

Sari Järvinen

Ohjauksen kirjaaminen
Tyypin 2 diabetespotilaiden
omahoito ja osaaminen
potilasasiakirjoissa



Sari Järvinen

Ohjauksen kirjaaminen

Tyypin 2 diabetespotilaiden
omahoito ja osaaminen potilasasiakirjoissa

Esitetään Jyväskylän yliopiston liikuntatieteellisen tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi yliopiston vanhassa juhlasalissa S212
kesäkuun 2. päivänä 2017 kello 12.

Academic dissertation to be publicly discussed, by permission of
the Faculty of Sport and Health Sciences of the University of Jyväskylä,
in Auditorium S212, on June 2, 2017 at 12 o'clock noon.



UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

JYVÄSKYLÄ 2017

Ohjauksen kirjaaminen

Tyypin 2 diabetespotilaiden
omahoito ja osaaminen potilasasiakirjoissa

STUDIES IN SPORT, PHYSICAL EDUCATION AND HEALTH 257

Sari Järvinen

Ohjauksen kirjaaminen

Tyypin 2 diabetespotilaiden
omahoito ja osaaminen potilasasiakirjoissa



UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

JYVÄSKYLÄ 2017

Editors

Jarmo Liukkonen

Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä

Pekka Olsbo, Harri Hirvi

Publishing Unit, University Library of Jyväskylä

Cover photo by Harri Hirvi

Permanent link to this publication: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7079-6>

URN:ISBN:978-951-39-7079-6

ISBN 978-951-39-7079-6 (PDF)

ISBN 978-951-39-7078-9 (nid.)

ISSN 0356-1070

Copyright © 2017, by University of Jyväskylä

Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä 2017

ABSTRACT

Järvinen, Sari

Counselling documentation: the self-management and skills of type 2 diabetes patients in patient records.

Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2017, 145 p.

(Studies in Sport, Physical Education and Health

ISSN 0356-1070; 257)

ISBN 978-951-39-7078-9 (nid.)

ISBN 978-951-39-7079-6 (PDF)

The purpose of this study was to describe the contents of type 2 diabetes patient self-management counselling documentation, how counselling of self-management appeared in various content areas and how patients' self-management competence developed during the counselling. The research data consisted of nurses' documentations from type 2 diabetes patient self-management counselling situations (N = 60) in primary health care. The data was collected in 2014 from the period between the years 2005 and 2014. Data were analyzed using content analysis as well as a case study approach.

The documentation of self-management counselling included entries from content areas on nutrition, exercise, weight control, substance abuse, medication, self-monitoring, foot care, mood, and follow-up treatment. There were no entries related to sleep and rest content areas. The main focus of the self-management counselling documentation was descriptive entries related to nutritional discipline and change as well as planning and following medication care. In the descriptions, patients' knowledge and skills were described briefly while their attitudes were described in a number of ways. The support offered by nurses consisted mainly of giving information. In addition, only in scattered instances did the patients' own experiences, understanding, and the application of their knowledge to practice appear in the entries. Entries made on the guidance offered in self-management counselling situations consisted of short references to issues that were handled. They resembled notes more than they did considerations of patients' progress in their need to change or evaluations of changes or competence development from the previous meeting. The overall guidance of the treatment path seemed illogical and in places even contradictory because early entries were not returned to. The same issues were repeated while others remained open.

These findings suggest that self-management documentation should include the patient's point of view more often than is currently the case. Findings are useful for the development of self-management counselling documentation.

Keywords: documentation, lifestyle counselling, self-management, diabetes mellitus type 2

Author's address	Sari Järvinen, TtM Central Finland Health Care District, (Regional Health Centre units Joutsa) sajjarv@gmail.com
Supervisors	Professor Tarja Kettunen, PhD Faculty of Sport and Health Sciences Central Finland Health Care District, Unit of Primary Health Care Jyväskylä, Finland Professor Marita Poskiparta, PhD Research Center for Health Promotion University of Jyväskylä Jyväskylä, Finland
Reviewers	Professor Maria Kääriäinen Research Unit of Nursing Science and Health Management University of Oulu, Oulu, Finland Professor Pirkko Nykänen University of Tampere, Faculty of Natural Sciences University of Tampere Tampere, Finland
Opponents	Professor Helvi Kyngäs Research Unit of Nursing Science and Health Management University of Oulu, Oulu, Finland

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata tyypin 2 diabetespotilaan omahoidonohjauksen sisältöjä sekä omahoidon osaamista ja sen kehittymistä potilasasiakirjojen kirjauksissa. Tutkimusaineisto koostui hoitajien toteuttamista tyypin 2 diabetespotilaiden (N=60) omahoidon ohjauksen kirjauksista perusterveydenhuollossa. Kirjaukset kerättiin vuosien 2004 – 2014 välisenä aikana muodostuneista hoitopoluista. Aineisto analysoitiin käyttäen induktiivista ja deduktiivista sisällönanalyysiä. Potilaan omahoidon osaamisen kehittymistä tarkasteltiin tapaus-tutkimuksen avulla.

Omahoidonohjaus sisälsi kirjauksia ravitsemuksen, liikunnan, painonhallinnan, päihdekäyttäytymisen, lääkehoidon, omamittausten, jalkahoidon, mielialan ja jatkohoidon sisältöalueilta. Uneen ja lepoon liittyvää omahoidonohjausta ei kirjattu. Omahoidonohjauksen kirjaamisen pääpaino oli ravitsemuksessa ja lääkehoidossa. Niukkimmin kirjauksia oli päihdekäyttäytymisestä, jalkahoidonohjauksen suunnittelusta sekä mielialaan tarjotusta tuesta. Ohjaustilanteista tehdyt kirjaukset olivat lyhyitä mainintoja käsitellyistä sisältöalueista eikä niissä ollut nähtävissä hoitotyön prosessimallia.

Potilaiden tiedot ja taidot näyttäytyivät niukkana. Tietoa kuvaavissa kirjauksissa näkyi enemmänkin tiedon kartoittaminen kuin käyttäytymistä ohjaavan tiedon hallinta tai omahoidon toteuttamista heikentävän tiedon puute. Taitoa kuvattiin pääasiassa yleisellä tasolla mainitsemalla terveellisen ravitsemuksen ja lääkehoidon noudattamista, omamittausten onnistunutta toteuttamista sekä parantuneita omamittausarvoja. Asennoituminen arjessa tapahtuvaan omahoitoon ilmeni aineistossa ongelmakeskeisenä, sillä kirjaukset käsittelivät pääasiassa potilaiden ongelmia, mutta eivät muutosesteiden ongelmanratkaisukeinoja. Hoitajien tarjoama tuki koostui pääasiassa tietojen antamisesta. Kirjauksissa oli niukasti pohdintoja potilaiden muutostarpeiden etenemisestä tai arviointeja muutoksen tai osaamisen kehittymisestä. Omahoidonohjausta kuvaavissa kirjauksissa toistettiin samoja asioita, eikä aiemmin käsiteltyihin asioihin enää palattu. Moni asia jäi avoimeksi eikä osaamisen kehittymisessä ollut nähtävissä edistymistä.

Tutkimustulokset viittaavat siihen, että omahoidonohjauksen kirjaamiseen olisi sisällytettävä potilaan näkökulmaa useammin kuin tällä hetkellä tapahtuu. Tulokset ovat hyödyllisiä omahoidonohjauksen kirjaamisen kehittämisessä.

Avainsanat: kirjaaminen, omahoidonohjaus, omahoito, tyypin 2 diabetes

ESIPUHE

Tämä tutkimustyöni on ollut matka tieteen maailmaan ja ennen kaikkea hoitotyön kehittämisen ydinalueille. Tutkijan roolissani olen astunut oman ammattini näkökulmasta tärkeimmälle osa-alueelle; potilaslähtöisen hoitotyön kehittämiseen. Hoitajana olen voinut toteuttaa tutkittua tietoa potilaslähtöisen hoitotyön kehittämiseksi käytännössä. Matkani ei ole ollut helppo, sillä on ollut opettava kestämaan muutoksen tuomia tunteita, muutosvastarintaa ja keskenereäisyyttä. Hoitotyön kehittämisen tarve ei lopu eikä työ tule koskaan valmiiksi. Hoitotyöhön sitoutuneelle ammattilaiselle kehittäminen on sekä mahdollisuus että haaste. On keskityttävä olennaiseen ja toisaalta nostettava monien mahdollisuuksien keskeltä kehittämisen kannalta merkittävimmät asiat.

Olen työssäni seurannut miten vaikeaa elintapamuutos on toteuttaa. Muutoksen edelle ovat aina tulleet erilaiset kiireet tai perustelut miksi juuri tänään ei ole liikkunut tai syönyt ateriarytmin mukaisesti. Yksilöllisten, potilaalle itselleen tärkeiden tavoitteiden asettaminen, niissä onnistumisten arvioiminen ja epäonnistuneiden syiden ylittäminen ovat nousseet sekä tutkimuksen että myös omien havaintojeni perusteella merkittäviksi kehittämistarpeiksi.

Tunnen olevani oikealla tiellä kehittämässä potilaiden parhaaksi toteutettavaa hoitotyötä. Rinnalla on ollut monia tärkeitä henkilöitä. Olen saanut heiltä paljon vahvuutta. Tiedän selviäni mistä vain. On aika kiittää teitä.

Ohjaajani professori Tarja Kettunen kiitän sinua, että olet uskonut minuun. Olet tukenut minua, kun tieteellinen ajatukseni on harhaillut ja olen ollut epävarma sen suunnasta. Olen saanut kulkea tutkijan askeleitani omaa tahtiani. Et ole hoputtanut vaan ymmärtänyt, kun aikaa ja huomiota on pitänyt jakaa sillä hetkellä tärkeämpiin kohteisiin.

Toinen ohjaajani professori Marita Poskiparta, kokemuksesi on ollut minulle suureksi hyödyksi. Olet ollut tukenani silloin, kun olen tukea tarvinnut.

Esitarkastajani professori Pirkko Nykänen ja professori Maria Kääriäinen, te ohjasitte minua huomioimaan vielä tarkemmin tutkimusaineistosta nousutta uutta tietoa. Myönteisen palautteenne ansiosta pystyin kehittämään näkemystäni laajemmaksi.

Kiitän Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitosta ja Keski-Suomen sairaanhoitopiiriä tutkimukseni tukemisesta. Uskon, että sellaisella sairaanhoitopiirillä on mahdollisuus kehittyä ja uudistua, jossa tuetaan tieteellistä tutkimusta. Kiitän erityisesti hallintoylihoitaja Kaija Heikuraa. Hänen rohkaisevia neuvojaan tulen kantamaan aina mukanani. Kiitän myös teitä terveydenhuollossa työskentelevät diabeteshoitajat, jotka autoitte minua tutkimuslupien keräämisessä kiireisen arjen keskellä. Ilman teitä ei olisi tutkimusaineistoa. Kiitos Heidi-Maarit systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen osallistumisesta.

Kiitos ystävät jotka olette tukeneet minua. Erityiskiitos Sirpalle. Olet ollut apuna aina, kun sitä olen tarvinnut. Parempaa kälyä en olisi koskaan voinut saada. Kiitos Kalle Willman, terveydenhuollon ”grand old man”.

Osoitan suuret kiitokseni rakkaille vanhemmilleni Marjalla ja Reijolle. Te loitte minulle kasvuympäristön, jossa sain varttua sellaiseksi kuin olen. Äidille-

ni Marjalle osoitan kiitokseni erityisesti hoitotyön kollegana ja tärkeänä keskustelukumppanina hoitotyön kehittämiseksi. Olet osoittanut omalla esimerkilläsi, että terveydenhuollon ammattilaisen tulee kehittää itseään, hakea uutta tietoa ja viedä sitä käytäntöön potilaan parhaaksi.

Suurimmat kiitokseni osoitan puolisololleni Auvolle ja lapsilleni Annalle, Antille, Annille ja Aimolle. Te olette joutuneet jakamaan minut tietokoneen ja monien papereiden kanssa. Olen halunnut näyttää esimerkkiä siitä, että aina tarvitaan "tieraivaajia", jotka osoittavat halua kehittää käytänteitä. Tienraivaajan osa ei ole helppo ja edessä saattaa olla enemmän ylämäkiä kuin alamäkiä. Tienraivaajana pärjää, kun tarkastelee ympäristöään avoimin silmin ja uskoo itseensä.

Pappisissa 26.4.2017

Sari Järvinen

KUVIOT

KUVIO 1	Osaamisen osatekijät tyypin 2 diabeteksen omahoidossa	25
KUVIO 2	Aineiston valintaprosessi tietokannoista ajalla 2006-2015	40
KUVIO 3	Tutkimuksen eteneminen	49
KUVIO 4	Tyypin 2 diabetespotilaan omahoidonohjauksen kirjatut sisällöt ja sisältöalueisiin liittyvät osaamisen pääluokat	57
KUVIO 5	Tapaus "onnistumisesta repsahdukseen ja paluu onnistumiseen" -osaamisen kehittyminen ajalla 2/2012-10/2012	77
KUVIO 6	Tapaus " muutosten vaikeudesta pieneen toivoon" -osaamisen kehittyminen ajalla 2/2006-2/2013	79
KUVIO 7	Tapaus "haluttomuudesta kohti onnistumista" -osaamisen kehittyminen ajalla 3/2008-1/2014	81
KUVIO 8	Tapaus "onnistuneesta muutoksesta elämän iloon" -osaamisen kehittyminen ajalla 2/2008-11/2013	83
KUVIO 9	Tyypin 2 diabetespotilaan omahoidonohjauksessa kirjatut osaamisen osatekijät	87

TAULUKOT

TAULUKKO 1	Kansallinen diabeteksen Käypä hoito-suositus (2013) potilaalle	23
TAULUKKO 2	Omahoidon ohjauksessa hyödynnettävät kirjaamisen otsikoinnit vuosina 2008-2015 (Liljamo ym. 2008, 2012 ja Virkkunen ym. 2015)	37
TAULUKKO 3	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus omahoitoon ohjaamisen kirjaamisesta	42
TAULUKKO 4	Esimerkki sisällönanalyysin vaiheista esimerkkinä ravitsemus ja lääkehoito	52
TAULUKKO 5	Hoitajien kirjaama ravitsemusohjaus	56
TAULUKKO 6	Hoitajien kirjaama liikuntaohjaus	60
TAULUKKO 7	Hoitajien kirjaama painonhallinnanohjaus	62
TAULUKKO 8	Hoitajien kirjaama päihdekäyttäytymisenohjaus	63
TAULUKKO 9	Hoitajien kirjaama lääkehoidonohjaus	65
TAULUKKO 10	Hoitajien kirjaama omamittausohjaus	68
TAULUKKO 11	Hoitajien kirjaama jalkahoidonohjaus	71
TAULUKKO 12	Hoitajien kirjaama mielialaan liittyvä ohjaus	72
TAULUKKO 13	Hoitajien kirjaama jatkohoidonohjaus	74

LYHENTEET

MBO	Metabolinen oireyhtymä
BMI	Body Mass Index
NMDS	Nursing Minimum Data Set
ICNP	International Classification for Nursing Practice
CCC	Clinical Care Classification
FinCC	Finnish Care Classification
SHTaL	Tarveluokitus
SHToL	Toimintoluokitus
SHTuL	Tulosluokitus
Kanta	Valtakunnallinen potilastiedon arkisto
eResepti	Sähköinen lääkemääräys
Omakanta	Kansalaisten omien tietojen sähköinen palvelu
eArkisto	Potilastiedon arkisto
YHOS	Terveys- ja hoitosuunnitelma
pth	Perusterveydenhuolto
esh	Erikoissairaanhoito
tt-huolto	Työterveyshuolto

SISÄLLYS

ABSTRACT
TIIVISTELMÄ
ESIPUHE
KUVIOT JA TAULUKOT
SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	13
2	TYYPIN 2 DIABETESPOTILAAN OMAHOITO JA OHJAUS.....	16
2.1	Tyypin 2 diabetespotilas.....	16
2.2	Tyypin 2 diabetespotilaan omahoito	17
2.3	Tyypin 2 diabetespotilaan omahoitoon ohjaus	19
2.4	Omahoidon osaamiseen vaikuttavat tekijät	24
2.4.1	Tieto osaamisen tukena	26
2.4.2	Taito osaamisen tukena	27
2.4.3	Asennoituminen osaamisen tukena	28
2.4.4	Sosiaalinen tukiverkosto osaamisen tukena.....	29
3	OMAHOIDON OHJAUKSEN KIRJAAMINEN.....	31
3.1	Kirjaamisen kehittyminen	31
3.2	Omahoitoon ohjaavan kirjaamisen kansallinen ohjeistus	33
3.3	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus omahoitoon ohjaamisen kirjaamisesta	39
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	46
5	AINEISTO JA MENETELMÄT	47
5.1	Tutkimuksen lähestymistapa.....	47
5.2	Tutkimusaineisto ja aineiston keruu.....	47
5.3	Aineiston analyysi	50
6	TULOKSET.....	54
6.1	Tyypin 2 diabetespotilaan omahoidonohjauksen kirjatut sisällöt ja omahoitoon ohjaus	54
6.1.1	Ravitsemusohjauksen kirjaaminen.....	56
6.1.2	Liikuntaohjauksen kirjaaminen.....	59
6.1.3	Painonhallinnanohjauksen kirjaaminen	61
6.1.4	Päihdekäyttämisenohjauksen kirjaaminen.....	63
6.1.5	Lääkehoidonohjauksen kirjaaminen	65
6.1.6	Omamittausohjauksen kirjaaminen.....	68
6.1.7	Jalkahoidonohjauksen kirjaaminen	71

6.1.8	Mielialaan liittyvän ohjauksen kirjaaminen.....	72
6.1.9	Jatkohoidonohjauksen kirjaaminen.....	73
6.2	Omahoidon osaamisen kehittyminen omahoidonohjauksen aikana ...	75
6.2.1	Tapaus ”onnistumisesta repsahdukseen ja paluu onnistumiseen”	75
6.2.2	Tapaus ”onnistumisen vaikeus”	78
6.2.3	Tapaus ”haluttomuudesta kohti onnistumista”	80
6.2.4	Tapaus ”onnistuneesta muutoksesta elämän iloon”	82
6.3	Yhteenveto	84
7	POHDINTA	87
7.1	Tutkimuksen eettiset näkökulmat.....	87
7.2	Tutkimuksen luotettavuus	88
7.3	Tulosten tarkastelu	90
7.3.1	Tyypin 2 diabetespotilaan omahoidonohjauksen sisältöalueet ja niiden kirjaaminen	90
7.3.2	Tyypin 2 diabetespotilaiden osaamisen osa-tekijät.....	92
7.3.3	Tyypin 2 diabetespotilaan osaamisen kehittyminen.....	94
7.4	Johtopäätökset.....	95
7.5	Toimenpide-ehdotukset.....	96
7.6	Jatkotutkimusaiheet.....	97
	ENGLISH SUMMARY	99
	LÄHTEET	
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Diabetes on maailmanlaajuinen haaste terveydenhuollolle (WHO 2010, European Observatory on Health Systems and Policies 2010). Euroopan alueella diabetesta sairastaa arvioiden mukaan noin 60 miljoonaa ihmistä, ja sen yleisyys lisääntyy koko ajan (WHO 2015). Vuonna 2010 diabetes oli osasyylinen yli 600000 eurooppalaisen kuolemaan (IDF 2015). Euroopan unioni määrittelee diabeteksen yhdeksi merkittävimmistä kroonisista sairauksista, jonka ehkäisyllä on sekä kansantaloudellisia että inhimillisiä vaikutuksia (European Comission 2015).

