erikoissairaanhoidon fysioterapeuttien antaneen potilaille ohjausta liikunnasta ja ruokavalioista, sekä niiden merkityksestä hyvinvointiin. Fysioterapeutit ohjasivat potilaita säännölliseen 3-4 kertaa viikossa tapahtuvaan, asteittain kovenemaan kestävyysliikuntaan. Erikoissairaanhoidon fysioterapeuttien kirjauksissa mainittiin ensimmäisen kerran diabeteksen lisäsairaudesta neuropatiasta, josta potilaan kanssa keskusteltiin liikuntaohjauksen yhteydessä esim. ”... *keskusteltu yleisesti polyneuropatiasta ja sen aiheuttamista oireista...*” (p41 ft3). Potilaalla oli tunto-ongelmia, mikä vaikutti liikkumiseen ja sen turvallisuuteen. Potilasasiakirja merkintöjen mukaan erikoissairaanhoidon fysioterapeutit tekivät potilaille läheteitä myös perusterveydenhuollon fysioterapiaan tai potilaat saattoivat käyttää myös yksityisiä fysioterapia palveluja. Esim. ”...*suosittelen potilaalle yksilöllistä fysioterapiaa, ohjeet kotiharjoitteluun...*” (p40 ft1).

#### 6.2.4 Sairaanhoidajien ohjaus

Potilasasiakirjoissa ohjausta koskevat merkinnät osoittivat sekä perusterveydenhuollon hoitajien että erikoissairaanhoidon hoitajien ohjauksessa yhteneväisyyksiä elintapaohjauksessa ja jatkohoidon ohjauksessa. Erikoissairaanhoidon hoitajien ohjaus painottui enemmän sairauksiin ja toimenpiteisiin liittyvään ohjaukseen (muu ohjaus 44 %), kun perusterveydenhuollossa painopiste oli tyyppin 2 diabeteksen lisäsairauksien ehkäisyssä ja hoidossa (56 %). (Kuva 9).

Sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa elintapaohjaus oli keskittynyt liikuntaan ja ruokavalioon, sekä painonhallintaan. Kirjaukset osoittavat hoitajien arvioineen potilaiden ruokavalion terveellisyyttä ja liikunnan määrää ja monipuolisuutta. Esim. ”... *ruokavalio-asiat pääosin kunnossa, käyttää kasvirasvoja. Painonhallinnasta puhuttu, potilas liikkunut melko paljon, käynyt kaksi kertaa viikossa vesijumpassa sekä kerran viikossa kuntojumpassa, lisäksi kävelyä ja muuta arkiaktiivisuutta...*” (p22 sh1). Potilaita ohjattiin myös ruokavaliodieetteihin kuten kihti -ruokavalion noudattamiseen. Esim. ”... *Keskusteltu kihtiruokavalioista ja hän olikin jo lueskellut saamansa materiaalin kotona...*”(p24 sh1).



**Perusterveydenhuolto (n=37)****Erikoissairaanhoido (n=54)****Kuva 9.** Sairaanhoitajien toteuttama potilasohjaus (n=91)

Hoitajien potilasasiakirjamerkinnoissä perusterveydenhuollossa korostuivat sydän- ja verisuonisairauksien hoito ja ehkäisy diabeteksen lisäsairauksien ehkäisemiseksi esim. ”...kerrattu sepelvaltimotaudin hoitoa potilaan kanssa, potilas tuntuu ymmärtävän lääkeshoidon merkityksen, oli jättänyt kolesterolilääkkeen itse pois ja huomannut, että

*arvot nousivat, oli aloittanut lääkityksen uudestaan. Ymmärtää Plavix -lääkkeen käytön tärkeyden sekä osaa käyttää nitroja tarvittaessa...*” (p22 sh1). Myös nesteiden ja suolan käytön rajoittamisella pyrittiin vaikuttamaan sydänsairauksien ehkäisyyn ja hoitoon ja potilaan hyvinvointiin. Esim. *”...kerrattu painon seurannan merkitystä, suolan käytön vähentämistä ja nesteiden seuraamisesta, ymmärtää näiden merkityksen omahoidossa...”* (p16 sh2). Erikoissairaanhoidossa hoitajien ohjaus painottui mm. potilaiden ohjaamiseen erilaisiin tutkimuksiin ja toimenpiteisiin esim. *”...kerrottu valmistautumisohjeet huomisaamun verikokeisiin. tietää paastota yön yli ja olla juomatta teetä tai kahvia illalla, tietää myös ettei saa nousta edes istumaan ennen kuin verikokeet on otettu...”* (p18 sh1).

Perusterveydenhuollon hoitajien kirjausten perusteella ohjausta oli toteutettu sekä suullisesti että kirjallisesti mm. diabeteksen hoitosuosituksista. Esim. *”...liikunnasta keskusteltu ja sen merkityksestä diabeteksen hoidosta, ohjelehtisiä viety, lupasi yrittää liikkua...”* (p43 sh5). Diabetespotilaita pyrittiin motivoimaan omahoitoon, mutta kirjaukset osoittivat, etteivät potilaat saaneet hoitajilta palautetta omahoidon onnistumisesta. Erikoissairaanhoidon hoitajien potilasasiakirjamerkinnöistä ilmeni, että erikoissairaanhoidosta potilas ohjattiin jatkokontroleihin terveyskeskukseen, jonne potilaan täytyi itse varata aika. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa näkyi toteamuksena potilaan seuraavasta ajasta, mikä kirjausten mukaan oli yleensä samalle hoitajalle esim. sydänhoitajalle. Potilaita ohjattiin myös vertaistukiryhmiin omaan sairauteensa sopeutumisessa esim. *”...kerrottu avh - ryhmästä potilaille ja kehotettu häntä osallistumaan...”* (p22 sh 2).

### 6.2.5 Erityistyöntekijöiden ohjaus

Ohjausta koskevista potilasasiakirjamerkinnöistä selvisi, että erityistyöntekijöistä potilasohjausta toteuttivat erikoissairaanhoidossa ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä ja toimintaterapeutti (yht. n=16) ja perusterveydenhuollossa mielenterveyshoitaja ja päihdetyöntekijä (yht. n=8). Ravitsemusterapeutin ohjauksessa painottuivat ruokavalio-ohjaus ja kannustaminen pysyviin elintapamuutoksiin. Ruokavalio-ohjauksessa painottui proteiinin saannin rajoittaminen, suolan käytön ja rasvansaannin vähentäminen, kasvien lisääminen ruokavaliossa, sekä makean syönnin vähentäminen. Esim. *”...ohjattu*

*potilasta nyt ennen kaikkea vähentämään suolan saantiaan ruokavaliosta...”* (p2 ravitsemusterapeutti 2). Tärkeitä asioita olivat myös säännölliset ruokailut ja annoskokojen pienentäminen. Alkoholin käytön vähentämisestä tai lopettamisesta oli myös keskusteltu. Esim. ”... nyt painopiste siis ateriakoon rajaamisessa sekä alkoholinkäytön vähentämisessä...” (p 12 ravitsemusterapeutti 1).

Ravitsemusterapeutti käytti ohjauksensa tukena monenlaista materiaalia. Tällaisia olivat syömistapakysely, ruokapäiväkirja, lautasmalli ja monenlaiset muut kirjalliset ohjeet ja mallit. Esim. ”... potilaalle kotiin mukaan myös syömistapakysely ja ruokapäiväkirja, jota potilas täyttää seuraavaan tapaamiseen...” (p12 ravitsemusterapeutti 1). Kirjauksista kävi ilmi myös niukkaenergisien dieetin ohjaaminen kahden potilaan kohdalla, jota yleensä toteutetaan mm. ennen laihdutusleikkausta. Laihdutusleikkauksesta ja laihdutuslääkkeistä annettiin tietoa ja ohjausta. Ohjauksessa korostuivat motivointi laihduttamiseen ja painonhallintaan, sekä liikunnan lisäämiseen. Esim. ”...kannustettu säännölliseen liikuntaan remontti-homman loputtua, tukemaan painonhallintaa ja verensokeritasapainoa...” (p 12 ravitsemusterapeutti 4).

Potilasasiakirja merkintöjen perusteella ohjausta toteuttivat myös sosiaalityöntekijä ja toimintaterapeutti. Sosiaalityöntekijän toteuttama ohjaus koski erilaisien Kansaneläkelaitoksen (KELA) tukien hakemista. Toimintaterapeutin ohjaus painottui nivelten säästämiseen ja kylmähoidon merkitykseen akuutin vaivan hoitamisessa.

### 6.3 Dokumentoitu potilasohjaus hoidon jatkuvuuden ilmentäjänä

Seuraavaksi tarkastelin potilaan hoitopolkua ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden kirjauksia tiedon siirtymisen näkökulmasta kahdessa potilastapauksessa, potilas A ja potilas B.