Diabetesta sairastaa jo yli 500 000 suomalaista. Sairauteen altistuneiden arvioiminen on haastavaa, sillä monet diabetesta sairastavista eivät ole tietoisia taudistaan. Sairastuneiden määrä on ollut kasvussa (Sung ym. 2012), mutta tilastollisesti muihin Euroopan maihin verrattuna Suomi on keskitasolla (Sund ym. 2009). Tyypin 2 diabeteksen lisääntyneisyyttä aiheuttavia riskitekijöitä on useita (Nolan ym. 2011). Keskeisimmät syyt liittyvät terveyskäyttäytymiseen (Cederberg ym. 2014, IDF 2015) eli siihen, miten ihminen käyttäytyy ja millaisia valintoja hän tekee omassa elämässään. Merkittävimmät terveydelliset valinnat liittyvät ruokavalioon, liikuntaan, painonhallintaan, tupakointiin ja alkoholin käyttöön (Knowler ym. 2009, Alwan ym. 2010, Glanz ym. 2010, IDF 2015). Elin tapoihin liittyvän käyttäytymisen vaikutus on merkittävää erityisesti niillä potilailla, joilla tyypin 2 diabetessairaus ei ole vielä aiheuttanut taudille ominaisia lisäsairauksia (Nolan ym. 2011).

Tyypin 2 diabeteksen lisääntyessä tarvitaan useita keinoja tukea potilasta itseään. Potilaat tarvitsevat ohjausta terveyskäyttäytymiseen, ja ohjausta terveyttä uhkaaviin riskitekijöihin vaikuttamiseen sekä oman sairauden hallintaan (Inzucchi ym. 2012). Oman sairauden hallinta vaikuttaa myönteisesti fyysiseen toimintakykyyn (Griffith ym. 2010), sekä ylläpitää työkykyä, sosiaalisia suhteita ja elämänlaatua (Boyd ym. 2010, Muehrer ym. 2011).

Kun terve ihminen sairastuu tyypin 2 diabetekseen, hänestä tulee samalla terveydenhuollon asiakas eli potilas. Sairastuminen edellyttää potilaalta käyttäytymisen muutosta, oman voinnin jatkuvaa seuraamista, omasta itsestä huolehtimista, tunteiden vaihtelun hallintaa, sosiaalisten suhteiden muuntumisen

ymmärtämistä, sekä pysyvän yhteistyön hyväksymistä terveydenhuollon ammattihenkilöstön kanssa. (Routasalo ym. 2009.) Diabeteksen hoito tapahtuu pääasiassa perusterveydenhuollossa, jossa potilaan ymmärrystä vahvistetaan oman sairauden hoitoon ja jossa potilasta ohjataan huomioimaan niitä keinoja, joilla hän voi parantaa omaa vointiaan (Osborne ym. 2007, Jansik ym. 2010).

Omahoidon ohjaus tukee potilaan voimavaroja valmentamalla potilasta omahoitoon sekä parantamalla potilaan selviytymistä sairauden hoitamisessa (Gallant ym. 2007), terveyskäyttäytymisen hallinnassa ja hyvinvoinnin ylläpitämisessä (Greenhalgh ym. 2011). Omahoidon ohjauksessa on mahdollista harjoitella käyttäytymisen muutosta (esimerkiksi ruokarytmin ylläpitäminen), sairauden hoitoon liittyviä taitoja (esimerkiksi lääkkeen pistäminen), sekä tarjota tietoa sairauden omahoidosta (Burke ym. 2014) ja tarjolla olevista tukikeinoista (Grey ym. 2006). Tutkimusten mukaan potilaan omahoito ehkäisee diabeteksen aiheuttamia lisäsairauksia ja vaikuttaa myönteisesti potilaan sairauden hallintaan sekä etenemiseen (Inzucchi ym. 2012). Potilaan sitoutuminen omahoitoon lisäksi parantaa potilaan elämänlaatua, vahvistaa potilaan taitoa päättää omasta terveydestään sekä vähentää käyntejä päivystyspoliklinikalla ja sairaalassa (Novak ym. 2013).

On tärkeää, että potilas osaa hoitaa omaa sairauttaan, ottaa huomioon niitä tekijöitä, joilla hän voi heikentää tai parantaa omaa hyvinvointiaan, ja että hän selviää sairautensa kanssa mahdollisimman pitkään kotona. Näiden asioiden toteutumiseksi tarvitaan tutkimustietoa siitä, millaisista asioista tyyppin 2 diabetespotilaan omahoidon ohjaaminen muodostuu, millaisia ovat potilaan omat pohdinnat ja mietteet, miten ohjaus tukee potilaan omahoitoa ja miten potilaan omahoidon osaaminen kehittyy ohjauksen aikana. Tieto potilaan omahoidon osaamisesta helpottaa ohjauksen suunnittelua (Häyrinen 2011) ja potilaan kokemien tarpeiden tyydyttämistä. Potilaan huomioon ottamista ja kuuluksi tulemistä tukee myös kansallinen lainsäädäntö (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785).

Kirjaamisen merkitys potilaan hoitoon liittyvän tiedon siirtymisessä on tunnustettu monissa tutkimuksissa (mm. Häyrinen 2011, Kaakinen 2013), koska kirjaamisen sisältämä tieto vaikuttaa siihen, millaista hoitoa potilas saa seuravalla kerralla (Meißner ym. 2014). Omahoidon ohjauksen kirjaamiseen liittyvää tutkimusta on vielä vähän. Aikaisempien tutkimusten mukaan potilaiden omien näkemysten, tavoitteiden ja esille tuomien sekä mieltä askarruttavien asioiden kirjaaminen oli hyvin niukkaa (Friberg ym. 2006, Laitinen ym. 2010, Kaakinen ym. 2014). Terveydenhuollon palveluiden muuttuessa yhä avopainotteisemmiksi, potilaan omahoidon osaaminen korostuu. Lisäksi ohjaustilanteiden tulisi vastata potilaan ensisijaisiin tarpeisiin ja innostaa potilasta kehittämään omahoidon osaamistaan. Jo nyt potilas voi itse valita oman hoitopaikkansa, jolloin omahoitoon ohjauksen jatkuvuutta tukee se, että hoitajan potilaasta tarvitsema tieto on kirjattu yksityiskohtaisesti, potilaslähtöisesti ja että se on helposti saatavilla (Melby ym. 2010, Meißner ym. 2014).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitajien toteuttamaa tyyppin 2 diabetespotilaan omahoidonohjauksen ja osaamisen kirjaamista perustervey-

denhuollossa. Tutkimus liittyy terveystieteiden tieteenalaan. Tutkimus tuo näkyväksi sen, miten ihmisen oma näkökulma näkyy omahoitoa koskevissa asiakirjoissa. Tieteen kannalta on tärkeää saada tietoa siitä miten ihmisellä säilyy vaikuttamismahdollisuus omaa terveyttä koskeviin asioihin (The Ottawa Charter for Health Promotion 1986). Tutkimus antaa näkemystä siitä, mihin suuntaan ohjauksen kirjaamisen sisältöä tulisi kehittää niin, että omahoidon osaaminen tulisi huomioitua omahoidonohjauksessa. Tuloksia voidaan käyttää ohjauksen kirjaamisen kehittämiseen sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä kouluttavissa oppilaitoksissa.

2 TYYPIN 2 DIABETESPOTILAAN OMAHOITO JA OHJAUS

2.1 Tyypin 2 diabetespotilas

Tyypin 2 diabetes on yksi maailman yleisimmistä kroonisista elintapasairauksista (IDF 2015), joka voi puhjeta missä iässä tahansa (Tuomilehto ym. 2001). Tyypin 2 diabetespotilaille on tunnusomaista insuliiniresistenssi ja insuliinin erityksen häiriöt. Insuliiniresistenssi on tila, jossa insuliinin puutteesta johtuva glukoosin otto ja käyttö kudoksissa häiriintyvät, kiihdyttäen maksaa glukoosin tuotantoaan. (Alberti ym. 2007.) Tyypin 2 diabetessairautta pidetään salakavalana tautina. Se ei alkuvaiheessa aiheuta oireita (Saaristo ym. 2008), mutta vaurioittaa silti verisuonia, hermostoa, sydäntä, silmiä ja munuaisia (Ilanne-Parikka 2011, Candrilli ym. 2015, IDF 2015). Sairaus aiheuttaa myös merkittäviä ja kustannuksiltaan suuria lisäsairauksia, kuten aivohalvaus, sepelvaltimotauti, nefropatia (munaissairaus), retinopatia (silmien verkkokalvosairaus) ja neuropatia (hermomuutos) (Sund ym. 2009, Schram ym. 2014, Candrilli ym. 2015). Tutkimusten (Männistö ym. 2012, Sung ym. 2012, Ilanne-Parikka ym. 2015) mukaan valtaosalla tyypin 2 diabeetikoista on metabolinen oireyhtymä (MBO) ja puolella potilaista on kohonnut verenpaine. Lisäksi lähes kaikilla tyypin 2 diabeetikoilla on ylipainoa tai he ovat liian lihavia (Männistö ym. 2012, Sung ym. 2012, Ilanne-Parikka ym. 2015). Ylipainon merkittävimpiä syitä ovat liikunnan vähäisyys, sitoutumattomuus omahoitoon, epäterveelliset ruokailutottumukset (Alahuhta 2010) sekä erilaiset syömishäiriöt (esimerkiksi ahmiminen), joita on havaittu olevan diabeetikoilla keskimääräistä enemmän (Ali ym. 2006, Barnard ym. 2006, Katon ym. 2007). Lisäksi ylipainoon ja verenpaineen kohoamiseen vaikuttaa yöunien määrä, joka altistaa myös tyypin 2 diabetekselle (Ollila ym. 2011). Poikkeava unirytmä heikentää sokeritasapainoa sekä lisää insuliiniresistenssiä, toisin sanoen yövalvomisen ja päivällä nukkuminen sekä huono unen laatu altistavat diabetekselle (Cappuccio ym. 2010). Lyhyitä yöunia (alle 7 tuntia) nukkuvien määrä on kasvussa (Ollila ym. 2011).

Tyypin 2 diabetekseen sairastumista voidaan lykätä (Tuomilehto ym. 2001, Penn 2009) ja alkuvaiheessa myös hoitaa terveellisillä elintavoilla (IDF 2015). Tutkimusten mukaan käyttäytymisen muutos riskitekijöiden korjaamiseksi vähentää sairauden kehittymistä alle puoleen (Lindström ym. 2006, 2010). Esi-merkiksi pelkästään laihtumisella voidaan vähentää sairastumista 5-10% (Tuomilehto ym. 2001, Knowler ym. 2009, Crandall ym. 2008) ja jopa 43% heikentynyt verensokerin sieto palautuu normaaliksi muuttamalla epäterveelliset elintavat terveellisempiin (Absetz ym. 2009). Terveellinen ruokavalio ja liikunnallinen aktiivisuus vähentävät ylipainoa, tukevat ylipainoisen onnistumista painonhallinnassa (Lindström ym. 2006, Ilanne-Parikka ym. 2015), lisäävät insuliiniherkkyyttä, laskevat verensokeriarvoja ja vähentävät riskiä sairastua tyypin 2 diabeteksen lisäsairauksiin (Carey ym. 1997, Ratner ym. 2005).

Tyypin 2 diabetespotilaan lääkkeetön hoito on sairauden hoidon perusta (Ilanne-Parikka ym. 2015, Mustajoki 2016). Kansallisen Käypä hoito -suosituksen (2016) mukaan diabeteksen hoidon keskeisiä elementtejä ovat terveellinen ravitsemus ja säännöllinen liikunta, joilla voidaan vaikuttaa painonhallintaan. Lääkkeettömään hoitoon liittyy myös tupakoimattomuus ja alkoholin kohtuukäyttö sekä veren-sokeri- ja verenpaineen hallinta, joille on Käypä hoito -suosituksissa (2016) asetettu selkeät numeeriset tavoitteet. Ruokavalion ja ruokailutottumusten muuttamisessa merkittävimmät tekijät ovat tyydyttyneen rasvan vähentäminen, kuitua sisältävien ravintoaineiden ja kasvien lisääminen ja sellaisten ruoka-aineiden välttäminen, joiden glykeeminen indeksi on korkea sekä säännöllinen ruokarytmi (Männistö ym. 2012). Potilaille, joilla on monia ravitsemukseen liittyviä muutostarpeita, suositellaan muutosten aloittamista pienentämällä annoskokoja ja lisäämällä ruokavalioon kasviksia, kuituja ja kalaa, sekä vaihtamalla tyydyttyneitä rasvoja käsittelevät ainekset pehmeitä rasvoja sisältäviksi ravinteiksi (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014). Käypä hoito -suositus (2016) suosittaa liikkumista 30 minuuttia viikon jokaisena päivänä, esimerkiksi reippaasti kävelemällä, uimalla tai pyöräilemällä. Liikkumisen tarkoitus on nostaa sykettä, lisätä aineenvaihduntaa sekä vaikuttaa myönteisesti verenpaineeseen ja kolesteroliarvoihin. Tutkimusten mukaan Käypä hoito-suosituksen mukainen liikkuminen vähentää diabetesriskiä 35–40% (Lindström ym. 2006, Alberti ym. 2007, Ilanne-Parikka ym. 2015.) Lääkehoito (joko pistoshoito tai suun kautta otettava) ja sen yhteensovittaminen omamittauksien avulla on tarpeen, jos lääkkeettömät keinot eivät tuota tulosta.

2.2 Tyypin 2 diabetespotilaan omahoito

Potilaiden omatoimisuuden lisääminen omahoitoon aktiivomalla on maailmanlaajuinen pyrkimys (The Economist Intelligence Unit Limited 2009). Oman sairauden hoitaminen, lisäsairauksien ehkäisy ja tarvittaessa muutos epäterveellisistä valinnoista terveellisiin valintoihin, edellyttävät potilaan omaa tunnetta oman elämän ja sairauden omahoidon hallittavuudesta (Lawn ym. 2010). Omahoitoa voidaan lyhyesti kuvata myös sellaiseksi toiminnaksi, jota potilas voi itse

toteuttaa oman sairautensa hoitamiseksi (Tyreman 2005, Gallant ym. 2007, Lommi ym. 2015) käyttäen hyödykseen olemassa olevia tietoja ja taitoja (Tyreman 2005), ja lisäksi potilas voi saada omahoidon onnistumiseen tukea omaisiltaan (Gallant ym. 2007). Omahoitoa kuvaavina englanninkielisinä käsitteinä käytetään useita samansisältöisiä käsitteitä. Itsehoito (*self-care*) on käsitteenä tullut hoitotyöhön 1970-luvulla, jolloin Orem (1971) määritteli sen toiminnaksi, jolla potilas itse vaikuttaa oman terveytensä ylläpitämiseen (Levin ym. 1983). Levin ja Idler (1983) määrittelivät itsehoidon toiminnaksi, jossa potilas voi tekemillään valinnoilla edistää terveyttä ja ehkäistä sairautta.

Omahoito (*self-management*) on käsitteenä peräisin 1970-luvulta lääketieteestä, jossa psykologi Creer käytti sitä kuvatakseen potilaan aktiivista osallistumista kroonisen sairauden hoitoon (Lorig ym. 2003). Sitä on määritelty myös toiminnaksi, jossa potilas ottaa vastuun omista päätöksistä ja valinnoista oman sairauden hoidossa ja terveyden ylläpitämisessä, hallitsee sairautensa oireita sekä muuttaa tarvittaessa elintapojaan, ajatuksiaan, käyttäytymistään ja tekemiään päätöksiä sekä käy läpi eri tunnetiloja (Riegel ym. 2008, Ryan ym. 2009). *Self-efficacy*, *self-regulation*, *self-monitoring* ja *adherence* ovat samanlaisia edellä kuvattujen käsitteiden kanssa (Riegel ym. 2008), ja kaikkien perusajatus on potilaan oma toiminta oman terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämisestä (Ausili ym. 2014).

Tyypin 2 diabetespotilaan omahoito on Käypä-hoito -suositukseen perustuvaa ja potilaan terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa yhdessä suunnittelemaa hoitoa, jota potilas itse toteuttaa (Routasalo ym. 2009). Omahoito sisältää biologisia (esimerkiksi lääkehoidon osaaminen), psykologisia (esimerkiksi oman toiminnan tiedostaminen) ja sosiaalisia (esimerkiksi tieto mahdollisuudesta terveydenhuollon ammattihenkilön tarjoamaan tukeen) keinoja, joiden tavoitteena on mahdollisimman hyvä ja tavoitteet saavuttava oman sairauden hoitaminen (Nakagawa-Kogan ym. 1988, Bodenheimer ym. 2002). Omahoito sisältää myös taitoa valita oikeita hoitokeinoja (Novak ym. 2013), kohdistaa voimavaransa tilanteiden mukaan sekä tunnistaa omia rajoituksiaan ja avun tarvetta (Embrey 2006). Omahoitoa toteuttaakseen potilaan on hyväksyttävä oma sairautensa (May 2010) ja ymmärrettävä, millä keinoilla hän voi vaikuttaa terveyden ylläpitämiseen tai sen menettämiseen (Riegel ym. 2012).

Kun potilas saa tyypin 2 diabetes diagnoosin, hänen odotetaan ottavan vastuun oman itsensä hoidosta eliniäkseen (Alahuhta ym. 2009a, van der Wulp ym. 2012). Omahoitoa on helpottanut se, että diabeteksen hoitoon tarvittavat välineet ovat kehittyneet. Toisaalta hoitotasapainoon liittyviä tavoitteita on samanaikaisesti tiukennettu. (Rankin ym. 2012, Ahola ym. 2013.) Selviytyäkseen sairauden kanssa tyypin 2 diabetespotilaan tulee tiedostaa oman sairautensa vakavuus (Tuomilehto ym. 2001), selvittää itselleen omahoidon tavoitteet (Peel ym. 2010) ja osata hoitaa itseään (Ismail-Beige ym. 2011), tekemällä tavoitteiden saavuttamiseen johtavia valintoja ja käyttäytymisen muutoksia (Peel ym. 2007). Omahoitoon kuuluu sairauden fyysisten oireiden hoitamisen lisäksi psykososiaalisten seurauksien huomioiminen ja käyttäytymisen muutos sairauden pahenemisen estämiseksi ja lisäsairauksien syntyä välttämiseksi (Barlow ym. 2002). Tässä

tutkimuksessa tyypin 2 diabetespotilaan omahoidolla tarkoitetaan potilaan ottamaa vastuuta oman sairauden hoidosta, omahoidon osaamisesta, terveyteen vaikuttavan käyttäytymisen tiedostamisesta ja käyttäytymisen muutosta terveystä tukevaksi (ks. Käypä hoito -suositus 2016).

2.3 Tyypin 2 diabetespotilaan omahoitoon ohjaus

Ohjaus on osa hoitotyötä ja tehokas keino käyttäytymisen muutoksen edistämiseen, hyvinvointia tukevien uusien ja tehokkaampien keinojen oppimiseen sekä ongelmatilanteiden ratkaisemiseen sellaisilla keinoilla, joissa potilaan taidot kehittyvät (Kääriäinen 2007, Hansen ym. 2014). Sen vaikutus säilyy jopa vuosikymmeniä ohjaustilanteen päättymisestä (Lindström ym. 2006, Knowler ym. 2009, Ilanne-Parikka 2011, Lindström ym. 2013). Ohjaukselle ei ole olemassa mitään yksiselitteistä määritelmää, vaan sitä voidaan tarkastella monista eri näkökulmista (ks. Kääriäinen 2007). Ohjauksen laatua voidaan arvioida sen mukaan, mitä ohjauksella tavoitellaan ja millaisia vaikutuksia ohjauksella on potilaalle. Ohjauksen käsitteen synonyymina käytetään usein opetusta, tiedon antamista, informointia ja neuvontaa, vaikka käsitteissä on vivahde-eroja keston, osallistujien aktiivisuuden ja tavoitteiden kannalta (Kääriäinen 2007).

Ohjaus on suunnitelmallisempaa kuin muu potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön kohtaaminen (Kyngäs 2003, Kääriäinen 2007, Mäkeläinen ym. 2009). Ohjaustilanteessa on mahdollisuus tarjota potilaalle tietoa (Barlow ym. 2002, Kääriäinen ym. 2005, Mäkeläinen ym. 2009, Paavilainen ym. 2012), antaa hyväksi koettuja neuvoja, kehottaa muutoksiin, suunnitella arjen valinnoista selviytymistä (Gilmartin ym. 2007, Tveiten ym. 2011, Radhakrishnan 2012) ja harjoitella uusia tilanteita (Dunn ym. 2001). Ohjauksen aikana voidaan arvioida saavutettuja tavoitteita (Kyngäs ym. 2004), kannustaa niiden saavuttamiseen (Absetz ym. 2011) ja antaa myönteistä palautetta (Prouty ym. 2006). Ohjaustilanne antaa mahdollisuuden tukea potilaan omahoitoa (Nouvo ym. 2007, Hayes ym. 2008, Andreae ym. 2011, Boström ym. 2014).

Ohjauksessa korostetaan tätä nykyä valmentavaa otetta, jossa terveydenhuollon ammattihenkilö laatii yhdessä potilaan kanssa ohjauksen tavoitteet ja sopii ohjausmenetelmät potilaan oppimisen tukemiseksi (Alahuhta ym. 2009a, 2009b, Paans ym. 2011) sekä elintapamuutosten ratkaisemiseksi (Dunn ym. 2001, Kettunen ym. 2006a, Kääriäinen 2007, Alahuhta ym. 2009a, 2009b, Anderson ym. 2010, Oftedal ym. 2010, Tveiten ym. 2011, Hansen ym. 2014). Tavoitteet ovat erilaisia eri elämäntilanteissa ja potilaan elämäntilanteiden vaihtelu saattaa muuttaa tavoitteita ennen niiden saavuttamista (Johansson ym. 2007, Kääriäinen 2007, Alahuhta ym. 2009b). Tavoitteiden tulee olla konkreettisia, havaittavia ja mieluummin jonkin terveellisemmän käyttäytymisen aloittamista kuin epäterveellisemmän lopettamista (Kettunen ym. 2002). Pienistä tavoitteista muodostuu yhteensä isompi tavoite (Kettunen ym. 2002, Kauronen 2016). Ohjauksen tavoitteena on edistää potilaan aktiivisuutta (Johnston ym. 2008) ja sitoutumista oman sairautensa hoitoon (Österlund Efrimsson ym. 2008, Lunnela

2011), tyydyttää potilaan kokemaan tiedon tarvetta (Funnell ym. 2009, Camerini ym. 2012, Kiviaho-Tiippa 2012, Risen ym. 2013) sekä lisätä ymmärrystä omista voimavaroista ja muutostarpeista (Kiviaho-Tiippa 2012).

Ohjaustilanteessa ideaalia on, että potilaan ja hoitajan välille muodostuu vuorovaikutus, jossa molemmat osallistuvat tavoitteellisen ohjausprosessin rakentamiseen (Kettunen ym. 2004, Poskiparta ym. 2006, Hansen ym. 2014). Tällaisessa tasavertaisessa ohjauksessa painottuvat potilaan oma osallisuus, potilaslähtöisyys (Kettunen 2001, Poskiparta ym. 2001, Rollnick ym. 2005, Kasila ym. 2009, Bylund ym. 2012, Noordman ym. 2013) ja potilaan kannustaminen arvioimaan omia muutostarpeitaan sekä tarkastelemaan omaa muutostoimintaansa ja tiedon tarpeitaan (Kettunen ym. 2004, Hansen ym. 2014). Lisäksi hoitaja osoittaa ymmärrystä (Fagermoen ym. 2006, Kääriäinen 2007) ja empatiaa, joka näkyy huolehtivana asenteena potilasta kohtaan (Kettunen ym. 2002, Kääriäinen ym. 2005) ja potilaaseen luottamisena (Kettunen ym. 2001). Luottamuksellisen vuorovaikutuksen syntyminen potilaan ja hoitajan välillä tukee potilaslähtöisten ohjaustarpeiden selvittämistä (Kääriäinen 2007) ja ohjausmenetelmien valitsemista (Häyrinen ym. 2010, Paans ym. 2011). Yhdessä mietityt ohjaustavoitteet lisäävät omahoitoon sitoutumista (Kyngäs ym. 2004, Andreae ym. 2011), ja myönteinen kokemus ohjauksen vaikutuksesta näkyy lääkehoidon noudattamisena, omahoidon toteuttamisena ja verensokeritasapainona (Biderman ym. 2009).

Ohjauksessa voidaan hyödyntää erilaisia menetelmiä ja tekniikoita. Niiden valinta riippuu potilaan tilanteesta ja taidoista käsitellä muutostarvetta (Kääriäinen ym. 2005, Kääriäinen 2007, Gray ym. 2013, Hansen ym. 2014). Käyttäytymisen muutostekniikoina voidaan käyttää ohjaamista muutosaikkeen käynnistymiseen, muutoksen esteiden tunnistamiseen, tarkkojen tavoitteiden asettamiseen sekä niiden arviointiin ja oman käyttäytymisen seurantaan esimerkiksi ruokapäiväkirjojen avulla. Hyviä muutostekniikoita ovat myös potilaan ohjaaminen ajankäytön ja stressin hallintaan sekä erilaisten käyttäytymismallien harjoitteluun, esimerkiksi lautasmallin käyttöön. (Abraham ym. 2008, Absetz ym. 2011.) Potilaan motivoimisessa voidaan käyttää hyödyksi motivoivaa keskustelua (Rollnick ym. 1995, Friberg ym. 2006), joka tukee potilaslähtöisyyttä (Mustajoki 2004). Sen avulla voidaan herätellä potilaan omaa ajatusta (Absetz ym. 2011) ja mahdollistaa motivaation rakentumista. Hoitajat voivat avoimilla kysymyksillä; mitä, miksi, miten, ohjata potilasta miettimään omaa terveyttään ja siihen vaikuttavia asioita (Rubak ym. 2005) sekä tarjota mahdollisuutta kysyä (Prouty ym. 2006) osoittaen, että potilaan esille tuomia asioita kuunnellaan (Absetz ym. 2011) ja niihin vastataan (Prouty ym. 2006).

Potilaan kohtaaminen on muuttunut sairauspainotteisesta kohtaamisesta terveyden voimavarojen painottamiseen (Routasalo ym. 2009). Tämä salutogeeninen lähestymistapa on vastakohta patogeeniselle kohtaamiselle, joka keskittyy potilaan sairauden riskeihin, vastoinkäymisiin ja potilaan käyttäytymisen vajeisiin. Salutogeeninen kohtaaminen painottaa potilasta keskittämään energiansa terveyden voimavarojen edistämiseen, mikä vahvistaa potilaan koherenssin tunnetta (Eriksson ym. 2007), tapaa tarkkailla ja ajatella elämää, kokea elämä

tarkoituksenmukaisena ja jäsenyneenä. Koherenssiin perustuva hallinnan tunne vähentää ahdistusta ja toivottomuuden tunnetta, joita on havaittu olevan diabeetikoilla keskimääräistä enemmän (Ali ym. 2006, Barnard ym. 2006, Katon ym. 2007). Mielialaan liittyvä masennus ja ahdistus heikentävät merkittävästi potilaan omahoidon onnistumista (Johansson ym. 2007, Liu ym. 2015), lisäävät erilaisia kiputiloja ja komplikaatioita sekä vaikuttavat potilaan päihdekäyttämiseen, ja taitoon hallita sairauteen vaikuttavia tekijöitä (Liu ym. 2015). Potilas, jolla on vahva koherenssin tunne, kokee oman vointinsa sairaudesta huolimatta asiana, johon voi vaikuttaa (Lindström ym. 2006).

Diabetespotilaan omahoitoon ohjauksen lähtökohtana ovat potilaan tiedon ja tuen tarve, taidot, kokemukset sekä potilaan sosiaalinen elinpiiri (Burlingame ym. 2006). Diabetespotilaan ohjauksen tavoitteena on vahvistaa potilaan tunnetta ja kokemusta omahoidon mielekkyydestä ja selviämisestä (Marrero ym. 2013), sillä potilaat, jotka kokevat edes pienintä tunnetta omahoidon kanssa selviämisestä, pystyvät tekemään haastavampiakin elintapamuutoksia (Denissen ym. 2007, Hankonen 2011). Elintapoihin liittyvistä tavoitteista merkittävimmät tyyppin 2 diabetespotilaalla ovat painon pudottaminen ja pudotetun painon ylläpitäminen ravitsemusmuutoksilla sekä liikunnan avulla (Lindström ym. 2006, Saaristo ym. 2009, Ilanne-Parikka ym. 2015). Käyttäytymisen muutokset etenevät aaltomaisesti ja repsahdukset kuuluvat osana omahoidon elinikäiseen toteutukseen (Greaves ym. 2008, Alahuhta ym. 2009a). Tyyppin 2 diabetespotilaan omahoitoon ohjaamisessa ja omahoitovalmiuden tunnistamisessa voidaan hyödyntää tietoa muutosvaiheista (vrt. Prochaska ym. 2011), koska eri vaiheissa olevat potilaat tarvitsevat erilaisia ohjeita ja neuvoja sisältävää ohjausta. Omahoitoon ohjaamisessa potilaan oman näkemyksen huomioon ottaminen tukee omahoidon aktiivista toteuttamista, omahoitoon sitoutumista, hoitokäytäntöjen noudattamista ja sokeritasapainon hallintaa (White ym. 2015, Ilanne-Parikka ym. 2015).

Omahoidon onnistumista tukevat erilaiset ratkaisumallit käytännön ongelmakohtiin, keinot käyttäytymisen muutokseen valmistautumiseen ja suunnitelmalliset menettelytavat, joilla potilas ylläpitää omahoidolla saavutettua vointia sekä potilaan mahdollisuus taitojen ja omahoidossa tarvittavien tekniikoiden opetteluun (Norris ym. 2004, 2009, Funnell ym. 2005, Tang ym. 2005, Herman 2011, Magee ym. 2011). Tyyppin 2 diabetespotilaan elintapamuutosten onnistumista tukevat potilaan oman käyttäytymisen tiedostaminen koko elinajan pituisena prosessina, vastuunottaminen omasta käyttäytymisestä, elintapamuutokselle asetettu tavoite ja sitä tukevat ongelmanratkaisutaidot sekä itsekuri käyttäytymisen hallinnassa. Onnistumista tukevat myös potilaan myönteinen mieliala, sosiaalinen tuki tarpeen vaatiessa ja motivaatio päättää omasta elämän suunnasta. (Alahuhta 2010.)

Suomessa terveydenhuollon ammattihenkilöiden toteuttamaa tyyppin 2 diabetespotilaan ohjaamista ohjeistaa kansallinen Käypä hoito-suositus diabeteksen hoidosta (2016). Kansalliseen suositukseen perustuvan ohjauksen tavoitteena on ehkäistä lisäsairauksia, turvata potilaan oireettomuus, tukea potilaan fyysistä ja psyykkistä jaksamista sekä tukea potilasta saavuttamaan hyvä elä-

mänlaatu. Käypä hoito -suositus ohjeistaa laatimaan potilaalle yksilölliset tavoitteet, jotka voivat perustellusti olla tiukempia tai väljempää kuin yleiset tavoitteet. Vastaavanlaisia diabetekseen kohdennettavia suosituksia on myös esimerkiksi Yhdysvalloissa (Haas ym. 2014). Näiden sivustojen tavoitteena on myös tukea diabetespotilaan osaamista, tarjota tietoa ja antaa yleiset numeraaliset arvot hoidon tavoitteista. Käypä hoito -suositus ohjaa muitakin, kuin diabetesta sairastavia, tarkistamaan riskinsä sairastua diabetekseen. Tiettyjen riskipisteiden pohjalta testin tekijä saa suosituksia jatkoon.

Potilasversio kansallisen diabeteksen Käypä hoito-suosituksista (taulukko 1) on tällä hetkellä päivityksessä. Potilaan versio sisältää tietoa terveellisistä elintavoista, potilaan omamittauksista, lääkehoidosta ja liitännäissairauksien ehkäisyn keinoista. Suosituksia unen määrään tai tietoa mielialaan ja sosiaaliseen tukeen liittyvistä asioista ei suosituksiin ole kirjattu.

Potilaan ohjauksen tueksi laaditaan yhdessä potilaan kanssa hoitosuunnitelma. Se sisältää tietoa potilaan tilanteesta ja muutostarpeen kohteena olevista riskitekijöistä sekä ohjaukselle asetettuja tavoitteita. Hoitosuunnitelmaan kirjaetaan potilaan kanssa yhdessä sovittuja keinoja, joilla tavoitellaan hoitotavoitteita ja suunnitellaan jatkohoitoa. Hoitosuunnitelma tukee potilaan tavoitteiden etenemistä, helpottaa tavoitteiden arviointia ja hahmottaa potilaan ohjauksen kokonaisuutta. (Komulainen ym. 2011.) Ohjauksen suunnitelmallisuus ottaa myös huomioon potilaan voimavarat sekä mielialavaihtelut (White ym. 2015), ja suunnitelma perustuu potilaan ohjaustarpeeseen (Kääriäinen ym. 2011) huomioiden potilaan kyvyn oppia (Kääriäinen ym. 2010). Käypä hoito-suositusten mukainen tyypin 2 diabetesta sairastavan hoitosuunnitelma (liite 1) sisältää esitietojen lisäksi tietoa potilaan liikkumisesta, ravitsemuksesta, omamittausten toteuttamisesta, mahdollisista laboratorioarvoista, lääkityksestä, hoitotavoitteista ja keinoista hoitotavoitteiden saavuttamiseksi sekä jatkohoitosuunnitelman. Suunnitelmassa on myös tietoa potilaan osallistumisesta vertaistukiryhmään tai potilasyhdistykseen ja tietoa potilasta mietityttävistä asioista, esimerkiksi pelkotiloista. Suunnitelmassa ei ole mainintoja unen merkityksestä, taloudellisen tai sosiaalisen tuen mahdollisuudesta, esimerkiksi työssä selviytymisestä, perheen tarjoaman tuen mahdollisuudesta tai omaseurantavälineiden hakemisen mahdollisuudesta.