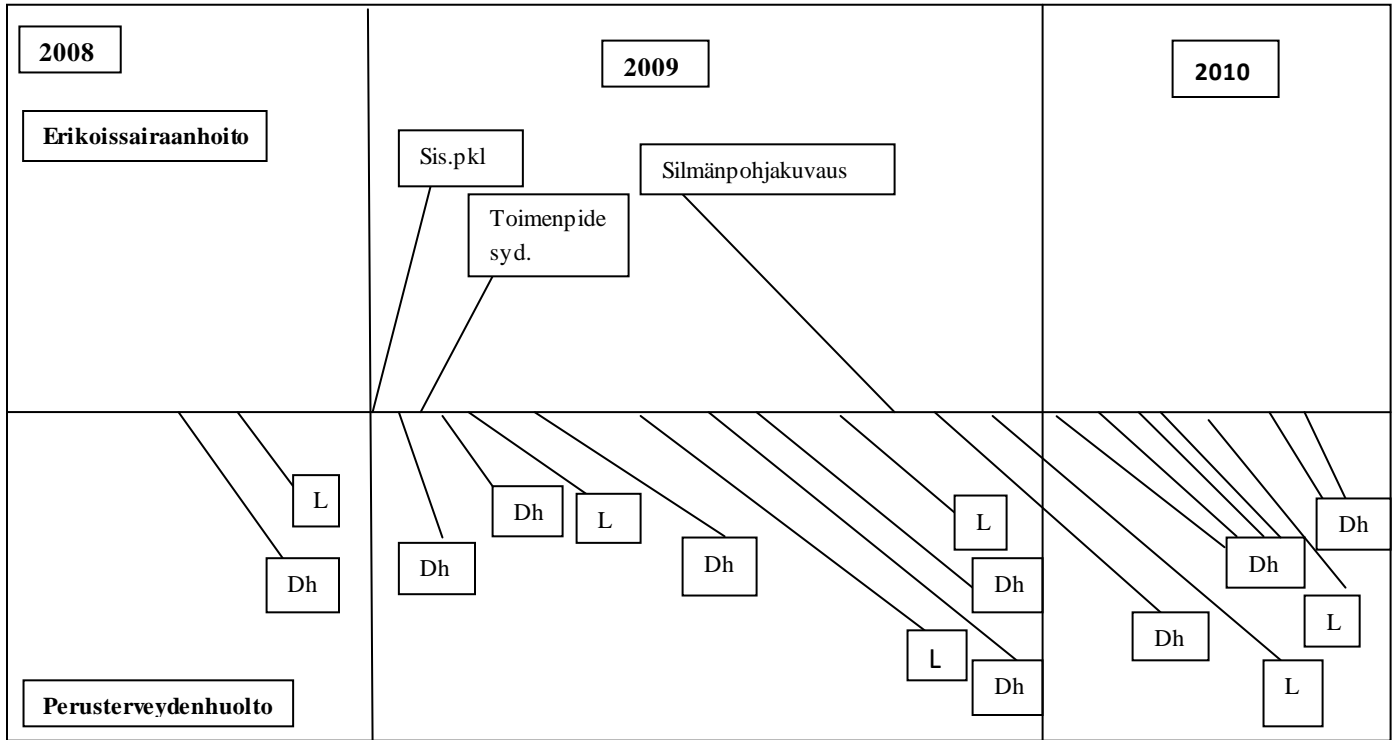
Potilas A:n hoitopolku käynnistyi diabeteshoitajan vastaanotolta perusterveydenhuollosta, jonne hän oli saapunut terveyskeskuslääkärin suosituksesta (kuva 10) Diabeteshoitajan vastaanotolla potilaalle oli ohjattu verensokerimittarin käyttö ja mittausajankohdat, sekä tulosten merkintä kotiseurantavihkoon. Esim. ”...opastettu sokeriasioissa, ohjattu

*sokerimittari ja sokereiden ottamisajankohdat...*” (p9 dh1). Potilaan hoitopolku jatkui perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotolle kahden viikon kuluttua, jossa oli pohdittu lääkityksen aloittamista, mutta päädytty ruokavalio-ohjaukseen ja verensokerin kotimittauksiin ja seurantakäynteihin diabeteshoitajan vastaanotolla terveyskeskuksessa. Esim. ”...nyt ruokavalio-ohjausta, pieniä aterioita useita kertoja päivässä, mielestäni mittaukset voisi tehdä 1 ½ tuntia ruokailun jälkeen...” (p9 L1).. Seuraavaan kolmen kuukauden päähän sovittuun tapaamiseen diabeteshoitajan vastaanotolle potilas ei syystä tai toisesta ollut saapunut paikalle, eikä ollut perunut aikaansa.

Potilas oli mennyt kolmen viikon päästä uudestaan diabeteshoitajan vastaanotolle, jossa oli käyty läpi kotimittausten tuloksia. Potilas oli kertonut käyneensä tällä välin erikoissairaanhoidon sisätautipoliklinikalla ja olevansa tuolloin menossa toimenpiteeseen erikoissairaanhoitoon sydän- ja verisuonisairauksiin liittyen. Diabeteshoitaja ja potilas olivat sopineet potilaan varaavan ajan diabeteshoitajan vastaanotolle toimenpiteen jälkeen. Potilaspapereista kävi ilmi, että potilas oli käynyt erikoissairaanhoidossa sydänhoitajan ohjauksessa sisätautipoliklinikalla. Esim. ”...jatkettu sepelvaltimotaudin ohjauksia, puhuttu riskitekijöistä ja niihin vaikuttamisesta... käyty läpi sepelvaltimotaudin lääkitystä, Nitron käyttöä sekä hoitoon hakeutuminen ... potilas koki saaneensa riittävästi tietoa tässä vaiheessa...” (p9 sh1). Toimenpiteen jälkeen potilas oli palannut takaisin diabeteshoitajan vastaanotolle perusterveydenhuoltoon. Erikoissairaanhoidosta sisätautipoliklinikalta oli ohjeistettu potilaalle diabeteksen lääkityksen aloittaminen oman lääkärin vastaanotolla perusterveydenhuollossa. Esim. ”...sisätautipolilta kehotettu ottamaan yhteyttä omaan lääkäriin sokerilääkityksen aloittamisessa...” (p9 dh2).

Diabeteshoitajan käynnin jälkeen potilas oli varannut ajan terveyskeskuslääkärin vastaanotolle, joka oli aloittanut potilaalle Diformin Retard - lääkityksen diabeteksen hoitoon. Tuolloin aikaa oli kulunut erikoissairaanhoidon viimeisimmästä käynnistä n. 1 kk. Potilas oli käynyt alkuunsa kahden viikon välein diabeteshoitajan vastaanotolla, missä myös verenpainetta oli seurattu. Potilas oli saanut ohjausta lääkkeen sivuvaikutuksista ja opastusta jalkojen hoidosta. Perusterveydenhuollossa lääkärin vastaanotolla hän oli käynyt ensiksi kuukauden päästä lääkityksen aloittamisesta ja myöhemmin harvemmin. Ennen lääkärin vastaanottoa oli tehty laboratoriotutkimukset. Potilas oli käynyt myös

silmänpohjakuvauksissa erikoissairaanhoidossa ja jatkanut säännöllisiä diabeteskontrolleja diabeteshoitajan vastaanotolla. Tarkemmin potilaan A hoitopolkua on kuvattu kuvassa 10.

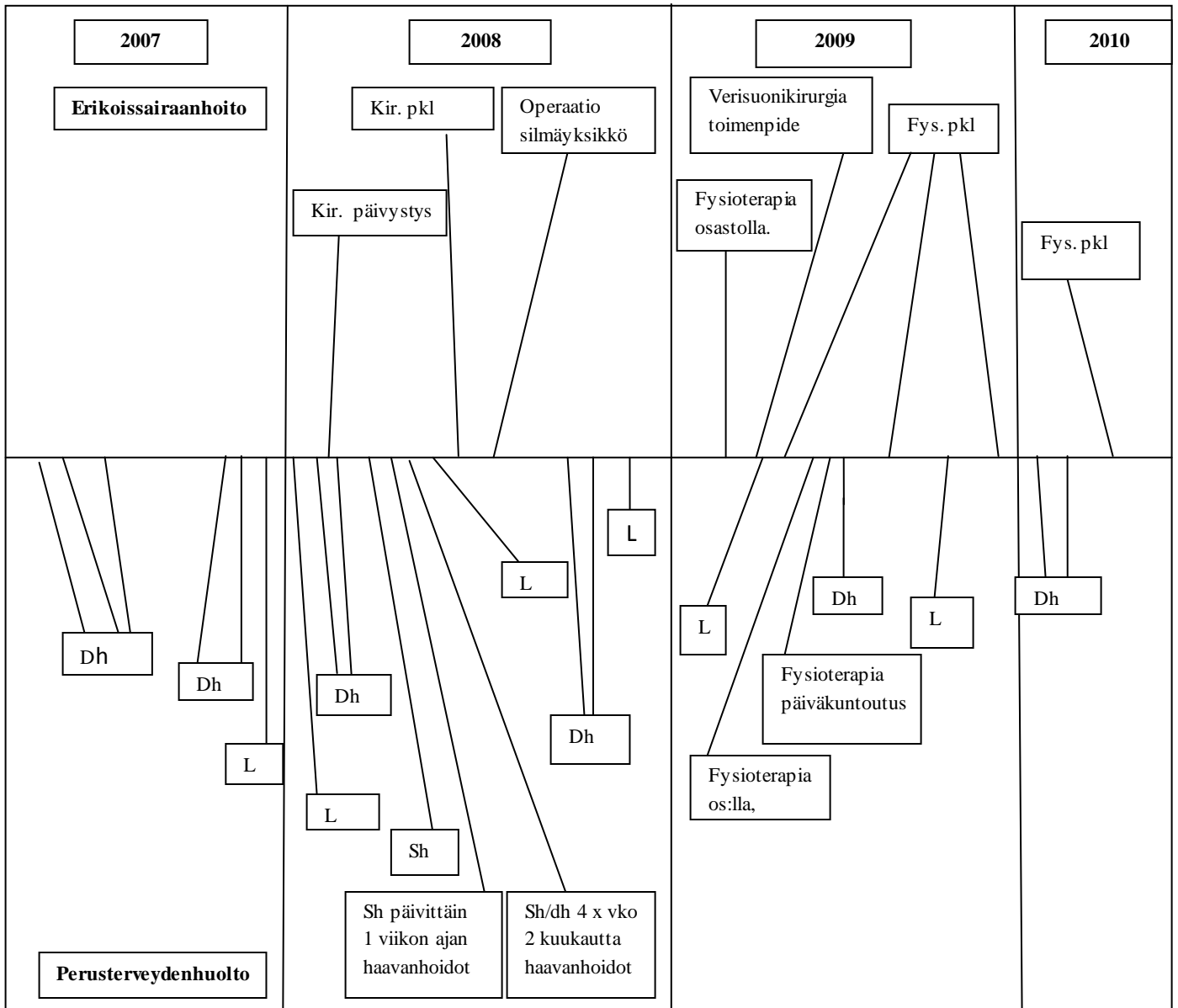


**Kuva 10.** Potilaan A hoitopolku

Tarkasteltaessa edellä mainittua tyypin 2 diabetespotilaan A hoitopolkua ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden kirjauksia potilasasiakirjoihin, voidaan havaita potilaan saaneen ohjausta niin perusterveydenhuollossa, kuin erikoissairaanhoidossakin. Käyntejä perusterveydenhuoltoon kertyi 19 marraskuusta 2008 elokuuhun 2010, joista 6 oli lääkärin vastaanotolla käyntejä ja 13 diabeteshoitajan vastaanotolla. Erikoissairaanhoidon käyntejä oli 3, 1 poliklinikka käynti, 1 toimenpide ja 1 silmänpohjakuvaus. Perusterveydenhuollon laboratoriokäyntejä ei ole kuvattu potilaan A hoitopolkuun. Potilaan hoidon ohjaus- ja seuranta keskittyivät perusterveydenhuoltoon ja siellä diabeteshoitajan vastaanotolle, kuten sairaanhoitopiirissä oli ohjeistettu.