TAULUKKO 1 Kansallinen diabeteksen Käypä hoito-suositus (2013) potilaalle

TIETOA RUOKAVALIOSTA	vähän kovaa rasvaa ja kohtuullisesti pehmeää rasvaa vähän suolaa runsaasti kuituja
TIETOA LIIKUNNASTA	vähintään 30 min / päivä
TIETOA PAINONHALLINNASTA	terveellinen ja suositusten mukainen ruokavalio ja liikunta
TIETOA PÄIHTEISTÄ	tupakoimattomuus alkoholin kohtuukäyttö
TIETOA OMAMITTAUKSESTA JA LÄÄKEHOIDOSTA Sekä omamittausten yleiset tavoitteet	ateriamittaus ennen ateriaa ja kaksi tuntia aterian jälkeen <i>(kaksi tuntia ruuan jälkeen 8–10 mmol/l)</i> yömittaus ennen nukkumaan menoa ja seuraavana aamuna ns. paastoarvo <i>(paastoarvo alle 7 mmol/l)</i> pitkäsokerin (HbA1c) seuranta hoitajan luona <i>(HbA1c lääkähoidon aikana alle 7 % riippuen lääkityksestä ja taudin kestosta)</i> verenpaineen hoito <i>(verenpaine tasolla 140/80 mmHg)</i> lääkehoito toteutettuna suun kautta ja/ tai pistoshoitona
DIABETEKSEN LIITTÄNNÄISSAIRAUDET	Sydän- ja verisuonisairauden ehkäisy : tupakoimattomuus kolesteroliarvon pysyminen suosituksissa Diabeettinen munuaissairauden ehkäisy : hyvä diabeteksen hoitotasapaino Diabeettinen silmän verkkokalvosairauden ehkäisy : 1-3 vuoden välein silmänpohjan kuvaus Neuropatian (hermomuutokset) ehkäisy : hyvä diabeteksen hoitotasapaino jalkojen säännöllinen hoitaminen ja tutkiminen Hammassairauden ehkäiseminen : säännöllinen hammastarkastus

2.4 Omahoidon osaamiseen vaikuttavat tekijät

Osaamista (competence) on määritelty eri tavoin ja eri näkökulmasta (ks. Robotham ym. 1996). Diabetespotilaan osaaminen voidaan määritellä tietojen (Mensing ym. 2005) ja taitojen yhdistelmäksi (Kroese ym. 2014), jossa potilas tietää mitä hän tekee ja miksi hän tekee (know what – know how). Potilas, jolla on taitotietoa (know how), kykenee tarkastelemaan, oppimaan ja muuttamaan omaa käyttäytymistään, sekä soveltamaan oppimistaan oman hyvinvoinnin ylläpitämiseksi (Greaves ym. 2008, Ulen ym. 2008, Bond ym. 2009, Ausili ym. 2014). Osaamiseen liittyy myönteinen asennoituminen ja vastuunotto omasta käyttäytymisestä ja sairauden hoidosta (Bond ym. 2012) sekä potilaan saama kannustus. Potilaan omahoidon osaamista voidaan myös kehittää. Esimerkiksi englantilainen Expert Patient Program keskittyy juuri tähän (Varidee ym. 2012). Ohjelmaan osallistuneilla potilailla on kykyä toimia oman sairauden kanssa, hallita sairauden hoitoa ja lääkitystä sekä hyödyntää tarjottavia palveluja tarpeen niin vaatiessa.

Tyypin 2 diabetespotilaan omahoidon onnistumisessa on merkityksellistä se, että potilas rohkaistuu miettimään omakohtaisesti tiedon ja taidon soveltamista omaan elämään (Liburd 2003) ja sitä, miten muutos sekä omahoidon osaaminen ovat yhteydessä hyvään elämänlaatuun (Vanstone ym. 2013). Omahoitoon liittyvä osaaminen kannustaa tyypin 2 diabetespotilasta tekemään sairauden hallintaan myönteisesti vaikuttavia valintoja. Terveellisiin elintapoihin liittyviin valintoihin potilas sitoutuu yleensä lääkehoitoa paremmin (Kaisanlah-tti 2011).

Tässä tutkimuksessa potilaan omahoidon osaaminen muodostuu sairauden ehkäisyyn ja hoitoon liittyvistä tiedoista sekä taidoista hoitaa omaa sairautaan ja tehdä sairauden hallinnan näkökulmasta terveyttä tukevia valintoja, asennoitua myönteisesti omahoitoon sekä saada tukea sosiaaliselta tukiverkostolta. Diabeteksen omahoidossa on useita sisältöalueita, jotka potilas joutuu opettelemaan, kuten ravitsemus, liikkuminen, lääkehoito ja omamittaukset. Ruokavalioon liittyvä osaaminen sisältää taitoa valita sellaisia ruoka-aineita, joilla on myönteinen vaikutus esimerkiksi potilaan verensokeriarvoihin (Zhang ym. 2007) tai painonhallintaan (Absetz ym. 2009). Liikuntaan liittyvä osaaminen sisältää taitoa toteuttaa monipuolista ja säännöllistä liikkumista (Alahuhta ym. 2009a, Wang ym. 2011, Johansson ym. 2006, Jansik ym. 2010, Kaakinen ym. 2012), harrastaa erilaisia lajeja tai käyttää hyödyksi erilaisia suoritusta parantavia keinoja (Magill 2007). Lääkeosaaminen sisältää lääkkeiden oikeanlaisen ja säännöllisen käyttämisen sekä läkehoidon vaikuttavuuden seuraamisen eri omamittauskeinoilla, esimerkiksi verensokeri- ja verenpainemittauksilla. Omamittauksen osaaminen sisältää oikein toteutetun mittauksen, oikeasta paikasta ja tulosten kirjaamisen muistiin. (DPP 2009, Knowler ym. 2009.) (Kuvio 1)

<p>Biologis-fysiologinen tieto: tyypin 2 diabetessairaus, sairauden toteaminen, lisäsairaudet, hoidon tavoitteet, lääkehoito, omamittaukset, asiat, joilla voi vaikuttaa sairauden hallintaan.</p> <p>Toiminnallinen tieto: ravitsemukseen ja liikuntaan liittyvät käytännön valinnat ja toimintatavat, erilaiset seurantavälineet oman käyttäytymisen arviointia varten.</p> <p>Sosiaalis-yhteisöllinen tieto: potilaan sosiaalinen tukiverkosto, jatkohoito.</p> <p>Eettinen tieto: potilaan oikeus omiin päätöksiin.</p> <p>Ekonominen tieto: taloudelliset voimavarat, sairauden hoidon kustannukset ja oikeus sosiaaliturvaan.</p> <p>Kokemuksellinen tieto: potilaan aiemmat kokemukset.</p>	<p>Taito: tehdiä ruokavalioon ja liikkumiseen liittyviä valintoja tehdä muutoksia ja ylläpitää ne hallitta verensokerin ja verenpaineen oikea mittaus- tekniikka hallita oma käyttäytyminen ratkaista eteen tulevia ongelmia tunnistaa erilaisia tunteita hyödyntää saamaansa tietoa yhteensovittaa sairaus ja perhe selviytyä työelämän asettamista vaatimuksista ja taloudellisista resursseista</p>
<p>OSAAMISEN OSATEKIJÄT</p>	
<p>Asennoituminen: halu sitoutua omahoitoon, toteuttaa omamittauksia, suunnitella ja seurata omaa käyttäytymistä halu ymmärtää sairauden hoidon merkitystä halu tehdä terveellisiä elintapavalintoja halu tehdä muutoksia omaan käyttäytymiseen halu noudattaa säännöllisiä arkirutiineja halu ylläpitää itseuria halu ottaa vastuuta oman sairauden hoidosta, omasta toiminnasta ja oireiden hallinnasta halu välttää vointia heikentäviä mielitekoja</p>	<p>Sosiaalinen tukiverkosto: Yhteiskunnan tarjoama tuki: palvelutarjonta ympäristön suunnittelu Terveydenhuollon ammattihenkilöt: tunnistavat korkean riskin potilaat, taitojen harjoittelun tuki tiedon tarjoaminen Perhe, omaiset, harrastuspiirit, työyhteisö: arjessa auttaminen yhteiset harrastukset, yhdessä ruokaileminen Vertaistuki: diabetesyhdistys</p>

KUVIO 1 Osaamisen osatekijät tyypin 2 diabeteksen omahoidossa

2.4.1 Tieto osaamisen tukena

Tietoa pidetään välttämättömänä asiana omahoidon onnistumisessa (Ryhänen ym. 2012, Löfvenmark ym. 2013). Se lisää ymmärrystä (Michie ym. 2011), ohjaa potilasta seuraamaan ja tekemään muutoksia omaan käyttäytymiseen (Abraham ym. 2008, Absetz ym. 2011) sekä kehittää potilaan taitoa ottaa huomioon sairauden ominaispiirteet ja siihen vaikuttavat tekijät. Tieto vaikuttaa myönteisesti potilaan tekemiin elintapavalintoihin (Uusitupa 2005, Lindström ym. 2013) ja uskallukseen kokeilla suosituksia oman sairautensa hoidossa (Funnell ym. 2012) sekä vahvistaa potilaan tunnetta omahoidon osaamisesta ja vähentää hänen kokemaansa epävarmuutta esimerkiksi verensokeriarvoihin vaikuttavista asioista kohtaan (Rintala 2014). Tieto ei kuitenkaan yksistään jalostu osaamiseksi, vaan sen lisäksi potilas tarvitsee taitoa sovittaa tietoa toiminnan tasolle. Tärkeämpää kuin pelkkä tiedon määrä on se, että potilas omaksuu ja ymmärtää tiedon sisällön (Blek ym. 2007, Leino-Kilpi ym. 2007).

Tiedon tarjoamisella on olemassa kolme erilaista tekniikkaa käyttäytymisen muutosta koskevien teorioiden mukaan. Potilaille tulisi tarjota tietoa käyttäytymisen ja oman terveyden yhteydestä eli siitä, millainen käyttäytyminen on riski potilaan terveydelle. Toiseksi potilaalle tulisi tarjota tietoa oman käyttäytymisen seuraamuksista eli siitä, millaisia toivottuja ja ei-toivottuja vaikutuksia potilaan omalla käyttäytymisellä on hänen terveyteensä. Kolmanneksi tietoa tulisi tarjota niin, että potilaan elinpiirissä olevat henkilöt ymmärtäisivät potilaan käyttäytymistä ja osaisivat tukea häntä omahoidon toteutuksessa. (Abraham ym. 2008.) Tieto voidaan jakaa eri osa-alueisiin jotka kietoutuvat toisiinsa (Johansson ym. 2010, Pellinen ym. 2016).

Biologis-fysiologinen tieto sisältää tietoa tyypin 2 diabetessairaudesta, esimerkiksi sairauden ominaispiirteistä, sairauden toteamiseen liittyvistä tekijöistä, syistä miksi sairautta pitää hoitaa, sairauden aiheuttamista lisäsairauksista ja hoidon yleisistä tavoitteista (verensokeri-, kolesteroli- ja verenpaine- arvot). Biologis-fysiologinen tieto sisältää tietoa myös lääkehoidosta, verensokerin ja verenpaineen omamittauksesta ja siitä millaisilla asioilla on vaikutusta tyypin 2 diabetes sairauteen. Ravitsemukseen liittyvä tieto sisältää tietoa energian ja verensokeriarvojen yhteydestä toisiinsa (Holmstrom ym. 2005, Skelly ym. 2006, Fritschi ym. 2010). Liikuntaan liittyvä tieto sisältää liikkumisen kokemuksista saatua tietoa hyödyistä ja liikkumisen lajien vaikutuksista (Haskell ym. 2007) esimerkiksi painonhallintaan (Wu ym. 2009) sekä verensokeriarvojen hoitotasolla pysymiseen (Shaw ym. 2006). Tietoa tulisi tarjota myös mielialaan, lepoon ja uneen liittyvistä asioista sekä liian lyhyiden yöunien vaikutuksesta tyypin 2 diabeteksen ja lihavuuden lisääntymiseen sekä verenpaineen kohoamiseen (Cappuccio ym. 2010). Niin ikään tietoa tulisi tarjota alkoholin kohtuukäytön ja tupakoinnin lopettamisen vaikutuksesta potilaan terveyteen. Myös tieto erilaisien riskitestiä käyttämisen mahdollisuudesta auttaa potilasta tarkastamaan ja hahmottamaan omaa riskiään sairastua esimerkiksi tyypin 2 diabetekseen, sepelvaltimotautiin, sydäninfarktiin tai aivohalvaukseen (<http://www.hyvis.fi/paijathame/fi/Sivut/Diabeteksen-riskitestit.aspx> tai

<https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit/finriski-laskuri>). Jos riskitestien pisteiden perusteella todetaan kohonnut riski sairastua, sähköinen ohjelma ohjaa potilaan olemaan yhteydessä omaan terveysasemaan.

Toiminnallinen tieto sisältää joka päiväiseen elämään liittyviä käytännön valintoja ja toimintatapoja. Ravitsemukseen liittyvä toiminnallinen tieto sisältää yleisesti tyyppin 2 diabetespotilaalle sopivia ruokavaihtoehtoja (Choudhury ym. 2009) ja niiden rytmittämistä päivän aikana (Lindström ym. 2013), rasvalaatuja arvioimista, valintaa (Shah ym. 2007) ja rasvasuosituksen noudattamista (Lindström ym. 2013) sekä sokeritasapainoa (Slavin 2009) ja kylläisyyttä ylläpitävien ja napostelua hillitsevien keinojen hyödyntämistä (Vuksan ym. 2009). Liikuntaan liittyvät asiat sisältävät tietoa erilaisista lajivaihtoehdoista (Absetz ym. 2011, Waller 2011) ja suositusmääristä (Tuomilehto ym. 2001, Lindström ym. 2006, DPP 2009). Tarjottavan tiedon tulisi sisältää erilaisia elintapamuutosta tukevia seurantavälineitä (Burke ym. 2009), joilla potilas voi kerätä tietoa oman käyttäytymisen arviointia varten, esimerkiksi webpohjainen liikuntapäiväkirja (Liebreich ym. 2009), ruokapäiväkirja (Poskiparta ym. 2006) ja askelmittari (Korkiakangas ym. 2009).

Sosiaalis-yhteisöllinen tieto sisältää tyyppin 2 diabetespotilaan jatkohoitosuunnitelman, tietoa omaisten ja työyhteisön mahdollisuudesta tukea potilasta omahoidossa sekä potilasjärjestöjen vertaistuen mahdollisuuden. **Eettinen tieto** sisältää potilaan oikeuden omiin päätöksiin sairauden hoidossa ja sen seurauksissa. **Ekonominen tieto** sisältää tietoa taloudellisista voimavaroista, sairauden hoidon kustannuksista ja potilaan oikeudesta sosiaaliturvaan.

Kokemuksellinen tieto sisältää potilaan kokemuksia sairauden hoidosta ja jokapäiväisestä elämästä sekä siihen vaikuttavista tekijöistä. Kokemuksellinen tieto sisältää myös potilaan tunnistamien tunnetilojen vaikutuksen omaan vointiin (Lindström ym. 2006, Routasalo ym. 2009, Johansson ym. 2010, Rintala 2014) ja oman sairauden hallintaan (Funnell ym. 2012).

Suullisen tiedon lisäksi voidaan käyttää erilaisia potilaalle annettavia kirjallisia ohjeita, joita potilas voi tarkastella kotona yhä uudestaan (Edwards 2003). Sähköiset palvelut ovat potilaan helposti tavoitettavissa. Tällaisia sivuja ovat esimerkiksi Omakanta-palvelu ja terveystietoa välittävät sivustot. Sähköisten palveluiden käyttö on lisännyt potilaan voimaantumista ja ymmärrystä sekä parantanut elämänlaatua ja kasvattanut potilaan omaa vastuuta sairauden hoidosta (Seppälä ym. 2014). (Kuvio 1)

2.4.2 Taito osaamisen tukena

Taito käsitteenä kuvaa potilaan toimintaa ja sen laatua. Taitoa opitaan ohjaustilanteissa, jossa hoitaja voi näyttää potilaalle mallisuorituksia esimerkiksi ommittamisten toteuttamiseen. Taito kehittyy harjoittelun avulla. Potilas, jolla on taitoa, tietää miten, mitä ja miksi hänen täytyy tehdä, ja hän tekee toimensa hyvin. Jokapäiväisessä elämässä taito näkyy potilaan tekeminä valintoina esimerkiksi pehmeästä rasvasta, vähäsuolaisesta ja runsaskuituisesta ruokavaliosta (Lindström ym. 2006), suositusten mukaisesta annoskoosta (Sarwer ym. 2009) ja

säännöllisestä ruokailusta (Zhang ym. 2007). Lisäksi taito ilmenee verensokerin ja verenpaineen oikeana mittaustekniikan hallintana.

Taitava potilas hallitsee omaa käyttäytymistään, oppii, tekee ja ylläpitää muutoksia (McCloskey ym. 2010) sekä ratkaisee eteen tulevia ongelmia (Alahuhta ym. 2009a) Taitava potilas tunnistaa erilaisia tunnetiloja (Sigurdardottir 2005, Robertson ym. 2012, Alahuhta ym. 2009a), stressiä (Vincent ym. 2006) ja väsymystä, joilla kaikilla on vaikutusta omahoidon toteuttamiseen ja sairauden hallintaan (Robertson ym. 2012, Lang ym. 2006, Ulen ym. 2008, Wing ym. 2005, 2008).

Taito näkyy potilaan kykynä hyödyntää saamaansa tietoa sairauden hoidosta (Routasalo ym. 2009), yhteensovittaa sairaus ja perhe (Carter-Edwards ym. 2004) sekä selviytyä työelämän asettamista vaatimuksista (Denham ym. 2007, Penn ym. 2008) ja taloudellisista resursseista, esimerkiksi lääke- ja hoitotarvikkekuluista (Nagelkerk ym. 2006, Denham ym. 2007).

Taito on yhteydessä potilaan asettamiin tavoitteisiin. Tunnetta taitojen vahvistamisesta tukevat pienet helposti saavutettavat ja omaksuttavat tavoitteet (Vandelanotten ym. 2007). Tavoitteissa onnistumisen tunne vahvistaa potilaan käsitystä omista taidoistaan ja potilas asettaa yhä vaativampia tavoitteita omalle toiminnalleen (Latham ym. 2007). Mitä enemmän potilas saa myönteistä palautetta onnistumisestaan, sitä enemmän hän saa vahvistusta omille taidoilleen (Locke ym. 2002). Oman sairauden hoidosta innostunut potilas harjoittaa omia taitojaan ja oppii kokemuksen perusteella uusia taitoja. Potilaan usko omiin taitoihin vahvistuu oman toiminnan ansiosta (Vandelanotten ym. 2007) ja potilaan eri muutosvaiheiden kuluessa (Prohaska ym. 2011). (Kuvio 1)

2.4.3 Asennoituminen osaamisen tukena

Asennoitumiseen eli asioihin suhtautumiseen liittyy erilaisia uskomuksia, ajatuksia, halua ja tahtoa toimia. Asennoituminen ei ole pysyvää, vaan potilaan suhtautuminen asioihin muuttuu hänen kokemustensa perusteella (Penn ym. 2008, Blondon ym. 2014).

Tyypin 2 diabetespotilaan asennoituminen omaan sairauteen ja sen hoitoon sisältää myönteisiä tai negatiivisia tunteita. Myönteinen asennoituminen vahvistaa potilasta oman sairauden hoidossa (Funnell ym. 2012), negatiivinen asennoituminen toimii päinvastoin. Asennoitumiseen vaikuttavat elämänsänsä (Noar ym. 2006, Grave ym. 2013), pelot (Lang ym. 2006), potilaan usko itseensä (Wamsteker ym. 2005), voimavarat (Pinto ym. 2008), käsitys oman toiminnan hallinnasta (Marttila 2007) ja kyky ennakoita sairauden vuoksi eteen tulevia haasteita (Thoolen ym. 2009). Myönteinen asennoituminen näkyy haluna sitoutua (Ulen ym. 2008) ja haluna toteuttaa erilaisia omahoitoon kuuluvia omamittauksia (Shen ym. 2006, Ulen ym. 2008, Zaher ym. 2009, Thoolen ym. 2009) sekä haluna suunnitella (Lang ym. 2006) ja seurata omaa käyttäytymistä (Kruger ym. 2006) sekä ymmärtää sairauden hoidon merkitystä (Skinner ym. 2005). Asennoituminen näkyy myös haluna tehdä terveellisiä elintapavalintoja ja muutoksia omaan käyttäytymiseen ja ylläpitää itsekuria (Penn ym. 2008, Thoolen ym. 2009, Alahuhta 2010). Oman sairauden hoitoon myönteisesti asen-

noitunut potilas ottaa vastuuta oman sairauden hoidosta, oman toiminnan ja oireiden hallinnasta (Thoolen ym. 2009) sekä välttää vointia heikentäviä mielitekoja (Gazmararian ym. 2009). (Kuvio 1)

2.4.4 Sosiaalinen tukiverkosto osaamisen tukena

Sosiaalinen tukiverkosto toimii vuorovaikutuksellisesti ja sisältää ne ihmiset ja ryhmät, joilta potilas saa tukea (Paavilainen ym. 2012). Verkoston koko riippuu potilaan sen hetkisestä elämästä. Sosiaalinen tukiverkosto on tärkeä selviytymisen voimavara, joka voidaan jakaa virallisiin ja epävirallisiin tukijoihin (Funnell ym. 2009). Sosiaalisen tuen tavoitteena on valmentaa potilasta saavuttamaan paras mahdollinen elämänlaatu sairaudesta huolimatta (Wadden ym. 2007, Rosenquist ym. 2010).

Virallinen tuki tulee yhteiskunnalta, joka osoittaa palvelutarjonnan avulla tukensa potilaalle sairauden kanssa selviämiseen. Taloudellinen tuki sisältää sosiaaliturvan ja ilmaiseksi saatavia omahoidon toteuttamisessa tarvittavia apuvälineitä. Ympäristön suunnittelu sisältää esteettisen liikkumisen ja erilaisen harrastusmahdollisuuksien, esimerkiksi potilaan vapaaehtoista liikkumista tukevien liikuntapaikkojen ylläpitämisen (Absetz ym. 2011).

Yhteiskunnan lisäksi virallisia tuen tarjoajia ovat terveydenhuollon ammattihenkilöt (Funnell ym. 2009). Kansallisen Käypä hoito-suosituksen (2016) mukaan tyypin 2 diabetespotilaan hoidonohjauksen vastuu on diabeteshoitajalla ja -lääkärillä, tarvittaessa täydennettynä moniammatillisella osaamisella. Perusterveydenhuollossa hoitajien ja lääkäreiden tarjoama tuki käynnistyy tunnistamalla potilaat, joilla on huomattava sairastumisriski (Alberti ym. 2007, Saaristo ym. 2009). Tyypin 2 diabetekseen sairastumisriskin arvioinnissa käytetään riskitietolomaketta (liite 2), johon kirjattujen tietojen pohjalta voidaan ennustaa sairauden kehittymistä seuraavien vuosien aikana (Lindström ym. 2003). Riskitietolomakkeessa otetaan huomioon potilaan ikä, BMI, vyötärön ympäryys, verenokeriarvo, verenpaine lääkitys, sukurasitus, liikkuminen ja hedelmien sekä kasvien päivittäinen käyttö (Lindström ym. 2003). Käypä hoito-suositus (2016) tukee potilaan ohjauksen toteutusta kuvaamalla ohjaustilanteiden sisältöalueita potilaan alkukartoituskäynnin ja seurantakäyntien osalta (liite 3). Potilaan käyntien määrä on yksilöllistä potilaan ikä, sairauden kesto ja sen tilanne sekä potilaan vointi huomioiden. Käyntien määrää voidaan tihentää (2-4 kuukauden välein tai tiheämmin), jos potilas ei ole saavuttanut hoitotavoitteita tai potilaan elämäntilanteen, sairauden hoidon toteuttaminen tai potilaan jaksaminen on osoittautunut haasteelliseksi. (Käypä hoito-suositus 2016).

Potilaan voimaantumista tukevat hänen tarpeidensa huomioiminen ja hänen mahdollisuutensa osallistua omaa sairautta koskevaan päätöksentekoon (Siitonen 1999). Voimaantunut potilas kokee pystyvänsä vaikuttamaan omaan käyttäytymiseensä ja uskoo selviytyvänsä edessä olevista haasteista ja ongelmatilanteista (Funnell ym. 2009). Potilailla on erilaisia odotuksia terveydenhuollon ammattihenkilön tarjoamaa tukea kohtaan. Odotukset ovat riippuvaisia potilaan sukupuolesta ja iästä (Isola ym. 2007, Hautamäki-Lamminen ym. 2010, Virtanen ym. 2010, Kaakinen ym. 2012, Kähkönen ym. 2012). Potilaan tuen tarve

liittyy tiedolliseen ja emotionaaliseen tukeen (Sharpe ym. 2005, Dimoska ym. 2008, Erstmann ym. 2009, Penner ym. 2009, Jansen ym. 2010). Tuen tarvetta potilas saattaa vähätellä tai tuoda esille sitä huumorin avulla tai kiertoilmausten keinoilla (Mattila 2011). Potilaalle on merkityksellistä tietoa, että hänellä on mahdollisuus ottaa yhteyttä terveydenhuollon ammattihenkilöön tarpeen vaatiessa. Tämä lisää myös potilaan kokemaa turvallisuudentunnetta. (Dunckley ym. 2007.)

Epävirallinen tukena on potilaan elinpiiri, johon kuuluvat omaiset, ystävät, työyhteisö, eri yhdistykset ja seurat (Funnell ym. 2009). Tutkimusten mukaan erityisesti omaisten tuki parantaa diabetespotilaan omahoidon tuloksia (Chesla ym. 2004, Alahuhta 2009b, McBroom ym. 2009, Strom ym. 2012, Rintala 2014) ja antaa psyykkisiä voimavaroja sairauden kanssa elämiseen (Rintala 2014). Toisaalta asioiden aikatauluttaminen ja säännöllisyys saattavat myös tuntua omaisista stressaavilta (Rosland ym. 2008). Yhteiset harrastukset, ruokahetket ja sama ruokavalio vähentävät tunnetta sairauden rajoittavuudesta (Kovacs Burns ym. 2013) ja tukevat potilaan omahoidon onnistumista (McBroom ym. 2009). Potilaat odottavat, että omaisille tarjotaan mahdollisuutta osallistua ohjaukseen (Kaakinen ym. 2012), sillä siihen osallistuminen lisää omaisten ymmärrystä potilaan tilannetta kohtaan (Hautamäki-Lamminen ym. 2010, Virtanen ym. 2010). Erityisesti emotionaaliseen tukeen liittyvistä asioista keskusteleminen koetaan tärkeäksi, sillä potilaan ja omaisten voi olla vaikea keskustella keskenään tuen tarpeistaan (Spears 2008, Saveman 2010).

Epävirallinen tuki voi olla myös vertaistukea. Diabetesyhdistys tukee diabeetikkoja selviämään sairauden kanssa, valvoo heidän etujaan, järjestää erilaisia luentoja, tukihenkilöpalveluja sekä kursseja potilaan arjen helpottamiseksi ja elämänlaadun parantamiseksi. (Diabetesliitto 2016.) Vertaisohjaukseen perustuvan Stanfordin ohjausmallin (Diabetes Self-Management) on todettu lisäävän tyyppin 2 diabetespotilaiden itseluottamusta ja kykyä hallita oman sairauden hoitoa ja omasta sairaudesta aiheutuvia ongelmia sekä lisäävän potilaan hyvinvointia. Vertaisryhmissä potilaat saavat toisiltaan tukea, jakavat kokemuksiaan ja auttavat toisiaan ratkaisemaan ongelmia. Ryhmissä käsitellään diabeteksen oireita, väsymystä, kipua, sokeriarvoja, stressiä ja emotionaalisia ongelmia, kuten masennusta, vihaa, pelkoa ja turhautumista. (Stanford Medicine 2016.) Tulokset osoittavat, että ryhmän tuki auttaa tyyppin 2 diabetespotilaan omahoitoa (Lorig ym. 2009, Wulp ym. 2012) ja on tehokkaampaa hoitotasapainon ja elämänlaadun kannalta kuin yksilöohjaus (Garrett ym. 2005, Steinsbeek ym. 2012). Potilaat kokevat saavansa samaa sairautta sairastavilta tietoa, neuvoja, kannustusta sekä ymmärrystä selviytymiseensä sairauden kanssa arjessa. Vertaistuen avulla potilas voi tunnistaa omia vahvuuksiaan, voimavarojaan ja kokea voimaantumista oman sairauden ja elämänsä hallinnasta. (Mikkonen 2009.) (Kuvio 1)

3 OMAHOIDON OHJAUKSEN KIRJAAMINEN

3.1 Kirjaamisen kehittyminen

Kirjaamisen päämääränä on tehdä potilaan omahoidon yksilölliset tarpeet ja tavoitteet näkyviksi potilaalle itselleen. Kirjaamisen avulla viestitetään potilaaseen liittyvää tietoa, potilaan tekemiä terveystyöskäytännön muutoksia (Raninen ym. 2007, Heikkinen 2011) ja onnistumisen arviointia eri terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä (Tanttu 2007). Terveystyöskäytännön ammattihenkilöiden välinen tiedon siirtyminen tukee omahoidon ohjauksen jatkuvuutta ja potilasturvallisuuden toteutumista (Saranto ym. 2009, Häyrinen ym. 2010) sekä tuo näkyväksi parhaita käytäntöjä potilaan onnistuneen muutostyöskäytännön toteuttamisessa (Gartlan ym. 2010). Kirjaamisen tärkeys liittyy myös ohjauksen suunnitelmallisuuteen, tavoitteiden saavuttamisen arviointiin (Strickland ym. 2010) ja ohjauksen päällekkäisyyden vähenemiseen (De Marinis ym. 2010).

Kirjaamisen kehittämisen perusta liittyy hoitotyön toteuttamiseen. Yhdysvalloissa sai 1970-luvulla alkunsa luokitusjärjestelmä hoitotyön minimitiedosto NMDS (Nursing Minimum Data Set). NMDS ohjasi kirjaamaan potilaan tunnistamista koskevia tietoja hoitotyön prosessin mukaisesti hoitoon tulosta, hoitotyötoiminnoista ja hoitotyöntuloksista. (Werley ym. 1991.) Kirjaamisen kehitys eteni niin, että 1980-luvun lopulla kehitetty ICNP (International Classification for Nursing Practice) sisälsi potilaan hoitoon liittyvän kirjaamisen lisäksi potilaan ohjaamista (Henry ym. 1998, ICNP 2014).

Suomessa hoitotyön luokituskokonaisuuden kehittäminen alkoi ryhmittelemällä, analysoimalla ja luokittelemalla hoitajien kirjaamia hoitotyön toimintoja (Ensio 2001) Virginia Saban HHCC -luokituksen (Home Health Care Classification, nykyisin CCC-luokitus, Clinical Care Classification) (Saba 2007, Saba 2012). Suomalainen FinCC - kokonaisuus (Finnish Care Classification) muodostuu potilaspapereihin rakenteisesti kirjattavasta tarveluokituksesta (SHTaL), toimintoluokituksesta (SHToL), ja tulosluokituksesta (SHTuL). SHTaL ja SHToL sisältävät erilaisia otsikoita, joihin voi kirjata omahoidon toteutusta. Tarve- ja toimintoluokitusta yhdistävät otsikot, jotka kuvaavat potilaan toiminnallisia,

fysiologisia, psykologisia ja sosiaalisia alueita sekä potilaan terveydenhuollon palveluiden käyttöä. Kirjaamista täsmentää ja kohdistaa otsikoiden jakaminen pää- ja alaluokkiin, joista valitaan asiayhteyteen liittyvä termi. (Nykänen ym. 2012.)

Suomessa kirjaaminen tapahtui aluksi manuaalisesti ja sitä ohjasivat palvelunantajien erilaiset osittain strukturoidut lomakkeet. Sähköinen kirjaaminen sai aikaan monia muutoksia kirjaamisen käytäntöihin. Vapaasta kertovasta kirjaamisesta siirryttiin otsikoita hyödyntävään kirjaamiseen ja organisaatiolähtöisestä kirjaamisesta asiakaslähtöiseen kirjaamiseen. Sähköisessä kirjaamisessa rakenteistamisen eli struktuurin muodostamisessa hyödynnetään valtakunnallisesti määriteltyjä luokituskokonaisuuksia (SHtaL, SHtoL ja SHTuL). Suomessa vuonna 2008 otettiin käyttöön versio 2.0.1 jossa oli 19 komponenttia, SHTaL:ssa 88 pääluokkaa ja 179 alaluokkaa. SHToL:ssa oli 16 pääluokkaa ja 266 alaluokkaa. (Liljamo ym. 2008.) Versiossa 3.0, joka otettiin käyttöön vuonna 2012, oli SHTaL:ssa ja SHToL:ssa 17 komponenttia. Molemmissa oli komponentti terveyskäyttäytyminen ja pääluokkana terveyttä uhkaavat elintavat (versio 2.0.1) sekä terveyteen vaikuttavat tekijät (versio 3.0), joita käytettiin potilaan elintapaohjauksen kirjaamisessa. Kirjaamisen sisältämää tietoa ohjasivat otsikoinnit. (Liljamo ym. 2012.) Taulukossa 2 on kuvattu versioiden 2.0.1 ja 3.0 terveyskäyttäytymisen komponentissa käytössä olevia otsikoiteja.