Potilaan B hoitopolku alkoi myös diabeteshoitajan vastaanotolta perusterveydenhuollosta, jonne hän oli saapunut niin ikään lääkärin kehotuksesta. Potilasasiakirja merkinnöistä ilmenee, että potilas oli päässyt mukaan Dehko – hankkeeseen. Diabeteshoitajan vastaanotolla hän oli täyttänyt elintapamuutosten kartoitus- ja seuranta-kaavakkeen ja saanut ohjausta ruokavaliosta ja liikunnasta sekä tietoa silmänpohjakuvauksesta. Esim. *”...ohjattu käyttämään öljypohjaisia levitteitä... sokerirasituspyyntö tehty ja ohjeet ja puhelinnumeron sai ajanvaraamista varten... suositeltu silmälääkärinä ja ajanvaraamista hammaslääkärinä...”* (p41 dh1). Potilas oli käynyt sokerirasituskokeessa ja säännöllisesti diabeteshoitajan vastaanotolla saamassa elintapaohjausta, myös jalkojen tarkastuksia oli toteutettu. Potilaan jalkaan oli kuitenkin päässyt syntymään haava, joka huomattiin diabeteshoitajan vastaanotolla ja jalkaa oli näytetty terveyskeskuslääkärille. Lääkärin vastaanotolla oli aloitettu myös diabetes lääkitys sokerirasituskokeen tulosten perusteella. Kirjausten mukaan lääkäri oli haava- asioissa konsultoinut haavahoitajaa. Haavahoitajan vastaanotolle potilas oli saanut ajan haavan arviointia - ja jatkotoimenpiteitä varten. Haavahoidot olivat alkaneet perusterveydenhuollossa, mutta myöhemmin potilas oli lähetetty jalan haavan vuoksi erikoissairaanhoidon.

Potilasasiakirja merkintöjen mukaan erikoissairaanhoidon ohjeita noudattaen, haavahoidot oli aloitettu ja toteutettu päivittäin viikon ajan perusterveydenhuollossa. Tämän jälkeen haavahoidot olivat jatkuneet vielä kahden kuukauden ajan noin 4 kertaa viikossa sairaanhoitajan vastaanotolla. Hyvän hoidon ansiosta haava oli umpeutunut ja haavahoidot oli lopetettu. Potilas oli saanut lähetteen jalkahoitajalle ja normaalit tyyppin 2 diabetekseen kuuluvat kontrollit ja ohjaukset olivat jatkuneet diabeteshoitajan vastaanotolla. Potilas oli käynyt myös erikoissairaanhoidossa kaihileikkauksessa. Terveystieteiden ammattihenkilöiden kirjauksista käy ilmi, että vuoden seuranta-ajan jälkeen potilas oli joutunut jalan haavan vuoksi terveyskeskuslääkärin lähettämänä erikoissairaanhoidon, jossa oli päädytty alaraaja-amputaatioon. Tämän jälkeen potilas oli saanut ohjausta fysioterapeutilta ensin erikoissairaanhoidon osastolla, myöhemmin perusterveydenhuollon osastolla ja avokuntoutuspotilaana sairaalajakson jälkeen. Potilas oli käynyt myös erikoissairaanhoidossa kontrollikäynnillä ja proteesiarviossa. Potilaan seurantaikäynnit jatkuivat normaalisti diabeteshoitajan vastaanotolla perusterveydenhuollossa. Tarkemmin potilaan B hoitopolkua on kuvattu kuvassa 11.



**Kuva 11.** Potilaan B hoitopolku

Tarkasteltaessa tyypin 2 diabetespotilaan B hoitopolkua ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden kirjauksia potilasasiakirjoihin voidaan todeta potilaan hoidon vaatineen paljon perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluja. Käynnejä perusterveydenhuoltoon kertyi lokakuusta 2007 maaliskuuhun 2010 yhteensä 80 ja yksi osastojakso. Suurin osa käynneistä oli diabeteshoitajan vastaanotolla (49), sisältäen jalan haavan hoitamista, myös sairaanhoitajan vastaanotolla käynnejä (14) oli haavanhoidon vuoksi. Lääkärissä käynnejä kertyi 4 ja fysioterapiassa 13. Erikoissairaanhoidon käynnejä oli 7 ja kaksi osastojaksoa. Käynneistä 5 oli poliklinikka käynnejä, 1 toimenpide ja 1

silmänpohjakuvaus käynti. Useat käynnit erikoissairaanhoidossa lisäsivät vaatimuksia tiedonsiirtymiselle hoitopolun eri tasojen välillä. Potilasohjaus näytti olleen vähäistä sillä merkintöjä ohjauksesta oli vähän ja ne painottuivat diabeteshoitajan toteuttamaan elintapaohjaukseen ja fysioterapeuttien toteuttamaan amputaation jälkeiseen ohjaukseen ja kuntoutukseen.

Tarkasteltaessa tiedon siirtymistä esimerkkipotilaiden hoitopoluilla, voidaan havaita, että hoidon vastuun siirtyminen perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidoon, toteutetaan yleensä lähetteen avulla. esim. ”... tehdään lähete verisuonikirurgin konsultaatioon...” (p41 L2). Potilaan hoitovastuun siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, ilman erikoislääkärin määräämiä jatkotutkimuksia, jäi diabeteksen seurantaan liittyvien ajanvarausten huolehtiminen potilaan vastuulle. Kirjauksissa oli nähtävissä toteamuksia; ”jatkot perusterveydenhuollossa” tai ”ei sovittuja jatkoja erikoissairaanhoidoon” tai ”potilas ottaa tarvittaessa yhteyttä omaan terveyskeskukseen”. Kirjausten mukaan potilaan vastuulle jäävän ajanvarauksen toteutumista ei seurattu. Potilaan siirtymisestä erikoissairaanhoidon osastolta perusterveydenhuoltoon osastojaksolle tieto siirtyi lääkärin lähetteen ja hoitotyön lähetteen välityksellä.

Esimerkkitapauksissa A ja B, perusterveydenhuollon diabeteshoitaja teki kirjausten perusteella lähetteen verikokeisiin, jalkahoitajalle ja varasi ajan silmänpohjakuvauksiin. Potilas itse varasi ajan jalkahoitoon ja verikokeisiin. Potilasasiakirjamerkinnöistä näkyi, että tieto potilaan käynnistä jalkahoitajalla oli hänen itsensä kertomaa. Kirjattua tietoa jalkahoitajan jalkojenhoidosta ei potilasasiakirjoissa ollut. Palaute silmänpohjakuvauksista kirjattiin sähköiseen potilastietojärjestelmään. Kirjauksista ilmeni, että terveyskeskuslääkäri ohjasi tai kehotti potilaita ottamaan yhteyttä diabeteshoitajaan hoidon ja ohjauksen aloittamiseksi, elintapaohjauksen tukemiseksi ja verensokeri seurannan ja kontrollien toteutumiseksi, mutta vastuu ajanvarauksesta oli potilaalla itsellään. Potilasasiakirjoista löytyi yksi merkintä siitä, että diabeteshoitaja oli ottanut puhelimitse potilaaseen yhteyttä, kun tämä ei ollut pitkään aikaan käynyt diabeteskontrolleissa. Myös fysioterapiaan lääkärit ja diabeteshoitaja suosittelivat ottamaan yhteyttä. Kahden potilaan kohdalla fysioterapiaan oli otettu yhteyttä



diabeteshoitajan toimesta potilaan ajanvaraamiseksi. Toisessa niissä oli laitettu viestiä fysioterapiaan ja sieltä kehoitettu olemaan yhteydessä potilaaseen.

## 7. POHDINTA

### 7.1 Tutkimustulosten pohdintaa

Tyypin 2 diabeteksen hoidossa tärkeänä pidetään terveellisiä elintapoja ja ohjausta niiden omaksumiseksi. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan potilasohjausta toteuttivat terveydenhuollon ammattihenkilöt ja päävastuu tyypin 2 diabetespotilaan hoidossa ja ohjauksessa oli diabeteshoitajalla. Tyypin 2 diabetespotilaan hoito toteutui sairaanhoitopiirissä sovittujen käytänteiden mukaisesti, keskittyen perusterveydenhuoltoon. Tässä tutkimuksessa ohjauksen sisällöt noudattelivat aikaisemmissa tutkimuksissa (mm. Tuomilehto ym. 2001) havaittuja ja suosituksissa painotettuja sisältöjä. Tulokset osoittivat dokumentoidun potilasohjauksen painottuvan elintapaohjaukseen keskittyen ruokavaliomuutokseen, liikunnan lisäämiseen ja painonhallintaan, jotka on todettu tehokkaiksi myös suomalaisessa diabetestutkimuksessa. Potilaita myös motivoitiin ja kannustettiin omahoitoon, erityisesti ruokavalion ja liikunnan keinoin tapahtuvaan painonhallintaan lähes kaikissa ammattiryhmissä, poikkeuksena sairaanhoitajien toteuttama potilasohjaus (myös Routsalo ym. 2009). Eri ammattiryhmien kirjaukset osoittivat potilaiden saaneen enimmäkseen suullista yksilöohjausta jonka tukena oli käytetty kirjallista materiaalia. Yksilöohjausta pidetään tehokkaana potilasohjauksen keinona, mutta myös ryhmäohjauksen merkitys tyypin 2 diabetespotilaan ohjauksessa on todettu tehokkaaksi (mm. Absezt el al. 2007). Ryhmäohjaukseen potilaita ohjasivat fysioterapeutit ja ravitsemusterapeutti sekä sairaanhoitaja yhden kerran. Verkkosivustoja ohjauksen tukena käytettiin yhden kerran painonhallinnassa (myös Suurnäkki ym. 2010). Tulokset osoittivat potilasohjauksen dokumentoinnin olevan sisällöltään niukkaa, käytänteiden kirjavia ja dokumentoidun potilasohjauksen jakautuvan useaan eri paikkaan. Dokumentoitu potilasohjaus ei kaikilta osin tue hoidon jatkuvuutta tyypin 2 diabetes potilaan hoitopolulla.