Suomessa otettiin käyttöön vuoden 2013 alusta Valtakunnallinen potilastiedon arkisto (Kanta), joka on yhteinen nimitys valtakunnallisille tietojärjestelmäpalveluille. Kanta-palvelujen tarkoituksena on koota potilaan sairauteen liittyvä tieto yhteen, niin että se on terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja potilaan itsensä hyödynnettävissä (Kanta 2015). Kanta-palveluja ovat sähköinen lääkemääräys (eResepti), potilaille tarkoitettu henkilökohtainen palvelu (Omakanta) ja potilastiedon arkisto (eArkisto). Kanta-arkistossa on tavoitteena ottaa käyttöön terveys- ja hoitosuunnitelma (YHOS) viimeistään vuonna 2017. Terveys- ja hoitosuunnitelman avulla pyritään kehittämään erityisesti pitkäaikaissairaiden, kuten tyypin 2 diabetespotilaiden hoitoa. Tavoitteena on, että terveys- ja hoitosuunnitelmassa kuvataan potilaan omahoitoa, terveyskäyttäytymistä ja käyttäytymisen muutosta koskevat suunnitelmat. (Kärkkäinen 2013, Virkkunen ym. 2015.) Omakanta-palvelussa potilas voi pyytää reseptin uusimista, tallentaa oman hoitotahdon ja elinluovutustahdon sekä antaa suostumuksen omien tietojen luovuttamiseen tai kieltää luovuttamisen. Potilas voi myös tarkastella omista käynneistä ja hoitajaksoista tehtyjä kirjauksia sekä laboratorio- ja röntgentutkimuksia. (Kanta 2015.) Omakanta on keino tukea potilasta ottamaan vastuuta oman voinnin seurannasta ja vointiin vaikuttamisesta (Kärkkäinen 2013).

Potilasasiakirjoihin kirjaaminen tapahtuu kaikissa julkisissa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yksiköissä sähköisesti (Valta 2013) erilaisten potilastietojärjestelmien avulla, joista yleisimpiä ovat Miranda, Effica, ESKO, Pegasos ja Mediatri (Winblad ym. 2010). Sähköisten potilastietojärjestelmien käyttöä ovat tutkineet mm. Häyrinen (2011) ja Valta (2013). Tutkimusten mukaan niiden on todettu parantavan potilaan hoidon laatua ja helpottavan potilaan parhaaksi toteutettua hoitoa (Valta 2013). Kirjaamisen hyödyntämiseen

vaikuttaa hoitajan oma osaaminen sähköisen potilastietojärjestelmän käyttämisessä (ks. mm. Lau ym. 2011, McGinn ym. 2011).

Potilaan omahoitoon liittyvän ohjaustiedon hyödyntämistä helpottaa se, että kirjaaminen tapahtuu noudattamalla kaikille yhteisesti sovittuja käsitteitä eli otsikoita, sekä rakenteisesti sovitussa muodossa ja arkistoimalla tiedot teknisesti yhtenevään muotoon (Kärkkäinen 2013, Virkkunen ym. 2015). Yhteiset sopimukset ja tavat parantavat yhdenmukaisesti luotua tiedon laatua, käytettävyyttä ja luettavuutta (Ammenwerth ym. 2011, Kuusisto ym. 2014, Virkkunen ym. 2015) sekä tukevat näyttöön perustuvan tiedon hyödyntämistä potilaan parhaaksi (de Ridder ym. 2008).

3.2 Omahoitoon ohjaavan kirjaamisen kansallinen ohjeistus

Kansallisesti kirjaamista ohjaavat erilaiset lait ja asetukset, joiden mukaan kirjaamisen lähtökohta on potilas itse. Kirjauksien on sisällettävä potilaan yksilölliset tarpeet, ottaen huomioon potilaan kulttuuri sekä potilaan tai hänen omaisensa kanssa terveyttä ja sairaanhoitoa varten tehty kirjallinen suunnitelma, josta käyvät ilmi potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Kirjauksissa tulee olla nähtävillä myös suunnitelman toteutus, seuranta ja arviointi (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009). Potilaan hoitoon liittyvä suunnitelma on kirjattava viivytyksettä mutta viimeistään viiden vuorokauden kuluessa siitä, kun ohjaustilanne on päättynyt (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009), ja tiedon on oltava saatavilla kaikille potilaan hoitoon osallistuville (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159). Kirjauksissa ei saa olla virheellisiä (Henkilötietolaki 22.4.1999/523) eikä rotuun tai uskontoon liittyviä tietoja eikä muihin kuin potilaaseen liittyviä tietoja, ellei potilaan hoidon tai ohjauksen kannalta ole välttämätöntä kirjata toisin (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009).

Kansallisesti on sovittu kirjaamisen prosessin etenemisestä, otsikoista, rakenteesta ja kirjaamisnäkyistä eli siitä, mihin kirjaaminen tehdään (Virkkunen ym. 2015). Sopimuksen mukaan potilasasiakirjoihin kirjaaminen tapahtuu WHO:n suosittaman hoitoprosessin mukaisesti potilaan tarpeen määrittämisestä, suunnitelman laatimiseen, hoidon toteutukseen ja tulosten arviointiin (Saranto ym. 2009) käyttämällä tarveluokitusta (SHTaL) sekä hoitotyön toiminto- (SHToL) ja tulosluokitusta (SHTuL) (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, Nykänen ym. 2012). Kirjatessaan terveydenhuollon ammattihenkilö käyttää otsikkoina kansallisesti määriteltäviä otsikoita tai potilastiedon arkiston vastaavuuksia sen potilastietojärjestelmän mukaisesti, mikä terveydenhuollon palvelua antavassa yksikössä on käytössä. Kansallisten otsikoiden määrä on suppea, jotta tietojen ryhmittely olisi yhdenmukaisempaa ja tietoa olisi niiden avulla helpommin haettavissa (Virkkunen ym. 2015). Otsikoiden jälkeen tekstiä voi jatkaa rakenteistamalla eli käyttämällä tiettyjä koodeja kuvaamaan haluttua tietoa tai

vapaalla tekstillä. Taulukossa 2 on kuvattu potilastiedon rakenteiset otsikoinnit Virkkusta 2015 mukailten ja verraten niitä versioihin 2.0.1 ja 3.0.

Kirjaamislustoina eli alustoina, joihin kirjaaminen tehdään, käytetään yhteisesti sovittuja näkymiä, jotka sitovat kirjatun tiedon hoitokokonaisuuteen, esimerkiksi ammattialaan. Vastaanottoa pitävien diabeteshoitajien ohjaukseen tai neuvontaan liittyvät merkinnät tehdään HOI-näkymälle. Jos näkymälle kirjattu tieto halutaan lääkärin nähtäväksi, diabeteshoitaja käyttää perusterveydenhuollossa näkymäyhdistelmää HOI+YLE ja erikoissairaanhoidossa HOI+SIS. Jos kirjattu tieto halutaan ravitsemussuunnittelijan nähtäväksi, käytetään näkymäyhdistelmää HOI+RAV tai fysioterapeutin nähtäväksi yhdistelmää HOI+FYST. Näkymäyhdistelmien järjestystä voidaan muuttaa. Jos perusterveydenhuollon lääkäri haluaa hoitajan tapaavan potilaan, hän kirjaa tekstin YLE- näkymälle ja lisää siihen näkymän HOI. Potilaan sairaalassa oloajan päivittäismerkinnät tehdään HOKE - näkymälle käyttäen rakenteistamista otsikoiden avulla ja vapaata tekstiä kuvaamaan tarkemmin potilaan tilannetta. (Kärkkäinen 2013, Virkkunen ym. 2015.) Yhteisten kirjaamisnäkyvien avulla tyyppin 2 diabetespotilaan omahoidon ohjaukseen liittyvä tieto on helposti löydettävissä, ja tunnistetietojen avulla saadaan tieto kirjauksen tekijästä.

Tyyppin 2 diabetespotilaan omahoidonohjaus alkaa diabeteshoitajalla potilaan tulossuyn selvittämisellä (Saranto ym. 2009). Tieto muodostuu potilaan kanssa keskustelusta, hoitajan ja omaisten huomioista sekä aiemmista potilasasiakirjauksista ja erilaisista fysiologisista mittaustuloksista (Virkkunen ym. 2015). Potilaan asennoitumisesta sairauden hoitoon antavat tietoa potilaan omahoidon toteuttaminen ja säännöllisyys sekä kokemus omahoidon onnistumisesta ja tuen tarpeesta. Potilaalla olevaa tietoa kuvaa tieto omahoidon toteuttamisen tarpeesta, terveellisistä elintavoista ja vaikutuksesta omaan vointiin. Osaaminen näkyy ruokavalion sisältönä, arjen valintoina, omahoidon toteuttamisen taitona ja tiedon soveltamisena omahoidon toteutuksessa. Saadun tiedon diabeteshoitaja kirjaa HOI - näkymälle.

Hoitaja voi kirjatessaan arvioida, mitä otsikoita hän käyttää hoitoprosessin eri vaiheessa ja mitä asiakokonaisuuksia hän kirjoittaa otsikoiden alle. Otsikoiden ryhmittely on suuntaa antava, ja otsikoinnin tarkoitus on jäsentää asiakokonaisuuksia. Otsikoiden alle kirjataan ne asiat, jotka ovat merkityksellisiä potilaan hoidon ja sen jatkuvuuden kannalta. (Virkkunen ym. 2015.) Kirjatessa voidaan käyttää myös mallipohjia. Mallipohja näyttää hoitoprosessin erivaiheet ja tarvittavat komponentit sekä luokat. Mallipohjat auttavat soveltamaan FinCC-luokituskokonaisuutta sopivaksi eri ympäristöihin ja tilanteisiin (Nykänen ym. 2012).

Omahoidon ohjauksessa **Tulosyyn ja esitiedot** pääluokan alle voidaan kirjata otsikoita *tulosyyn, esitiedot, terveyteen vaikuttavat tekijät ja riskitiedot*. Tulosuyn selvittäminen sisältää vapaalla tekstillä kirjattuna potilaan itsensä kertomana syyn hoitoon hakeutumiseen. Esitiedot otsikon alle voi kirjata potilaan, hänen omaisensa ja saattajan esille tuomat tiedot potilaan terveydestä sekä aiempien potilasasiakirjojen tarjoamaa tietoa. Kirjauksissa merkityksellisiä ovat potilaan nyky sairaus ja ongelmaan liittyvät tiedot sairauden alkamisesta, sairauden ku-

lusta potilaan kokemana ja sairauden vaikutuksista potilaan psyko-fyysis-sosiaaliseen arkeen. Terveysteen vaikuttavat tekijät -otsikkoa voidaan käyttää potilaan elintapojen selvittämiseen, esimerkiksi liikuntaan, ravitsemukseen ja päihdekäyttäytymiseen mutta myös masentuneisuuden ilmaisemiseen. Otsikon alle on mahdollista kirjata myös potilasta tulevaisuudessa odottavat terveyttä uhkaavat tekijät, joita ohjauksella pyritään ratkaisemaan.

Terveyttä vaikuttavien tekijöiden selvittämisessä voidaan käyttää hyödyksi erilaisia testejä. Tupakointiriippuvuuden kuvauksessa voidaan hyödyntää Fagerströmin testiä (ks. paihdelinkki.fi - Testit ja laskurit - Tupakka - Tupakka-riippuvuustesti), tupakoinnin määrää FinLOINC luokituksella tai aiempaa tupakointia kyllä/ei/ei tietoa -luokituksella. Fagerströmin testitulokset voidaan kirjata Nikotiiniriippuvuustesti-luokitus kohtaan. Tupakoinnin määrä ilmaistaan myös savukkeina/vrk tai askivuosina ja nuuskankäyttö vapaalla tekstillä. Alkoholi- ja tupakointikäyttäytymistä on suositeltua tarkistaa perusterveydenhuollossa kahden vuoden välein. Päihteiden ja alkoholinkäytön selvittämisessä voidaan hyödyntää esimerkiksi AUDIT-testiä (ks. paihdelinkki.fi - Testit ja laskurit - Alkoholi - Alkoholin käytön riskit AUDIT), josta löytyy myös huumeiden käytön testaamiseen tarkoitettut testit (ks. paihdelinkki.fi - Testit ja laskurit - Huumeet - Huumeiden käytön riskit AUDIT). Liikkumisen aktiivisuuden vähäisyys voidaan kirjata rakenteisesti käyttämällä otsikkoa Fyysisen harjoituksen puuttuminen (ICD-10-Luokituksen koodi Z72.3). Riskitiedot sisältävät sellaisia tietoja, joiden huomioimatta jättäminen saattaa aiheuttaa riskin potilaan terveydelle, esimerkiksi lääkeaineallergiat. (Virkkunen ym. 2015.)

Havainnot ja tutkimukset pääotsikon alle voidaan kirjata tekstiä käyttämällä alaotsikoita *nykytila*, *toimintakyky*, *tutkimukset*, *fysiologiset mittaukset*, *testaus*- sekä *arviointitulokset*. Nykytila-otsikon alle kirjataan terveydenhuollon ammattihenkilön tekemiä ja tutkimuksissa toteamia huomioita. Toimintakyky-otsikon alle kirjataan potilaan kyky selviytyä psykofyysis-sosiaalisista ja kognitiivisista vaatimuksista. Verensokerin tasoa kuvaava mittaustulos kirjataan Tutkimukset -otsikon alle sekä paino, pituus ja verenpaine Fysiologiset mittaukset -otsikointia käyttäen. Testaus- ja arviointitulokset otsikon alle voidaan kirjata sellaiset tutkimukset, joista annetaan sanallisia arvioita, esimerkiksi muistitestit. (Virkkunen ym. 2015.)

Alaotsikoita *hoidon tarve*, *hoidon tavoitteet* ja *suunnitelma* voidaan käyttää **Hoidon suunnittelu** pääotsikoinnin yhteydessä. Hoidon tavoitteet -otsikon alle kirjataan potilaan kannalta tärkeimmät tavoitteet, joiden toteutumisesta voidaan arvioida. Tavoitteita voi yksilöidä esimerkiksi käyttämällä otsikkoa tupakointi (Virkkunen ym. 2015) ja kirjoittamalla sen alle tietoa tupakointiin altistavista tilanteista, mm. siitä, onko potilas aiemmin kokeillut sen lopettamista ja millaisilla keinoilla on onnistunut siinä. Hoidon tavoitteena on tupakoinnin lopettaminen ja keinona on tarjota tietoa tavoitteen saavuttamiseksi, esimerkiksi tupakoinnin lopettamista tukevat nikotiinivalmisteet ja omaisten tarjoama tuki. Hoitosuunnitelma tyyppin 2 diabetespotilaan oman sairauden hoitamiseen voidaan kirjata Suunnitelma-otsikon alle. Hoitosuunnitelma sisältää potilaan esitiedot, hoidon tarpeen, tavoitteen, hoidon suunnitelman, keinot ja hoitoon osallistuvat

terveydenhuollon ammattihenkilöt sekä suunnitelman potilaan jatkohoidoksi. Hoitosuunnitelma tukee potilaan ja hänen sairautensa pitkäaikaista seurainta. (Virkkunen ym. 2015.)

Hoidon toteutus pääotsikoinnissa käytetään alaotsikkoa *toimenpiteet, hoitotoimet, lääkehoito* (ei käytetä otsikointina, vaan tiedot kirjataan lääkitysosioon), *kuntoutus, ennaltaehkäisy* (preventio) ja *apuvälineet ja hoitotarvikkeet*. Toimenpiteet -otsikon alle voidaan kirjata potilaalle tehty invasiiviset toimenpiteet. Potilaan toteutunut ohjaus kirjataan käyttäen otsikointia *Hoitotoimet*. Ohjausta kirjatesa merkitystä on niillä tiedoilla, joilla on kyetty vastaamaan potilaan hoidon tarpeisiin ja asetettuihin tavoitteisiin. Kuntoutus-otsikon alle kirjataan potilaan ohjaukseen ja neuvontaan liittyviä tietoja, esimerkiksi kuntoutukseen liittyviä ohjeita. Ennaltaehkäisy-otsikon alle voidaan kirjata vapaalla tekstillä esimerkiksi hoitajan antamia suosituksia ja neuvoja sekä potilaan voimavaroja, keinoja ennakoida edessä olevia ongelmatilanteita, potilaan ohjaukseen osallistuvia henkilöitä ja tietoa omaisten tarjoamasta tuesta. Apuvälineet ja hoitotarvikkeet -otsikon alle voidaan kirjata potilaan käyttöön luovutettuja apuvälineitä ja hoitotarvikkeita.

Alaotsikoita *diagnoosi, hoidon syy, hoitoisuus ja hoidon tulokset* voidaan käyttää **Hoidon arviointi** pääotsikoinnin yhteydessä. Diagnoosi otsikon alle kirjaa lääkäri taudin määrittämisen. (Virkkunen ym. 2015.) Muiden otsikoiden alle voidaan kirjata mm. syy, miksi potilas hakeutui ohjaukseen, ja lisäksi voi kirjata potilaan omaa kokemusta, tietoa potilaan ohjauksen määrästä ja sen vaativuudesta sekä vaikutuksesta potilaan vointiin ja sairauden hallintaan. Voi kirjata esimerkiksi sen, onko tupakoinnin lopettaminen vaikuttanut myönteisesti verenpaineeseen ja sokeritasapainon hallintaan. Kirjatun arvion perusteella voidaan tehdä päätös ohjauksen jatkamisesta, ohjauskeinojen muutoksesta tai ohjauksen päättymisestä. Terveyskäyttäytymisen muutos on prosessi, joka etenee mutta johon voi palata aina takaisin terveystietämisen muutostarpeeseen asti (Saranto ym. 2009).

TAULUKKO 2 Omahoidon ohjauksessa hyödynnettävät kirjaamisen otsikoinnit vuosina 2008–2015 (Liljamo ym. 2008, 2012 ja Virkkunen ym. 2015).