Tässä tutkimuksessa potilasohjaus painottui elintapaohjaukseen, jota toteuttivat kaikki terveydenhuollon ammattiryhmät. Tärkeimpänä diabetespotilaan hoidon koordinaattorina nähtiin diabeteshoitaja, jonka vastaanotolle potilaat ohjattiin (myös Nuutinen 2000). Potilasasiakirjoista ei löytynyt diabeteshoitajan merkintöjä erikoissairaanhoidossa, mikä myös varmistaa sairaanhoitopiirissä kuvatun hoitopolun toteutumista. Toisin sanoen tyypin 2 diabetespotilaat eivät ohjaudu erikoissairaanhoidon diabeteshoitajan

vastaanotolle. Potilasasiakirjamerkinnöistä ei käynyt selkeästi ilmi mistä asioista potilasta oli ohjattu lukuun ottamatta diabeteshoitajan ja fysioterapeuttien merkintöjä, joissa ohjauksen sisältö oli selkeästi kuvattu. Ohjauksen tarkka dokumentointi on tärkeää, jotta ohjausta pystytään jatkamaan seuraavalla kerralla ja syventämään juuri kyseisen potilaan tarpeisiin. Tämä lisää potilaan motivaatiota ohjaukseen, koska ohjaus on kohdistettu juuri hänen elämäntilanteeseensa. Myös potilaan ymmärryksen kirjaaminen ohjauksesta on tärkeää, jotta voidaan miettiä ovatko ohjausmenetelmät oikeat ja onko potilas ymmärtänyt saamansa ohjauksen oikealla tavalla. Tässä tutkimuksessa vain muutamissa kirjauksissa oli mainittu potilaan ymmärrys saamastaan ohjauksesta. Puutteellinen ohjauksen kirjaaminen vaikuttaa potilaan hoitoon heikentävästi ja saattaa lisätä päällekkäistä ohjaustoimintaa (mm. Mäkilä 2007).

Tulosten mukaan potilasohjausta toteutettiin joko erillisissä ohjaustilanteissa tai osana muuta potilastyötä. Sairaanhoidajien dokumentoima potilasohjaus oli hyvin vähäistä, eikä tutkimustuloksista selviä oliko potilasohjauksen toteuttaminen vähäistä vai dokumentointi puutteellista. Potilasohjausta toteutetaan myös osana muuta potilastyötä, jolloin on mahdollista, ettei potilaan kanssa käytyjä keskusteluja ymmärretä ohjaustilanteeksi eikä niiden dokumentointia siksi nähdä tarpeelliseksi. Monesti osana muuta potilastyötä käydyt keskustelut potilaan kanssa ovat hedelmällisempiä kuin varsinaiset ohjaustilanteet. Näissä potilas saattaa jännittää niin paljon, ettei muista ohjauskeskustelusta juuri mitään.

Erikoissairanhoidossa erityisesti lääkäreiden antama ohjaus painottui jatkohoidon suunnitteluun ja ohjaukseen, sekä lisäsairauksien ehkäisyyn ja hoitoon, terveyskeskuslääkäreiden ohjauksen painopisteen ollessa diabetespotilaiden jatkohoidon ohjauksessa, kuten hoitopolussa on kuvattu. Lääkärit toteuttivat lääkehoitoa niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairanhoidossa, mikä näkyi merkinnöissä uuden lääkkeen aloituksena. Kuitenkaan ohjausta siitä, miten lääke otetaan ja millaisia sivuvaikutuksia lääkkeellä on, ei löytynyt potilasasiakirjoista. Tulos herättää kysymään, jääkö lääkeohjaus apteekkihenkilökunnalle, kun potilas käy hakemassa lääkkeensä? Kirjauksista ei selvinnyt, että lääkäriissäkäynnin jälkeen potilas olisi tavannut hoitohenkilökuntaa perusterveydenhuollossa. Diabeteshoitaja toteutti osaltaan lääkeohjausta, mutta käynnit diabeteshoitajan vastaanotolla eivät olleet lääkärin vastaanottokäyntien yhteydessä. Tärkeää olisi, että potilas lääkkeen aloittamisen yhteydessä saisi lääkeohjauksen joko lääkäriltä tai sairaanhoitajan toimesta.

Tulosten mukaan jatkohoito kirjattiin joko perusterveydenhuoltoon tai erikoissairaanhoidon, mutta epäselväksi jäi, tiesikö potilas mihin hänen tuli jatkossa ottaa yhteyttä ja millaisissa tapauksissa. Tähän tutkimukseen osallistujat olivat pääosin iäkkäitä ihmisiä ja jatkohoidon ohjauksen ”jatkot perusterveydenhuollossa” voi ymmärtää eritavoin. Esimerkiksi potilas voi olettaa, että kutsu seuraavasta ajasta perusterveydenhuoltoon tulee postitse kotiin tai, että hänen pitää itse varata aika perusterveydenhuoltoon. Epäselväksi jäi missä tapauksessa potilaan piti varata aika, vai joka tapauksessa? Vastuu ajanvarauksesta terveydenhuollon ammattihenkilöiden vastaanotolle jäi useimmiten potilaalle itselleen. Pitkäaikaissairauksien hoidossa pyrkimyksenä on tukea potilasta sairautensa hoidossa ohjauksen keinoin (Suurnäkki ym. 2010). On huomioitava etteivät kaikki potilaat ole yhtä aktiivisia oman hoitonsa suhteen tai ovat iäkkäitä eivätkä aina kykene omahoitoon. Siksi on mahdollista, että aika tutkimuksiin tai kontroleihin saattaa jäädä varaamatta. Mikäli minkäänlaista seurantajärjestelmää ei ole, potilaan hoidon laatu heikentyy. Tutkimustulosten mukaan potilaaseen oltiin harvoin yhteydessä jos hän ei tullut vastaanotolle.

Kirjauksista ei myöskään käynyt ilmi miten potilasta oli ohjattu jatkohoitoon hoitosuhteen päättyessä erikoissairaanhoidossa, mikä helpottaisi potilasohjausta myös perusterveydenhuollossa. Tiedon siirtymisen keskeisenä välineenä on yhteinen sähköinen potilastietojärjestelmä Effic. Tieto kulkee nopeasti, mutta kirjaamiskäytännöt olivat hyvinkin kirjavia ja tietoa potilasohjauksesta löytyi useista eri paikoista. Joissakin terveyskeskuksissa oli tutkimuksen toteuttamisen aikana käytössä paperiset potilaskansiot ja yhteinen sähköinen Effic- potilastietojärjestelmä. Effican potilasohjausta koskevat merkinnät kirjattiin moneen eri kohtaan. Lääkärit käyttivät Yle-lehteä, fysioterapeutit kirjasivat Fys -lehdelle ja hoitohenkilökunta joko Hoito-lehdelle (avopuolen käynti) tai Hoi -lehdelle (osastojakson aikana). Dokumentoitu potilasohjaus olisi paremmin löydettävissä Effic- potilastietojärjestelmästä omasta Ohjaus- lehdestä. Sairaanhoitopiirissä oli käytössä Whoike (web-hoitokertomus), johon toteutuneen potilasohjauksen saattoi kirjata myös monella eri tavalla (kts Taulukko 2). Whoikessa ei ole olemassa omaa ohjauksen komponenttia johon kaiken toteutuneen potilasohjauksen voisi suoraan dokumentoida. Tiedon siirtyminen edellyttää myös sitä, että Whoike on käytössä koko sairaanhoitopiirin alueella siten, että myös perusterveydenhuollossa voidaan siihen kirjata (tutkimusajankohtana vain katseluoikeudet). Diabetespotilaiden hoidon ja ohjauksen dokumentointiin käytettiin myös ProWellness- hoito-ohjelmistoa.

Tässä tutkimuksessa toteutunutta ohjausta ei ollut kirjattuna ProWellness- hoito-ohjelmistoon, koska potilaat eivät käyneet erikoissairaanhoidossa diabeteshoitajan vastaanotolla. Useiden eri järjestelmien rinnakkaiskäyttö dokumentoinnissa tekee toteutuneen potilasohjauksen kokonaisuuden hahmottamisen vaikeaksi käytännön työssä. Tämän vuoksi tarvittavaa tietoa ei ole nopeasti saatavilla, mikä heikentää potilaan hoidon laatua.

Tulosten mukaan potilaat saivat läheteitä jalkahoitajan vastaanotolle, mutta tieto jalkahoitajalla käynnistä oli potilaan itse kertomaa. Jalkahoitajan kirjauksia ei ollut nähtävissä potilasasiakirjoista. Potilaan jatko-ohjauksen kannalta olisi kuitenkin tärkeää tietää, millaista tietoa ja hoidon ohjausta potilaat olivat saaneet jalkojen hoidosta jalkahoitajan vastaanotolla.

Esimerkkipotilaiden hoitopolut erosivat toisistaan terveysten palvelujen käytössä. Molemmat potilaista tarvitsivat sekä perusterveydenhuollon, että erikoissairaanhoidon palveluja, mutta palvelujen tarve oli toisella potilaalla huomattavasti suurempi kuin toisella johtuen diabeteksen aiheuttamien lisäsairauksien hoidosta. Liikuttaessa toistuvasti potilaan hoitopolulla perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä, lisääntyvät myös tiedonsiirtymisen ja potilasohjauksen haasteet sekä virheiden ja laiminlyöntien mahdollisuudet. Potilasohjauksen kirjaamisen merkitys korostuu, jotta kaikki potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt pysyvät tilanteessa mukana. Yhteinen tietojärjestelmä Efficia siirtää dokumentoidun tiedon reaaliajassa toiseen hoitoyksikköön, kun huolehditaan yhtenäisistä dokumentoinnin käytänteistä. Paljon palveluja tarvinneen potilaan ohjauksen dokumentoinnin niukkuus herättää kysymyksiä. Pohdittavaksi jää, onko kysymys potilasohjauksen vähäisyydestä, jolla on vaikutusta myös lisäsairauksien syntyyn, vai dokumentoinnin puutteellisuudesta.

## 7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset lähtökohdat

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden näkökulmasta (Kylmä & Juvakka 2007) tai tutkimusprosessin eri vaiheiden kautta (Nieminen 1997). Tässä tutkimuksessa

tutkimusaihe on ajankohtainen, hyvin perusteltu ja selkeästi rajattu koskemaan tyypin 2 diabetespotilaan ohjauksen dokumentointia ja tiedonsiirtymistä hoitoketjussa.

Tutkimusaineisto on ollut valmiina olemassa potilasasiakirjoissa, jolloin tutkija ei ole voinut vaikuttaa tutkimusaineiston syntyyn. Potilasasiakirjoista poimittiin kaikki terveydenhuollon ammattihenkilöiden potilasohjausta koskevat merkinnät. Tässä tutkimusprosessin vaiheessa on mahdollisuus virhetulkintoihin tutkijan tehdessä rajanvetoa siitä mitkä merkinnät ovat potilasohjausta ja mitkä eivät. Tähän tutkija teki selkeän rajauksen, minkälaiset käsitteet kuvaavat potilasohjausta tässä tutkimuksessa (taulukko 3). Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat myös tutkimukseen osallistuvien lukumäärä. Tässä tutkimuksessa kohdejoukon muodostivat terveyskeskuksen diabetesrekisteristä vuosina 2004 - 2009 sairastuneet tyypin 2 diabetespotilaat, joilla 45 prosentilla oli toteutunut hoitoketju (n= 50). Suostumuksen tutkimukseen antoi 43 potilasta eli 86 prosenttia. Tämä antaa hyvän kuvan yhden kunnan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisestä tiedon siirtymisestä. Avoimeksi jää kuvastaako tulos dokumentointikäytäntöä laajemminkin koko sairaanhoitopiirin alueella.

Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysi menetelmällä. Latvala & Vanhanen- Nuutinen (2001) esittävät sisällönanalyysin luotettavuutta lisääväksi tekijäksi useamman henkilön suorittaman analyysin, jolloin tulosten samansuuntaisuutta voitaisiin arvioida. Lisäksi analyysin luotettavuutta lisäävät tutkijan kyky osoittaa yhteys aineiston ja tulosten välillä. Tässä tutkimuksessa tutkija on yksin suorittanut sisällönanalyysin, jolloin tulosten samansuuntaisuutta ei voida arvioida toisten tekemien analyysien tuloksiin verraten. Analyysivaihe on kuitenkin selkeästi kuvattu ja tutkimustuloksilla on selkeä yhteys tutkimusaineistoon, mikä voidaan katsoa luotettavuutta lisääväksi tekijäksi. Tutkimustulosten esittämisessä autenttisten lainausten esittäminen tukee tulosten luotettavuutta ja lisää tulosten uskottavuutta (Kylmä & Juvakka 2007). Tutkimuksen luotettavuutta lisääväksi tekijäksi voidaan katsoa myös tutkijan tietämys sairaanhoitajana terveydenhuollosta.

Tämän tutkimuksen suorittamista varten saatiin luvat tutkimukseen osallistuneista organisaatioista sekä puoltava lausunto sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta. Tutkimukseen osallistuvat potilaat antoivat kirjallisen suostumuksensa osallistumisestaan. Saatekirjeessä tutkimukseen osallistujat saivat tietoa tutkimuksesta, myös osallistumisen

vapaaehtoisuutta ja tutkittavien anonymiteettia korostettiin. Tutkimusaineisto on säilytetty asianmukaisesti lukollisessa laatikossa perusterveydenhuollon yksikössä, johon vain tutkija on päässyt. Tutkimuksen raportoinnissa on huolehdittu siitä, ettei yksittäistä potilasta voida tunnistaa esimerkiksi sairaanhoitopiiriä, jossa tutkimus on toteutettu, ei ole mainittu. Myös autenttiset lainaukset tutkimusraportissa on valittu huolella tunnistettavuuden pois sulkemiseksi. Tutkijaa terveydenhuollon ammattihenkilönä sitoo vaitiolovelvollisuus. Tutkimusraportin valmistuttua, tutkimusaineisto hävitetään asianmukaisesti.

## 7.2 Tutkimuksen johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän tutkimuksen tulokset antoivat tietoa siitä, miten tyypin 2 diabeteksen ohjauksen sisällöt jakautuvat ammattiryhmittäin ja miten kirjaaminen toteutuu eri terveydenhuollon ammattihenkilöiden toteuttamana. Tutkimus antaa pohjan kehittämistyölle, sillä se osoittaa tarpeen yhteisten kirjaamisen käytänteiden selkiyttämiseksi sairaanhoitopiirin alueella. Jatkotutkimuksia fokuoituen tiedon siirtymiseen tarvitaan laajemmalla aineistolla, jossa on mukana useampi terveyskeskus saman sairaanhoitopiirin alueella. Koko maan kattavan yhtenäisen potilastietojärjestelmän kehittämiseksi tarvitaan vastaavanlaisia tutkimuksia myös muiden sairaanhoitopiirien alueella.

Tämän tutkimuksen pohjalta nousivat seuraavat kehittämisen toimenpide - ehdotukset.

- Yhtenäisten kirjaamisen käytäntöjen luominen sairaanhoitopiirin alueelle, huomioiden potilasohjauksen kirjaaminen.
- Potilastietojärjestelmä Effican tulisi kehittää oma Ohjaus- lehti ja vastaavasti Whoikeen oma ohjaus komponentti.
- Yksityisen sektorin ammatinharjoittajien (esim. jalkahoitaja), yksityisten lääkäriasemien ja sairaaloiden epikriisit ja palautteet tulisi saada potilasasiakirjoihin tiedonkulun turvaamiseksi.
- Jatkohoidon ohjauksen ja dokumentoinnin kehittämiseen tulisi panostaa sairaanhoitopiirin alueella.

## LÄHTEET

Absetz P, Valve R, Oldenburg B, Heinonen H, Nissinen A, Fogelholm M, Ilvesmäki V, Talja M, Uutela A. 2007. Type 2 diabetes prevention in the "real world". *Diabetes Care* 30(10), 2465- 2470.

Alahuhta M., Korkiankangas E., Kyngäs H, Laitinen J. 2009a. Tyypin 2 diabeteksen korkean riskin henkilöiden elintapamuutoksen hyödyt ja haitat. *Hoitotiede* 21(4) 259 – 268.

Alahuhta M, Korkiankangas E, Jokelainen T, Husman P, Kyngäs H, Laitinen J. 2009 b. Miten henkilöt, joilla on kohonnut tyypin 2 diabeteksen riski kuvaavat elintapamuutostaan ja painonhallintaansa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 46:148 – 158.

Alahuhta, M. 2010. Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työikäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä. Väitöskirjatyö. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteidenlaitos. [www-dokumentti] haettu [28.3.2011] <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514263552/isbn9789514263552.pdf>

Arnkil TE, Eriksson E, Arnkil R. 2000. Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa. Sektorikeskeisyydestä ja projektien kaaoksesta joustavaan verkostointiin. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. Raportteja 253. Helsinki.

Bell JS, Airaksinen MS, Lyles A, Chen TF, Aslani P. 2007. Concordance is not synonymous with compliance or adherence. *Br J Clin Pharmacol* 64: 710-711.

Brekke HK, Jansson PA, Lerner RA 2005. Long-term (1- and 2 year) effects of lifestyle intervention in type 2 diabetes relatives. *Diabetes Research and Clinical Practice* 70: 225 – 234.

Diabetesliitto [www-dokumentti] 2005. (Haettu 6.12.2010) [http://www.diabetes.fi/files/279/Ehkaisyojelman\\_tivistelma\\_pdf\\_329\\_kt.pdf](http://www.diabetes.fi/files/279/Ehkaisyojelman_tivistelma_pdf_329_kt.pdf)

Diabetesliitto. (www- dokumentti) 2010 (Haettu 1.9.2010) [http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/yleista\\_diabeteksesta](http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/yleista_diabeteksesta)

DEHKO – Diabeteksen ehkäisyn ja hoidonkehittämisohjelma 2000–2010. Suomen Diabetesliitto ry. Gummerus Kirjapaino Oy.

Edge L. E , Osborn C.Y. 2010. Role of motivation in the relationship between depression, self-care and glycemic control in adults with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator* March-April vol. 36 no. 2 276 – 283. [www-dokumentti] [haettu 25.2.2011] <http://tde.sagepub.com.ezproxy.jyu.fi/content/36/2/276.full>

Elfhag K & Rössner S. 2005. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews* 6: 67-85.



Elo S, Kyngäs H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1), 107-115.

Fisher L, Glasgow RE. 2007. A call for more effective integrating behavioral and social science principles into comprehensive diabetes care. *Diabetes Care* 10: 2746 – 2749.

Glasgow RE, Toobert DJ, Hampson SE, Strycker LA. 2002. Implementation, generalization and long-term results of the “choosing well” diabetes self-management intervention. *Patient education and counseling*. 48, 115-122.

Garrett N, Hageman CM, Sibley SD, Davern M, Berger M, Brunzell C, Malecha K, Richards SW. 2005. The effectiveness of an interactive small group diabetes intervention in improving knowledge, feeling of control, and behaviour. *Health Promotion Practice*. 6:320-8

Greaves CJ, Middlebrooke A, O’Loughlin L, Holland S, Piper J, Steele A, Gale T, Hammerton F. 2008. Motivational interviewing for modifying diabetes risk: a randomized controlled trial. *British Journal of General Practice*, 535-540.

Hallila L, Graeffe R. 2005. Hoitotyön kirjaamista sääntelevät lait, asetukset ja ohjeet. Teoksessa Hallila L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu. Otava.