Suomalainen hoidon tarveluokitus (SHTaL) ja toimintoluokitus (SHToL) versio 2.0.1 otsikoinnit (Liljamo ym. 2008)	Suomalainen hoidon tarveluokitus (SHTaL) ja toimintoluokitus (SHToL) versio 3.0. otsikoinnit (Liljamo ym. 2012)	Rakenteisen kirjaamisen otsikointi ohjeistus (Virkkunen ym. 2015) Erillistä terveyskäyttämisen komponenttia ei ole, vaan teksti kirjataan hoitotyön prosessivaiheiden mukaisesti
<u>Pääluokka</u>	<u>Alaotsikko</u>	<u>Pääluokka</u>
Terveyttä uhkaavat elintavat	<p>Tupakointi Päihteiden käyttö Lääkkeiden väärinkäyttö Muu riippuvuus Epäterveellinen ruokavalio Liikunnan puute</p>	<p>Tupakointi Päihteiden käyttö Muu riippuvuus Ravintotottumukset Liikuntatottumukset Terveydelle haitalliset elinolosuhteet</p>
Terveyttä uhkaavat elintavat	<p>Terveystietoisuus Hoitotietoisuus Terveydenhuollon käyttö Hoidon tavoitteet Hoidon suunnittelu</p>	<p>Tulosityy Esitiedot Terveystietoisuus vaikuttavat tekijät Riskitiedot</p>
Terveyttä uhkaavat elintavat	<p>Itsearviointikyvyyn vaikeus Hoidon suunnittelusta poikkeaminen Hoidosta kieltäytyminen</p>	<p>Nykytila Toimintakyky Tutkimukset Fysiologiset mittaukset Testaus- ja arviointitulokset</p>
Terveyttä uhkaavat elintavat	<p>Hoidon suunnittelu</p>	<p>Hoidon tarve Hoidon tavoitteet Suunnitelma</p>

(jatkuu)

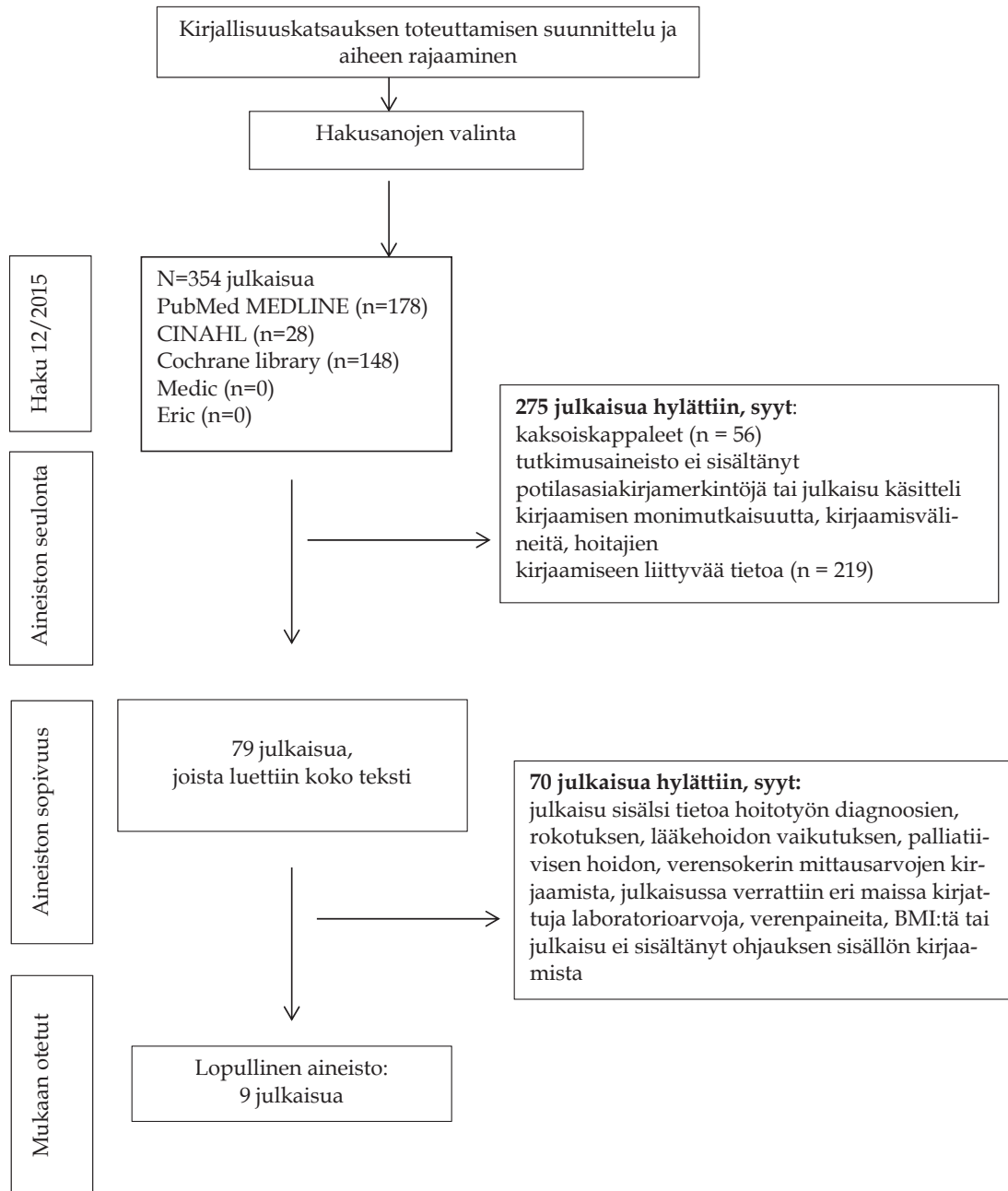
(jatkuu)

Suomalainen hoidon tarveluokitus (SHTaL) ja toimintoluokitus (SHToL) versio 2.0.1 otsikoinnit (Liljamo ym. 2008)		Suomalainen hoidon tarveluokitus (SHTaL) ja toimintoluokitus (SHToL) versio 3.0. otsikoinnit (Liljamo ym. 2012)		Rakenteisen kirjaamisen otsikointi ohjeistus (Virkkunen ym. 2015) Erillistä terveysskäyttämisen komponenttia ei ole, vaan teksti kirjataan hoitotyön prosessivaiheiden mukaisesti	
Terveyskäyttämisen-komponentti <u>Pääluokka</u>		Terveyskäyttämisen-komponentti <u>Pääluokka</u>		<u>Pääluokka</u>	
<u>Alaotsikko</u>		<u>Alaotsikko</u>		<u>Alaotsikko</u>	
Elintapojen arviointi	Ravitsemustottumusten selvittäminen Liikuntatottumusten selvittäminen Päihteiden käyttötottumusten selvittäminen Lääkkeiden käyttöön selvittäminen Tupakoinnin selvittäminen Muiden riippuvuuksien selvittäminen	Elintapojen seuranta	Ravitsemustottumusten seuranta Liikuntatottumusten seuranta Päihteiden käyttötottumusten seuranta Tupakoinnin seuranta Muiden riippuvuuksien seuranta Elinolosuhteiden seuranta	Hoidon toteutus	Toimenpiteet Hoitoimet Kuntoutus Lääkehoito Ennaltaehkäisy Apuvälineet ja hoitotarvikkeet
Terveyttä edistävä ohjaus Hoitoon sitoutumisen edistäminen	Hoitosopimuksen tekeminen Hoidon suunnitteluun ja toteutukseen osallistuminen Päätöksenteon tukeminen Sairaudentunnon vahvistaminen	Terveyttä edistävä ohjaus Hoitoon sitoutumisen edistäminen	Hoitosopimuksen tekeminen Hoidon suunnitteluun ja toteutukseen osallistaminen	Hoidon arviointi	Diagnoosi Hoidon syy Hoitoisuus Hoidon tulokset

3.3 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus omahoitoon ohjaamisen kirjaamisesta

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toteuttamisessa edettiin systemaattiselle kirjallisuuskatsaukselle asetettujen ohjeistusten mukaisesti (Higgins ym. 2009). Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen alkoi katsauprosessin suunnittelusta, aiheen rajaamisesta omahoitoa tukevaan omahoidonohjauksen kirjaamiseen ja hakusanojen valinnasta. Aineistonhaku toteutettiin joulukuussa 2015 kansainvälisistä tietokannoista (PubMed MEDLINE, CINAHL, Cochrane library, Medic ja Eric) käyttäen seuraavia hakusanoja: patient education, counselling, guidance, teaching, advice, discussion, communication, self-management, self-care, lifestyle, documentation, nursing documentation, patient record, nursing record.

Haun teki kaksi tutkijaa itsenäisesti. Haut tarkastettiin ristiin. Haku tuotti ajalta 2006 - 2015 yhteensä 354 julkaisua. Aineisto valittiin seuraavien sisäänottokriteerien mukaisesti: vertaisarvioitu, tieteellinen julkaisu, tutkimus kuvaa hoitajan toteuttamaa ohjauksen kirjaamista erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa, aineisto on kerätty potilasasiakirjoista. Molemmat tutkijat toteuttivat itsenäisesti aineiston valinnan otsikoiden, tiivistelmien ja kokotekstien tarkastelun perusteella. Valinnat tarkastettiin ristiin. Aluksi haulilla saatujen julkaisujen otsikot luettiin ja poistettiin kaksoiskappaleet. Sitten luettiin tiivistelmät ja poistettiin kirjaamisen monimutkaisuutta, kirjaamisvälineitä, hoitajien kirjaamiseen liittyvää tietoa. Myös ne poistettiin joissa tutkimusaineistoa ei ollut kerätty potilasasiakirjoista. Poistetut valinnat tarkistettiin yhdessä. Tämän jälkeen aineiston sopivuutta arvioitiin lukemalla jäljelle jääneet 79 julkaisua kokonaisuudessaan kahden tutkijan toimesta itsenäisesti. Lukemisen jälkeen poistettiin ne julkaisut, jotka sisälsivät tietoa hoitotyön diagnoosien, rokotuksen, lääkehoidon vaikutuksen, palliatiivisen hoidon, verensokerin mittausarvojen kirjaamista. Myös ne poistettiin joissa verrattiin eri maissa kirjattuja laboratorioarvoja, verenpainetta, painoindeksiä tai julkaisu ei sisältänyt ohjauksen sisällön kirjaamista. Molemmat tutkijat tarkistivat yhdessä poistettavat valinnat. Poissulkukriteerien perusteella katsaukseen jäi jäljelle vain yhdeksän omahoidon ohjauksen kirjaamista koskevaa julkaisua, jotka kaikki otettiin mukaan analyysiin. Tutkimusten laadunarviointia ei katsottu tarpeelliseksi, koska näin saatiin kokonaiskuva omahoidon ohjauksen kirjaamisen tutkimuksesta. Kuviossa 2 on esitetty aineiston valintaprosessi ja sen eri vaiheet.



KUVIO 2 Aineiston valintaprosessi

Hoitajien toteuttamia omahoidon kirjauksia oli tutkittu Irlannissa, Ruotsissa, Rwandassa, Suomessa ja USA:ssa sekä laadullisesti että määrällisesti. Tutkimusaineistojen koko vaihteli (N = 35–600). Tutkimuksen kohteena olivat diabetesta, reumaa, refluksitautia sekä sydän- ja aivoverenkiertohäiriösairautta sairastavia potilasryhmiä, jotka olivat olleet hoidossa sairaalan osastolla. Aineistosta oli poimittu esimerkiksi vuorovaikutusta kuvaavia mainintoja (Berg ym. 2007), kirjattujen riskitekijöiden kappalemääriä, esimerkiksi montako kertaa potilaan riskitekijöitä oli kirjattu (Bengtsson 2011), ja muistiinpanomääriä hoitajien tekemistä elintapasuosituksista (Salyers ym. 2007). Julkaisuiden aineistoa oli analysoitu määrällisesti laskemalla kirjattujen mainintojen määriä sekä laadullisesti sisällönanalyysin keinoin. Aineiston pienen koon ja hajanaisuuden vuoksi kirjallisuushausta oli vaikea tehdä synteisiä.

Omahoidon ohjaus sisälsi kirjausten perusteella hoitajien tekemiä yksittäisiä huomioita ja arvioita potilaan tuntemuksista, esimerkiksi kivusta (Laitinen ym. 2010), vointia kuvaavista mittaustuloksista, verenpaineesta (Mbabazi ym. 2006, Bengtsson 2011), pulssitasosta (Mbabazi ym. 2006) ja kehon lämpötilasta sekä laboratoriokoetuloksista (Bengtsson 2011).

Kirjauksissa ei ollut nähtävissä potilaan omia arvioita tai kokemuksia, vaan kirjatut sisälsivät hoitajan arviointia potilaan elintapamuutoksen onnistumisesta (Hazlehurst ym. 2014), potilaan voimavaroista (Irving ym. 2006, Bergh ym. 2007) ja sairauden kanssa selviämisestä sekä tuen tarpeesta (Bergh ym. 2007). Hoitajien kirjatut sisälsivät myös potilaan kokemia tunnetiloja (Friberg ym. 2006, Irving ym. 2006, Mbabazi ym. 2006, Kaakinen ym. 2014), lääkkeen vaikutuksia (Mbabazi ym. 2006), lääkehoidon osaamista (Friberg ym. 2006, Bergh ym. 2007), tiedon tarvetta (Friberg ym. 2006) sekä oppimiseen (Friberg ym. 2006, Bergh ym. 2007), sairauden hoitoon ja tiedon vastaanottamiseen asennoitumista (Bergh ym. 2007).

Omahoidon onnistumisen tukeminen näkyi kirjauksina hoitajan tarjoamasta lääkehoitoon ja sairauden oireisiin liittyvästä tiedosta (Friberg ym. 2006, Kaakinen ym. 2014). Se näkyi myös hoitajan tarjoamina suosituksina ruokavalioon (Salyers ym. 2007, Bengtsson 2011), liikuntaan (Bengtsson 2011, MacPherson ym. 2013), unenlaatuun (Salyers ym. 2007), tupakointiin (Salyers ym. 2007, Kaakinen ym. 2014) ja alkoholinkäyttöön liittyvissä asioissa (Salyers ym. 2007). Omahoidon tukeminen sisälsi myös hoitajan neuvoja lääkehoidon toteuttamiseen (Mbabazi ym. 2006). Potilaalle tarjottu tuki näkyi kirjauksina sovitusta jatkohoidosta ja potilaan sairaudesta omaisille annetun tiedon lisäämisestä (Kaakinen ym. 2014).

Potilaan osallistuminen ohjaustilanteeseen muodostui potilaan tekemistä kysymyksistä, jotka koskivat tulevaisuutta, sairauden hoitoa, tutkimuksia, lääkitystä (Mbabazi ym. 2006) ja odotuksia sairauden hoitamiseen (Laitinen ym. 2010). Kirjauksia oli myös hoitajien tekemistä kysymyksistä potilaalle (Hazlehurst ym. 2014). Potilaan muutostarvetta kuvaavat kirjatut olivat luetteloita riskitekijöistä ja sisälsivät lyhyitä mainintoja esimerkiksi liiallisesta kahvin juonnista, ylipainosta, kolesterolista, diabetessairaudesta, tupakoinnista, sukurasitteesta ja stressistä (Bengtsson 2011). (Taulukko 3)

TAULUKKO 3 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus omahoitoon ohjaamisen kirjaamisesta

Tutkijat, vuosi ja maa	Kohderyhmä	Analyysiyksikkö Analysointitapa	Millaisia omahoitoon liittyviä asioita oli kirjattu?
Friberg ym. 2006, Ruotsi	Potilasasiakirjat; Sisätautiosaston potilaat (n = 35)	Tietoa, ymmärrystä ja ohjausta kuvaavat termit ja ilmaisut Sisällönanalyysi	<i>Omahoitoa tukevat tekijät:</i> potilaan tiedon tarpeen tunnistaminen, tiedon tarjoaminen, hoitajan tekemä huomio potilaan voinnista, hoitajan tekemä arvio potilaan asennoitumisesta ja tunnetilasta, motivoiva keskustelu, tieto potilaan omaisista
Irving ym. 2006, Irlanti	Potilasasiakirjat; Sairaalapotilaat (n = 45)	Potilaan arviointia koskevat muistutukset Foucauldian diskursiivinen analyysi	<i>Omahoitoa tukevat tekijät:</i> hoitajan tekemä huomio potilaan voinnista, hoitajan tekemä arvio potilaan tunnetilasta ja voimavaroista
Mbabazi ym. 2006, Rwanda	Potilasasiakirjat; Lääketieteellisen ja kirurgisen osaston potilaat (n = 40)	Potilaan arviointia koskevat muistutukset Määrällinen ja kuvaileva analyysi	<i>Omahoitoa tukevat tekijät:</i> hoitajan tekemä huomio potilaan voinnista ja siihen vaikuttavista tekijöistä, hoitajan tekemä arvio potilaan tunnetilasta ja lääkkeen vaikutuksesta, fyysisistä vointia kuvaavat mittaukselliset, tieto potilaan omaisista, potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus, tiedon tarjoaminen

(jatkuu)

(jatkuu)

Tutkijat, vuosi ja maa	Kohderyhmä	Analyysiyksikkö Analysointitapa	Millaisia omahoitoon liittyviä asioita oli kirjattu?
Bergh ym. 2007, Ruotsi	Potilasasiakirjat; Sydämen ohitusleikkaus- potilaat (n = 265)	Viestintään, tiedottamiseen ja ohjaukseen liittyvät muistiinpanot Sisällönanalyysi	<i>Omahoitoa tukevat tekijät:</i> hoitajan tekemä huomio potilaan voinnista, hoitajan tekemä arvio sairauden kanssa selviämisestä, lääkeshoidon osaamisesta, oppimisesta, tuen tarpeesta, asennoitumisesta, voimavaroista, tie- don vastaanottamisesta, tiedon tarjoaminen, tieto potilaan omaisista
Salyers ym. 2007, USA	Potilasasiakirjat; Refluksitautia sairastavat potilaat (n= 502)	Elintapa maininnat Määrällinen analyysi	<i>Omahoitoa tukevat tekijät:</i> hoitajan antamat suositukset käyttäytymisen muutokseen; tupakointi, alkoholi, ruokavalio, nukkuminen
Laitinen ym. 2010, Suomi	Potilasasiakirjat; Sairaalapotilaat (n = 40)	Hoitoa kuvaavat ilmaisut Induktiivinen sisällönanalyysi	<i>Omahoitoa tukevat tekijät:</i> hoitajan arvio potilaan voinnista, tunnetilasta hoitajan tarjoama tieto laboratoriotuloksista, sairaudesta ja hoito-ohjeista, potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus, potilaan esille tuomia odotuksia, tieto potilaan omaisista