Hankonen Nelli. 2011. Psychosocial processes of health behavior change in a lifestyle intervention. Influences of gender, socioeconomic status and personality. National Institute for health and welfare. [www-dokumentti] [Haettu 5.5.2011].  
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/24850/psychoso.pdf?sequence=3>

Heinonen L. 2009. Laihduttamisen tarpeellisuus. *Duodecim*. [www-dokumentti] [Haettu 29.1.2011].  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dia01103&p\\_teos=dia&p\\_osio=&p\\_selaus=7996](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia01103&p_teos=dia&p_osio=&p_selaus=7996)

HoiData – hanke 2007- 2009 loppuraportti. [www-dokumentti] [haettu 1.3.2011]  
<http://www.vsshp.fi/fi/4519>

Ilanne- Parikka P. 2009a. Tyypin 2 diabeteksen kokonaisvaltainen hoitaminen. *Duodecim* 2009 [www-dokumentti]. [Haettu 1.1.2011].  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dia01103&p\\_teos=dia&p\\_osio=&p\\_selaus=9559](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia01103&p_teos=dia&p_osio=&p_selaus=9559)

Ilanne-Parikka P. 2009b. Hoidon tavoitteet tyypin 2 diabeteksessä. *Duodecim*. [www-dokumentti] 2009 [Haettu 1.1.2011].  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dia01102&p\\_teos=dia&p\\_osio=&p\\_selaus=9559](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia01102&p_teos=dia&p_osio=&p_selaus=9559)

Ilanne – Parikka P. 2011(a). Kohonneen verensokerin lääkehoito tyypin 2 diabeetikolla. *Duodecim* [www-dokumentti] 2011 [Haettu 28.3.2011]  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dia01106&p\\_teos=dia&p\\_osio=&p\\_selaus=18748](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia01106&p_teos=dia&p_osio=&p_selaus=18748)

Ilanne-Parikka P. 2011 (b). Alkoholien käyttö ja diabetes. Duodecim. [www-dokumentti] [haettu 1.5.2011]

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dia01001#s7](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia01001#s7)

International Diabetes Federation.2003. International Standards for Diabetes Education. [www-dokumentti] [haettu 19.1.2011.]

<http://www.idf.org/webdata/docs/International%20standards.pdf>

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. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 25: 244-249.

Jansink R, Braspenning J, Van der Weijden T, Elwyn G, Grol R. 2010. Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *Bio Med Central Family Practice* 11: 41:1-7.

Johansson K, Hupli M, Salanterä S.2002. Patients' learning needs after hip arthroplasty. *Journal of clinical nursing*. 11: 634 - 639

Johansson K, Leino-Kilpi H, Salanterä S, Lehtikunnas T, Ahonen P, Elomaa L, Salmela M. 2003. Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective. *Patient Education and Counseling* 51: 239-245.

Karhila P, Kettunen T, Poskiparta M, Liimatainen L. 2003. Negotiation in Type 2 Diabetes Counseling: From problem recognition to mutual acceptance during lifestyle counseling. *Qualitative Health Research*. Vol 13 No 9: 1205 – 1224.

Kettunen T. Neuvontakeskustelu. 2001. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysterveystieteessä. *Terveystieteen väitöskirjatyo*. Jyväskylän yliopisto.

Kettunen T, Poskiparta M, Liimatainen L. 2001. Empowering counseling- a case study: nurse- patient encounter in a hospital. *Health Education Research*. Vol. 16 no 2: 227 - 238.

Kettunen T, Poskiparta M, Karhila P. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede* Vol. 14, no 5/02:213 – 222.

Kettunen T, Poskiparta M, Kiuru P, Kasila K. 2004. Muutospuhe tyypin 2 diabetesneuvonnassa. Tapaustutkimus diabeteshoitajan ja potilaan välisestä neuvontakeskustelusta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 41: 352 – 365.

Kettunen T, Poskiparta M, Kiuru P, Kasila K. 2006. Lifestyle counseling in type 2 diabetes prevention: A case study of a nurse's communication activity to produce change talk. *Communication & Medicine* 3 (1): 3 – 14.

Kiiskinen U, Vehko T, Matikainen K, Natunen S, Aromaa A.2008. Terveystieteen edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus* 2008:1. [www-dokumentti] [haettu 28.4.2011] <http://pre20090115.stm.fi/pr1202902258197/passthru.pdf>

Kinnunen T, Pasanen M, Aittasalo M, Fogelholm M, Weiderpass E, Luoto R. 2007. Reducing postpartum weight retention- a pilot trial in primary health care. *Journal of the international society of sports nutrition*. 6:21.

Kiuru P, Poskiparta M, Kettunen T, Saltevo J, Liimatainen L. 2004. Advice-Giving Styles by Finnish Nurses in Dietary Counseling Concerning Type 2 Diabetes Care. *Journal of Health Communication*, Volume 9: 337- 354. 416- 427.

Konttinen H, Haukkala A, Sarlio-Lähteenkorva S, Silventoinen K, Jousilahti P. 2009. Eating styles, self-control and obesity indicators. The moderating role of obesity status and dieting history on restrained eating. *Appetite* 53, 1: 131 – 134. [www-dokumentti] [haettu 20.5.2011]

<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.jyu.fi/science/article/pii/S019566630900498X>

Korkiakangas E.E, Alahuhta M. A, Laitinen J. H. 2009. Barriers to regular exercise among adults at high risk or diagnosed with type 2 diabetes: a systematic review. *Health Promotion International*. Vol. 24: 4:

Korkiakangas E. 2010. Aikuisten liikuntamotivaation vaikuttavat tekijät. Väitöskirjatyö. Oulun Yliopisto.

Korkiakangas E, Alahuhta M, Laitinen J. 2010. Hyödyt ja haitat elintapamuutoksen puntarissa. *Sairaanhoitaja – lehti*. 5/2010 vol. 83: 48 – 50.

Koski A-M, Hämäläinen H, Kalliokoski M, Lyytikäinen ., Marjanen T, Nuorva K, Sopenan P, Virpikari – Lehtinen I. 2010. Tyypin 2 diabeteksen hoitoketju. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. [www.dokumentti] [haettu 1.3.2011]

<https://sonette.fi/public/default.aspx?nodeid=33975&culture=fi-FI&contetlan=1>

Koski JJ, Kuusinen A, Honkasalo M, Seppänen S, Nihtilä A, Johannala- Kemppainen R, Karhula T, Huvinen S, Elonheimo O. 2009. Nuotalla diabeetikot hyvään hoitoon. *Suomen Lääkrälehti* 24 vsk 64.

Koski S. 2009 .Diabetes Suomessa 1998 -2007. *Dehko- uutiset*. nro 3, 5-6. [www.dokumentti] päivitetty [viitattu 13.4.2010].

[http://www.diabetes.fi/tiedoston\\_katsominen.php?dok\\_id=2196](http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=2196)

Kuronen R, Jallinoja P, Ilvesmäki V, Patja K. 2006 Miten valtimotautiriskejä koskevat hoitosuositukset on otettu käyttöön. *Suomalainen Lääkrilehti* 61: 4571-4577.

Kylmä J, Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki

Kyngäs H, Kääriäinen M. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17: 250–258.

Kyngäs H, Kääriäinen M, Poskiparta M, Johansson K, Hirvonen E, Renfors T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Oppimateriaalit Oy. WSOY: Helsinki.

Käypähoitosuositukset. Diabetes. 2009 [www-dokumentti] [haettu 10.4.2011]

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi500>

Käypähoitosuositukset. Aikuisten lihavuuden hoito. 2009. [www-dokumentti] [haettu 30.4.2011]

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi24010.pdf>

Kääriäinen M, Kyngäs H, Ukkola L, Torppa R. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. *Tutkiva Hoitotyö* Vol. 3 (1): 10 – 15

Kääriäinen M., Kyngäs H., Ukkola L, Torppa K. 2006. Terveystieteiden henkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* Vol. 18, no 1; 4 – 13.

Kääriäinen M. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. 2007. Oulun Yliopisto

Kääriäinen M. Potilasohjauksen laatu. Teoksessa (toim.)Lipponen K, Ukkola L, Kanste O, Kyngäs H. 2008 Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tuotetut potilasohjauksen toimintamallit. Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 3/2008. [www-dokumentti] [haettu 1.2.2011].

Kääriäinen M, Kaakinen P. 2008. Potilasohjauksen rakenteinen kirjaaminen. *Sairaanhoitaja-lehti* 1/2008 vol. 81; 13-15.

Laaksonen D, Lindström J, Lakka TA, Eriksson JG, Niskanen L, Wikström K, Aunola S, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Valle TT, Ilanne-Parikka P, Louheranta A, Hämäläinen H, Tuomilehto J, Uusitupa M. 2005. Physical activity in the prevention of type 2 diabetes: the Finnish diabetes prevention study. *Diabetes* 54, 158-165.

Laitakari J, Miilunpalo S, Vuori I. 1997. The process and methods of health counseling by primary health care personnel in Finland: a national survey. *Patient Education and Counseling* 30: 61- 70.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. [www-dokumentti] [haettu 16.1.2010]  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lang A, Froelicher ES. 2006. Management of overweight and obesity in adults: behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 5 (2): 102-114.

Lankinen P, Pietilä A-M, Nuutinen O, Louheranta A. 2002. Hoitajien valmiudet aikuistyypin diabeetikoiden ruokavalio-ohjauksessa. *Terveystieteiden lehti* 7:14- 17.

Latvala E, Vanhanen-Nuutinen L. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen S, Nikkonen M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki:Wsoy, 2001.

Liimatainen L, Poskiparta M & Sjögren A. 1999. Terveystieteiden edistämisen näkökulmat terveysalan ammattikorkeakouluopetuksen haasteena. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 36: 99- 110.

Lillrank P, Kujala J, Parviainen P. 2004. Keskenkärsivä potilas. Terveystieteiden tuotannonohjaus. Talentum: Helsinki.

Lillrank P, Venesmaa J. 2010. Terveystieteiden alueellinen palvelujärjestelmä. Talentum. Helsinki.

- Lindblad A. J. 2006. Strategies for teaching self-care with type 2 diabetes: focus on adult development theory. Canadian Pharmacists Journal. July/ August vol. 139 No 4. [www-dokumentti] [haettu 1.3.2011]  
[http://www.pharmacists.ca/content/cpjpdfs/july\\_august06/Strategietype2.pdf](http://www.pharmacists.ca/content/cpjpdfs/july_august06/Strategietype2.pdf)
- Lindström J, Louheranta A, Mannelin M., Rastas M., Salminen V., Eriksson J., Uusitupa M, Tuomilehto J. 2003. Lifestyle intervention and 3- year results on diet and physical activity. Diabetes Care 26, (12).
- Lindström J. 2006. Prevention of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention – Emphasis on Dietary Composition and Identification of High – Risk Individuals. Publications of the National Public Health Institute. A. 18. [www-dokumentti] [haettu 6.1.2010]  
<http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kansa/vk/lindstrom/preventi.pdf>
- Lipponen K, Kanste O, Kyngäs H, Ukkola L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 45: 121 - 135.
- Lipponen K, Ukkola L, Kanste O, Kyngäs H. 2008. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tuotetut toimintamallit. Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 3/ 2008. [www-dokumentti] [haettu 20.6.2011]  
[http://www.pppshp.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/16314\\_3\\_2008.pdf](http://www.pppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16314_3_2008.pdf)
- Macpherson K, Abbots J, Harbour J, Mandava L. 2009. Systematic review of the provision of informations to patients with long – term conditions. NHS quality improvement Scotland [www-dokumentti] [haettu 5.2.2011].  
[http://www.nhshealthquality.org/nhsqis/LongTermConditions\\_HTASystematicreview3\\_AUG09.pdf](http://www.nhshealthquality.org/nhsqis/LongTermConditions_HTASystematicreview3_AUG09.pdf)
- Marttila J. 2009. Diabetes ja mieliala. Terveyskirjasto Duodecim. [www-dokumentti] [Haettu 26.2.2011].  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dia00305&p\\_teos=dia&p\\_osio=103&p\\_selaus=](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia00305&p_teos=dia&p_osio=103&p_selaus=)
- Mustajoki P. 2010. Diabeteksen munuaissairaus (diabeettinen nefropatia). Lääkärikirja Duodecim. [www.dokumentti] [haettu 25.2.2011].  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_osio=&p\\_artikkeli=dlk00563&p\\_haku=](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00563&p_haku=)
- Mäkilä M. 2007. Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko – näkyvää vai ei? Teoksessa Hopia H & Koponen L (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä. Gummerus.
- Nieminen H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa (toim.) Paunonen M. & Vehviläinen- Julkunen K. Wsoy. Juva.
- Niskanen L. 2009. Liikunta metabolisessa oireyhtymässä ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä. Duodecim. [www-dokumentti] [Haettu 1.1.2011].  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dia00805&p\\_teos=dia&p\\_osio=&p\\_selaus=3233](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia00805&p_teos=dia&p_osio=&p_selaus=3233)

Nuutinen M. 2000. Hoitoketju. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 116,(17): 1821-1828

Näslindh-Ylisparang A, Sihvonen M, Sarna S, Kekki P. 2008. Health status, symptoms and health counseling among middle-aged men: comparison of men at low and high risk. *Scandinavian Journal of caring Sciences* 22(4):529-35

Paulweber B, Valensi P, Lindström J, Lalic N.M., Greaves C.J., McKee M., Kissimova-Skarbek K., Liatis S., Cosson E, Szendroedi J., Sheppard K.E., Charlesworth K., Felton A. M., Hall M., Rissanen A., Tuomilehto J., Schwarz P.E., Roden M. 2010. A European Evidence-Based Guideline for the Prevention of Type 2 Diabetes. [www-dokumentti] [haettu 15.4.2011]  
<https://www.thieme-connect.de/ejournals/pdf/hmr/doi/10.1055/s-0029-1240928.pdf>

Pitkälä K, Savikko N, Routsalo P. 2005. Kuntoutuspolun solmukohtia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 10. Helsinki: vanhustyönkeskusliitto ry.

Poskiparta M. 1997. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismietelmänä. Jyväskylän Yliopisto. *Studies in sport, physical education and health* 46.

Poskiparta M, Karhila P. 2000. Miten valtuutan hoitamaan? Ihmis- ja voimavarakeskeinen lähestymistapa diabetesneuvonnassa. *Diabetes ja lääkäri* 9/2000: 24 – 28.

Poskiparta M, Kettunen T, Liimatainen L. 2000. Questioning and advising in health counselling: results from a study of Finnish nurse counsellors. *Health Education Journal* 59, 69-89.

Poskiparta M, Liimatainen L, Kettunen T, Karhila P. 2001. From nurse-centered health counseling to empowermental health counseling. *Patient Education and Counseling*. Volume 45, Issue 1; 69 – 79.

Poskiparta M, Kasila K, Kettunen T, Kiuru P. 2004. Tyypin 2 diabeetikkojen liikuntaneuvonta perusterveydenhuollon lääkärien ja hoitajien vastaanotoilla. *Suomen Lääkärilehti* 14/2004, 1491 – 1495.

Poskiparta M., Kasila K., Kettunen T., Liimatainen L, Vähäsarja K. 2004 b. Uusi työvälinen elintapojen muutosta tukevaan terveysneuvontaan. *Terveydenhoitaja* 7: 15 – 18.

Poskiparta M. 2006. Jaettu päätöksenteko potilasohjauksessa. *Sairaanhoitaja-lehti*. 79 (10), 14- 17.

Poskiparta M, Kasila K, Kiuru P. 2006. Dietary and physical activity counselling on Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary healthcare in Finland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 24: 206- 210.

Poskiparta M, Kasila K, Vähäsarja K, Kettunen T , Kiuru P. 2007. Diabetesta sairastavien ravintorasvojen käytön neuvonta perusterveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 44: 20-28.

Rickheim PL, Weaver TW, Flader JL, Kendall DM. 2002. Assessment of group versus individual diabetes education: a randomized study. *Diabetes Care*. 25:269-74

Rollnick S, Mason P, Butler C. 2002. *Health Behavior Change. A guide for practitioners*. Churchill Livingstone. Toronto.

Routsalo P, Airaksinen M, Mäntyranta T, Pitkälä K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. *Duodecim*; 125:2351-2359.

Ruotsalainen P. 2000. Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. Teoksessa: Nouko-Juvonen S, Ruotsalainen P, Kiikkala I. (toim.) *Hyvinvointivaltion palveluketjut*. Tammi: Helsinki. 7–32.

Rönnemaa T. 2009. Liikunta tyyppin 2 diabeteksessa. *Duodecim*. [www-dokumentti] 2009 [Haettu 1.1.2011].

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dia02127&p\\_teos=dia&p\\_osio=&p\\_selaus=3233](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia02127&p_teos=dia&p_osio=&p_selaus=3233)

Saarelma O, Lommi M-L, Hemminki A, Leppäkoski A-M, Siefen L. 2008. Toimiva hoitomalli pitkäaikaissairaiden hoitoon. *Suomen lääkärilehti* 50 vsk 63: 4441- 4448.

Saarenheimo M, Eloniemi-Sulkava U, Pitkälä K. 2009. Enhancing empowerment and self-management in elderly families with dementia. Teoksessa Baehrer S, Krebs E. (toim.) *Self-management in chronic diseases*. Springer Verlag.

Salaspuro M. 2003. Päihdelääketiede. Toim. Salaspuro M, Kiiänmaa K ja Seppä K. Kustannus Oy Duodecim. [www-dokumentti] [haettu 1.5.2011].

<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/221-alkoholi-ja-diabetes>

Salmela S, Poskiparta M, Kasila K, Vähäsarja K, Vanhala M. 2009. Transtheoretical model-based dietary interventions in primary care: a review of the evidence in diabetes. *Health Education Research* 24 (2): 237 – 252.

Salminen V, Lindström J, Louheranta A, Rastas M. 2002. Ruokavalio- ja liikuntaneuvonta ehkäisevät diabeteksen puhkeamista. *Diabetes Prevention Study, DPS*. *Suomen lääkärilehti* 57 (12): 1379 -82.

Saranto K, Kinnunen U-M 2008. Evaluating nursing documentation – research designs and methods: systematic review. *Journal of advanced Nursing* 65 (3), 464 – 476.

Seppänen M. 2010. Diabeteksen silmäsairaus (diabeettinen retinopatia). *Lääkärikirja Duodecim*. [www-dokumentti] haettu [26.2.2011]

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_osio=&p\\_artikkeli=dlk00826&p\\_haku=](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00826&p_haku=)

Silvennoinen – Nuora L. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Akateeminen Väitöskirja. Tampereen Yliopisto. [www-dokumentti] [haettu 29.4.2010].

<http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8251-9.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Stm- julkaisut* 2005:32

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009- 2013. STM-julkaisut 2009:3.

Ståhl T. 2009. Kunnan asukkaiden terveydentilan seuranta ja tarveanalyysi. Teoksessa: Rimpelä M, Saaristo V, Wiss K, Ståhl T (toim.) Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa.

Sund R, Koski S. 2009. Fin DM II. On the register based measurement of the prevalence and incidence of diabetes and its long-term complications. A technical report. Tampere.

Suomen Sydänliitto, Suomen Diabetesliitto, Aivoliitto & Suomen Syöpäyhdistys. Pieni Päätös Päivässä – verkkosivusto. [www-dokumentti] [haettu 30.4.2010]. <http://www.pienipaatospaivassa.fi/>

Suurnäkki A, Leppäkoski A-M, Pellikka M. 2010. Espoon potilaslähtöinen pitkäaikaissairauksien hoitomalli. Teoksessa: Muurinen S., Nenonen M., Wilkman K. & Agge E. (toim.) Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki. Fioca Oy.

Tanttu K. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoimalla näkökulmasta. Väitöskirja. Sosiaali- ja terveyshallintotiede. Acta Wasaensia. Vaasan Yliopisto.

Tanttu K. Rusi R. 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa hoitotyön vuosikirja. Hoitotyön kirjaaminen. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Tuomi J, Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Tuomilehto J., Lindström J., Eriksson J.G., Valle T.T., Hämäläinen H., Ilanne-Parikka P., Keinänen-Kiukaanniemi S., Laakso M., Louheranta A., Rastas M., Salminen V, Uusitupa M. 2001. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. The New England Journal of Medicine. Vol 344 No. 18; 1343- 1350.

Vanhala M, Jokelainen J, Keinänen-Kiukaanniemi S, Kumpusalo E, Koponen H. 2009. Depressive symptoms predispose females to metabolic syndrome: a 7-year follow-up study. Acta psychiatrica Scand. 7 :328-35.

Vanhala M. 2010. Diabetes ja masennus. Diabetes ja lääkäri. 39 No. 4; 7 -9. Suomen Diabetesliitto.

Vuori J. 2000. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden yhteistyö ja palveluketjut. Teoksessa: Sundman E. (toim.) Potilaan asema ja oikeudet. Tammi. Helsinki, 67–86

Wagner EH 1998. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice 1 (1), 2 – 4.

Wagner Eh, Austin Bt, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. 2001. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Affairs 20 (6), 64 -78.



**TIEDOTE TUTKIMUKSESTA**

Arvoisa Asiakas,

Olen terveystieteiden maisteri-opiskelija Jyväskylän yliopistossa ja teen pro gradu- työtäni aiheesta tyypin 2 diabetes potilaan ohjaus hoitoketjussa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää tyypin 2 diabetesta sairastavien potilasohjauksen kirjaamista potilasasiakirjoihin hoitoketjun eri tasoilla: keskussairaalassa ja perusterveydenhuollossa.

Tutkimukseen valitaan kaikki ... perusterveydenhuollon alueella vuoden 2005- 2009 välisenä aikana tyypin 2 diabetekseen sairastuneet ja hoitoketjun läpikäyneet potilaat (n=50). Rekisteritietojen haun on suorittanut diabeteshoitaja. Pyydän suostumukseenne potilasasiakirjojenne tutkimiseksi keskussairaalassa ja perusterveydenhuollossa. Potilasasiakirjoista poimitaan potilasohjausta koskevat terveydenhuollon ammattilaisten kirjaukset. Osallistumisenne on tärkeää potilasohjauksen kehittämiseksi hoitoketjun eri tasojen välillä. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista, eikä potilastietojen antamisesta kieltäytymisellä ole vaikutusta saamaanne hoitoon.

Tutkimuksen raportointivaiheessa kenenkään yksittäisen potilaan tiedot eivät tule julki, eikä potilasta voida tunnistaa. Tutkimuksessa sitoudun noudattamaan voimassa olevia tutkimusaineiston säilyttämiseen ja tietosuojalainsäädäntöön liittyviä ohjeita. Tutkimusaineisto hävitetään asianmukaisin keinoin pro – gradu työn valmistuttua. Pro gradu työtäni ohjaa erikoistutkija, dosentti Tarja Kettunen.

Annan mielelläni lisätietoja tutkimukseen liittyen.

Ystävällisin terveisin Heidi Johansson

Heidi Johansson puh: 044 – 0481829, s-posti: [heidi-maarit.o.johansson@jyu.fi](mailto:heidi-maarit.o.johansson@jyu.fi)

**SUOSTUMUS POTILASTIETOJEN LUOVUTTAMISEEN**

Minua on pyydetty antamaan suostumukseni potilasasiakirjojeni tarkasteluun edellä mainittua tutkimusta varten. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää tyypin 2 diabetesta sairastavien potilasohjauksen kirjaamista potilasasiakirjoihin hoitoketjun eri tasoilla: keskussairaalassa ja perusterveydenhuollossa. Olen lukenut tutkimustiedotteen ja minulle on myös selvitetty tutkimuksen tarkoitus. Minulla on ollut mahdollisuus tehdä lisäkysymyksiä tutkimukseen liittyen ja olen saanut niihin tyydyttävän vastauksen. Ymmärrän, että osallistumiseni tutkimukseen on vapaaehtoista, eikä osallistumisesta kieltäytyminen tai suostumuksen peruuttaminen vaikuta tulevaan hoitooni ja kohteluuni terveydenhuollon piirissä.

Allekirjoittamalla tämän suostumusasiakirjan suostun vapaaehtoisesti antamaan suostumukseni potilasasiakirjojeni tarkasteluun keskussairaalassa ja perusterveydenhuollossa.

**Nimi** \_\_\_\_\_

**Henkilötunnus** \_\_\_\_\_

**Lähiosoite** \_\_\_\_\_

**Postinumero- ja toimipaikka** \_\_\_\_\_

**Puhelinnumero** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**päiväys ja paikka**

\_\_\_\_\_  
**päiväys ja paikka**

\_\_\_\_\_  
**allekirjoitus**

\_\_\_\_\_  
**suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus**

\_\_\_\_\_  
**nimenselvennys**

\_\_\_\_\_  
**nimenselvennys**

| <b>Alkuperäisilmaus</b>   | <b>Pelkistetty ilmaus</b>   | <b>Alaluokka</b>                         | <b>Yläluokka</b>                           | <b>Päälouokka</b> |
|---|---|--|--|-------------------|
| Kannustettu aterioimaan 3-4 tunnin välein eli 4-5 ateriala päivässä, jotta saisi napostelun kuriin.   | Ateriointi välit 3- 4 tuntia, 4-5 ateriala päivässä.  | Ateriarytmitys                           | Ruokavalio-ohjaus                          | Elintapaohjaus    |
| Ohjattu nyt syömään 3-4 tunnin välein verensokerin tasaamisen kannalta  | Ateriointi välit 3-4 tuntia verensokerin tasaamiseksi                                       | Ateriarytmitys                           | Ruokavalio-ohjaus                          |                   |
| Ruokailua tarkasteltu, kasvisten määrää voisi reilusti nostaa, kokoja väleipää syö ja vähärasvaisia maitotuotteita  | Ruokailun, kasvisten käytön, viljatuotteiden ja maitotuotteiden käyttämisen tarkastelu.     | Ruokavalion sisällön tarkastelu          | Ruokavalio-ohjaus                          |                   |
| Janojuomaksi suositeltu vettä.  | Vettä janojuomaksi.   | Ruokavalion tarkastelu                   | Ruokavalio-ohjaus                          |                   |
| Annettu 1200kcal dieetti ohje mukaan  | Dieettiohje   | Ruokavalion tarkastelu, laihduttaminen   | Ruokavalio-ohjaus<br>Painonhallinnanohjaus |                   |
| Ruokavalio-ohjausta annettu, kannustettu nyt vähentämään leivänsyöntiä esim. keitolle korkeintaan kaksi leipää, aikaisemmin syönyt 3, ohjattu 6 leipä palasta päivässä. | Ruokavalio-ohjausta annettu, kannustettu vähentämään leivänsyöntiä.                         | Ruokavalion tarkastelu                   | Ruokavalio-ohjaus                          |                   |
| Ohjattu ainakin lisäämään runsaasti kasviksia nyt kun niitä helppo saada  | Kasvisten määrän lisääminen ruokavaliassa ohjattu   | Ruokavalion tarkastelu<br>Kasvikset      | Ruokavalio-ohjaus                          |                   |
| Kannustettu pehmeiden rasvojen osuutta lisäämään mm. vaihtamaan öly voim tilalle ruuanlaitossa sekä siirtymään kevyisiin juustoihin.                                    | Kannustettu lisäämään pehmeiden rasvojen osuutta  | Ruokavalion tarkastelu                   | Ruokavalio-ohjaus                          |                   |
| Hiilihydraatteja kuten leipää ja perunaa suositellaan vähentämään painon hallitsemiseksi  | Hiilihydraatteja suositeltu vähentämään painon hallitsemiseksi                              | Ruokavalion tarkastelu ja painon pudotus | Ruokavalio-ohjaus,<br>painonhallintaohjaus |                   |
| Kannustettu jatkamaan ja pikku hiljaa pudottamaan painoaan  | Kannustettu jatkamaan painonpudotusta   | Laihduuttaminen                          | Painonhallinnanohjaus                      |                   |
| Tavoitteeksi asettanut painon pudotuksen kasinumeroiseen lukuun ja liikunnan lisäyksen x 2 vko:ssa  | Keskusteltu painon pudotuksesta ja liikunnan lisäämisestä ja potilas asettanut tavoitteen.. | Painon pudotukseen motivointi            | Painonhallinnan ohjaus                     |                   |

|  |  |   |  |                                  |
|--|--|---|--|----------------------------------|
| Muistutettu siitä, että painon pitäisi myös pysyä.   | Painon pysyvyyden tärkeydestä.   | Painon tasapaino                            | Painonhallinnan ohjaus                       | Elintapaohjaus                   |
| Käytiin lävitse liikuntamuotoja joihin olisi hyvä lähteä mukaan esim. vesijump ja esim kävelyn aloittaminen lyhyillä matkoilla   | Keskusteltu erilaisista liikuntamuodoista  | sopivat liikunta muodot                     | Liikuntaohjaus                               |                                  |
| Ohjattu nyt vs omaseuranta ja mittarin käyttö. Sovittu että mittaa yhtenä päivänä viikossa aamuarvo, 11/2 – 2 tuntia päivällisen jälkeen, illasta tai satunnaisia kertoja päivästä. Ohjattu omaseuranta vihkoon kirjaaminen sekä käyty lävitse vs. tavoitearvot. | Ohjattu verensokerien omaseuranta ja mittarin käyttö ja käyty lävitse vs. tavoitearvot | Hoidon seurannan ohjaaminen.                | Diabeteksen seuranta                         | Diabeteksen hoito                |
| Esitely diabetesneuvolan toiminta ja ilmaisjakelukäytännöt.  | Diabetesneuvolan toiminnan ja ilmaisjakelukäytännöjen                                  | Hoidon seurannan ohjaus                     | Diabeteksen seuranta                         |                                  |
| Sovitaan nyt että ottaa ilta Diforminit vasta iltapalan aikoihin, jotta sen vaikutus riittäisi seuraavan aamuun. Liikuntaa myös iltaterian jälkeen.  | Diformin-lääkkeen ottamisen ohjaus iltapalan aikoihin.                                 | Lääkeohjaus                                 | Diabeteksen lääkkeellinen hoito              |                                  |
| Olisi annettu ja ohjattu kotimittarin käyttö, mutta ei nyt vielä halua vaan harkitsee asiaa.   | Motivoitu itsehoitoon.   | Hoidon seurannan ohjaus ja motivointi       | Itsehoidon tukeminen<br>Diabeteksen seuranta |                                  |
| Asiakkaalle annettu diabeetikon kenkien valintaopas ja ohje  | Diabeetikon kenkien valintaopas  | Jalkahoito,                                 | Itsehoidon tukeminen                         |                                  |
| Silmälääkärille varaa ajan silmälaseja varten, samalla silmänpohjatarkastus  | Ohjattu varaamaan aika silmälääkärille.  | Silmien tarkastus                           | Tukipalvelut                                 | Lisäsairauksien ehkäisy ja hoito |
| Maksusitoumus jalkahoitoa varten tehty ja fysioterapiaan lähete sekä viestiä   | Lähete jalkahoitoon<br>Lähete fysioterapiaan.  | Jalkahoito<br>Liikunnan ja kunnon kartoitus | Tukipalvelut<br>Liikuntaohjaus               |                                  |
| Lähete jalkahoitajalle sekä aika silmänpohjakuvukseen  | Jalkahoitoon lähete<br>Silmänpohjakuvaus   | Jalkojen hoito<br>Silmien tarkastus         | Tukipalvelut                                 |                                  |