(jatkuu)

(jatkuu)

Tutkijat vuosi ja maa	Kohderyhmä	Analyysiyksikkö Analysointitapa	Millaisia omahoitoon liittyviä asioita oli kirjattu?
Bengtsson 2011, Ruotsi	Potilasasiakirjat; Reumapotilaat (n = 291)	Elintapojen tottumukset ja riskitekijät Määrällinen analyysi	<i>Omahoitoa tukevat tekijät:</i> fyysisistä voimia kuvaavat mittaustulokset potilaalta kerätty tieto riskitekijöistä, hoitajan antamat suositukset käyttäytymisen muutokseen; verenpaine, korkea kolesteroli, liikun- nallinen aktiivisuus, ruokavalio, diabetessairauden huomioiminen
Hazlehurst ym. 2014, USA	Potilasasiakirjat; Diabetesta sairastavat naispotilaat (n = 600)	Painonhallintaan liittyvät pyynnöt, kysymykset ja arviot Määrällinen ja laadullinen analyysi	<i>Omahoitoa tukevat tekijät:</i> hoitajan tekemä arvio potilaan elintapojen muutostarpeesta ja muutoksen onnistumisesta hoitajan esittämät kysymykset
Kaakinen ym. 2014, Suomi	Potilasasiakirjat; Aivoverenkierrohäiriö-, keuhkohtaumatauti- ja sydämen vajaatoiminta- potilaiden vuodeosastolla (n = 150)	Ohjauksen sisältöön, toteutukseen, hyötyihin, ohjausmenetelmiin ja -materiaaliin liittyvät ilmaisut Deduktiivinen ja induktiivinen sisällönanalyysi	<i>Omahoitoa tukevat tekijät:</i> tiedon tarjoaminen sairauden hoidosta, tutkimuksista, lääkehoidosta, ruokavaliosta hoitajan arvio tuen tarpeesta, potilaan tunnetilasta, potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus, hoitajan tarjoama tuki, hoitajan antama neuvo

Ohjauksen kirjaamiseen liittyvä tutkimus on niukkaa (Friberg ym. 2006, Persenius ym. 2008, Laitinen ym. 2010, Gershater ym. 2011, Kaakinen ym. 2014), kuten systemaattinen kirjallisuuskatsaus osoittaa. Tulokset antoivat kuvan ainoastaan hoitajien näkemyksistä potilaan vointiin, hoidon tarpeeseen ja hoitoon asennoitumiseen. Potilaiden omien näkemysten, tavoitteiden ja esille tuomien sekä mieltä askarruttavien asioiden kirjaaminen oli hyvin niukkaa. (Friberg ym. 2006, Laitinen ym. 2010, Kaakinen ym. 2014.) Omahoidonohjauksesta piirtyi systemaattisen kirjallisuushaun tulosten perusteella hyvin autoritaarinen kuva.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitajien toteuttamaa tyypin 2 diabetespotilaan omahoidonohjauksen ja osaamisen kirjaamista perusterveydenhuollossa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa ohjauksen kirjaamisen kehittämiseen sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon oppilaitoksissa.

Tutkimuksella haettiin vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millaisia omahoidon ohjauksen sisältöjä oli kirjattu?
2. Millaisena potilaiden omahoidon osaaminen ilmeni kirjauksista?
3. Millaisena potilaan omahoidon osaamisen kehittyminen ilmeni potilastapauksissa?

5 AINEISTO JA MENETELMÄT

5.1 Tutkimuksen lähestymistapa

Tämä oli laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Laadullinen lähestymistapa soveltuu tutkimukseen, jonka tarkoituksena on tarkastella aineistosta nousevia ilmiöitä sisältäpäin. Tässä tutkimuksessa tutkittavana ilmiönä olivat hoitajien tekemät kirjaukset omahoidonohjaustilanteista.

Laadullista tutkimusta toteutettiin tässä tutkimuksessa eri menetelmin. Aineisto kerättiin potilasasiakirjoista retrospektiivisesti. Analyysimenetelmäksi valittiin sisällönanalyysi, koska se sopi laadulliseen tutkimukseen (Polit ym. 2008), tekstimuodossa olevan aineiston kuvaamiseen ja sen avulla voitiin muodostaa tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita (Kylmä ym. 2008).

Sisällönanalyysin avulla analysoitu aineisto järjesteltiin uudelleen tapaustutkimuksessa, tutkittaessa potilaiden omahoidon osaamisen kehittymisen kokonaiskuvaa ohjauksen aikana. Tapaustutkimuksella voidaan tarkastella tiettyä tapahtumaa tai toimintaa rajatussa ympäristössä (Laine 2008). Laineen ja kumppaneiden (2008) mukaan tapaustutkimus on ennen muuta prosessin dynamiikan tutkimista. Tässä tutkimuksessa tapaustutkimuksella pyrittiin tuomaan esille omahoidon osaamisen kehittymisestä, sillä omahoidon ohjauksen tavoitteena on oppia huolehtimaan oman sairauden hoidosta. Tutkimuksessa tapaustutkimus oli yhden potilaan hoitopolku. Hoitopolun pituus oli yksilöllinen, riippuen tyypin 2 diabetekseen sairastumisesta ja sairauden laadusta. Tapaustutkimuksen näkökulma oli tässä tutkimuksessa retrospektiivinen eli potilaan perusterveydenhuollossa muodostunut omahoidonohjauksen hoitopolku.

5.2 Tutkimusaineisto ja aineiston keruu

Tutkimusaineiston muodostivat perusterveydenhuollossa hoitajien toteuttamat tyypin 2 diabetespotilaiden (N=60) omahoidon ohjauksen kirjaukset. Potilaiden

sisäänottokriteerinä olivat sairastuminen tyypin 2 diabetekseen ennen vuotta 2013 ja vuosien 2005–tammikuu 2014 aikana muodostunut hoitopolku, joka sisällytti käynnin/käyntejä sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa.

Tutkija otti yhteyttä vuoden 2011 lopussa keskisuuren sairaanhoitopiirin tutkimuspäällikköön, johtaja ylilääkäriin ja sairaanhoitopiirin alueella toimivaan perusterveydenhuollon vastuualuejohtajaan tutkimuksen toteuttamiseksi. Eettisen toimikunnan puoltavan lausunnon (helmikuu 2012) ja tutkimuslupien hyväksymisen (huhtikuu 2012) jälkeen tutkija selvitti tutkimukseen osallistuneen sairaanhoitopiirin alueella tyypin 2 diabetespotilaanohjausta toteuttavat diabeteshoitajat. Tutkija otti yhteyttä kahdeksaan hoitajaan, joista neljä ilmoitti halukkuutensa tutkimukseen. Tutkija kävi toukokuun 2012 ja marraskuun 2012 välisenä aikana esittelemässä tutkimussuunnitelmaa ja antoi nähtäväksi tutkimuslupaa koskevat päätökset. Tapaamisaikaan vaikuttivat vuosilomat. Diabeteshoitajien kanssa sovittiin potilaiden suostumuslomakkeiden keräämisestä. Tavoitteeksi oli asetettu 100 potilaan suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Diabeteshoitajien toteuttama kirjallisten suostumuslomakkeiden kerääminen potilailta ajoittui tammikuun 2013 ja tammikuun 2014 välille. Keräämisajankohdan pituuteen vaikuttivat erilaiset vuosilomat ja muut poissaolot. Lisäksi osa potilaista kieltäytyi tutkimukseen osallistumisesta. Syytä kieltäytymiselle ei kysytty.

Tyypin 2 diabetespotilaat tulivat hoitajien vastaanotolle, joko vuositarkastukseen tai äkillisen voimissa tapahtuneen muutoksen vuoksi. Hoitajat kertoivat tutkimuksesta (liite 4) antoivat kirjallisen suostumuslomakkeen kaikille sisäänottokriteerit täyttävälle tyypin 2 diabetespotilaille. Potilaat allekirjoittivat suostumuslomakkeen suostuessaan tutkimukseen (liite 5) ja antoivat sen hoitajille. Hoitajat toimittivat allekirjoitetut suostumuslomakkeet sovittuun paikkaan, josta tutkija haki ne. Lomakkeet saatuaan tutkija poimi suostumuksen antaneiden potilaiden potilasasiakirjoista erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa kaikki omahoidonohjausta kuvaavat hoitajien (terveydenhoitaja, diabeteshoitaja, sairaanhoitaja, perushoitaja, lähihoitaja) ilmaukset eli lauseet ja muut sanayhdistelmät. Tutkija myös keräsi potilasasiakirjoista tietoa potilaan hoitojaksoissa olevien katkojen syistä. Tutkimusaineiston kerääminen ajoittui tammikuu – maaliskuu 2014 väliselle ajalle. Tutkimusaineiston keräämisen aikana kirjauksista ilmeni, että tyypin 2 diabetespotilaan omahoidonohjaus painottui perusterveydenhuoltoon. Erikoissairaanhoidossa potilailla oli käyntejä akuutin sairauden, operatiivisen toimenpiteen tai synnytyksen vuoksi. Tästä syystä tutkimusaineistoon otettiin mukaan vain hoitajien perusterveydenhuollon omahoidonohjauksen kirjaukset. Keräämisvuosien aikana kirjaamista ohjeisti pääasiassa Suomalainen hoidontarveluokitus (SHTaL) versiot 2.0.1 ja 3.0 ja hoitotyön toimintoluokitus (SHToL) versiot 2.0.1 ja 3.0.

Tutkija poimi aineiston tekstinkäsittelyohjelmalla ja tallensi sen ulkoiselle kovalevyllä ilman identifiointitietoja. Aukikirjoitettua perusterveydenhuollon tutkimusaineistoa kertyi 805 sivua (fontti 12, riviväli 1). Poimittu aineisto merkittiin yksilöittäin niin, että kirjaukset olivat yhdistettävissä potilaaseen. Tämän johdosta tutkija pystyi tarvittaessa palaamaan alkuperäiseen aineistoon tarkastusta varten (Polit ym. 2008).

Potilaiden taustatiedoista tiedettiin vain sukupuoli ja ikä. Tutkimusjoukosta naisia oli 33 ja miehiä 27. Osallistujien ikä vaihteli 22 vuodesta 77 vuoteen, ja keski-ikä oli 57 vuotta (σ 12,5). Omahoidonohjausta sisältäviä potilaan ja hoitajan tapaamisia oli perusterveydenhuollossa 451 (vaihteluväli 1-35 käyntiä, keskiarvo 7,5 käyntiä/potilas) ja erikoissairaanhoidossa 193 (vaihteluväli 1-17 käyntiä, keskiarvo 3,2 käyntiä/potilas). Potilaiden hoitoajat olivat yksilöllisiä riippuen sairastumisvuodesta (vaihteluväli yhdestä käynnistä yhdeksän vuoden aikana tapahtuneisiin käynteihin). Kuviossa 3 on havainnollistettu tutkimuksen eteneminen.



KUVIO 3 Tutkimuksen eteneminen

5.3 Aineiston analyysi

Aineisto analysointiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysiä voidaan käyttää induktiivisesti ja deduktiivisesti (ks. Silverman 2013, 259–261). Induktiivinen sisällönanalyysi on tapa, jolla tutkimusaineisto analysoidaan aineistolähtöisesti. Deduktiivisessa tutkimusaineistossa analyysiä ohjaa teoria. (Burns ym. 2005, Elo ym. 2008.) Tässä tutkimuksessa käytettiin sekä induktiivista että deduktiivista sisällönanalyysiä. Tällaisen analyysitavan on todettu olevan sopiva silloin, kun aineistoa halutaan tulkita yksityiskohtaisesti (ks. Elo ym. 2008, Burns ym. 2011, 94).

Ensimmäisen ja toisen tutkimuskysymyksen analyysissa käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä. Analyysin avulla haluttiin tuoda esille kirjattuja omahoidon ohjauksen sisältöjä ja potilaiden omahoidoin osaamisen kirjauksen sisältöjä. Toisessa tutkimuskysymyksessä käytettiin lisäksi deduktiivista sisällönanalyysiä. Tämän käyttöä puolsi se, että aiemmista tutkimuksista oli tullut esille osaamisen osa-tekijöitä.

Sisällönanalyysin onnistuminen edellyttää, että aineistosta kyetään pelkistämään ja muodostamaan käsitteet, jotka kuvaavat luotettavasti tutkittavaa ilmiötä (Elo ym. 2008). Sisällönanalyysi voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen, joihin kuuluu aineiston pelkistäminen eli redusointi, aineiston ryhmittely eli klusterointi ja teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi.

Potilasasiakirjoista auki kirjattua aineistoa luettiin aluksi useaan kertaan, aineistoon tutustumista varten. Analysoiminen aloitettiin induktiivisesti. Potilasasiakirjoista poimitut alkuperäiset omahoidonohjausta kuvaavat ilmaisut pelkistettiin niin, ettei niiden alkuperäinen tieto hävinnyt. Pelkistämistä ohjasi tutkimuskysymys. Tämän jälkeen aineistoa ryhmitellessä alkuperäiset ilmaukset käytiin huolella läpi, etsien samankaltaisuuksia ja/tai eroja kuvaavia käsitteitä. Pelkistetyt ja samankaltaiset ilmaisut värjättiin samanvärisiksi tekstinkäsittelyohjelmalla. Samanväriset ja samaa asiaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin alaluokiksi, jotka nimettiin luokkien sisältöä kuvaavilla käsitteillä. (ks. Elo ym. 2008, Kyngäs ym. 2011.) Ennen kuin samansisältöiset alaluokat yhdistettiin, tutkija tarkasti alkuperäisilmaisujen ja pelkistetyksen yhtäläisyyden. Tällä haluttiin varmistaa, ettei alkuperäisen ilmaisun sisältö muutu tai ettei mitään arvokasta tietoa jäisi hyödyntämättä. Taulukossa 4 on kuvattu esimerkin avulla analyysin vaiheet alkuperäisestä ilmaisusta alaluokan syntymiseen ja pääluokan muodostamiseen. Liitteessä 6 on kuvattu esimerkkejä siitä, miten tutkija tulkitsee ilmaisuja analyysissä.

Aineistolähtöisen analyysin edetessä alaluokat yhdistettiin pääluokiksi antamalla niille niiden sisältöä kuvaavat nimet (ks. Graneheim ym. 2004, Elo ym. 2008, Kyngäs ym. 2011). Pääluokkia muodostui 18 (terveellinen ravitseminen, itsekuri, muutos, suunnittelu, tuki, tieto liikkumisen tärkeydestä, liikunnallinen aktiivisuus, päihteidenkäyttö, tieto lääkehoidon vaikutuksista, taito toteuttaa lääkehoitoa, lääkehoidon noudattaminen, kiinnostus lääkehoitoon, tieto omamittauksista, omamittausten toteuttaminen, omamittauksiin sitoutuminen, jal-

kojen kunto, tieto mielialaan vaikuttavista tekijöistä ja kiinnostus jatkohoitoa kohtaan). Pääluokista yhdistettiin edelleen yhdistäviksi luokiksi ne, jotka kuvasivat omahoidon ohjauksen sisältöalueita. Näitä olivat ravitseminen, liikunta, painonhallinta, päihdekäyttäytyminen, lääkehoito, omamittaus, jalkahoito, mieliala ja jatkohoito.

Deduktiivisessa analysoinnissa ryhmittelyn apuna käytettiin teoreettista viitekehystä omahoidon osaamisen osatekijöistä. Analysoinnissa edettiin aluksi induktiivisen analysoinnin mukaisesti pelkistysvaiheeseen ja alaluokkien muodostamiseen. Sen jälkeen aineisto ryhmiteltiin tekstinkäsittelyohjelmalla värejä hyödyntäen osaamista kuvaavien osa-tekijöiden mukaisesti, joita olivat tieto, taito, asennoituminen ja sosiaalinen tuki. Tämän jälkeen kirjaukset yhdistettiin omahoidon ohjauksen sisältöalueisiin (ravitseminen, liikunta, painonhallinta, päihdekäyttäytyminen, lääkehoito, omamittaus, jalkahoito, mieliala ja jatkohoito), jotta nähtiin millaisina ne eri sisältöalueissa näyttäytyivät. Esimerkiksi millaisia taitoja potilaalla oli lääkehoidossa tai miten potilaan asennoituminen ilmeni ravitsemuksessa.

Tapaukset analysoitiin induktiivisesti pelkistysvaiheeseen ja alaluokkien muodostamiseen. Analyysia jatkettiin deduktiivisesti ryhmittelemällä osaamista kuvaavat osa-tekijät värejä hyödyntäen omiksi ryhmiksi. Tämän jälkeen väreillä erotellut osaamisen osa-tekijät yhdistettiin koodattuihin potilaisiin (potilas 1, potilas 2...). Jokaiselle potilaalle muodostettiin oma hoitopolku, joka eteni aikajärjestyksessä hoitajien kirjausten perusteella. Hoitopolkuja tarkasteltiin potilaskohtaisesti. Värien avulla pystyttiin tekemään huomioita esimerkiksi, missä vaiheessa oli kirjattu potilaan tietoa, millaista taitoa potilaalla oli, tai miten asennoituminen näyttäytyi ja missä hoitopolun vaiheessa. Värien avulla oli eroteltavissa missä hoitopolun vaiheessa potilas oli tai ei ollut tehnyt muutoksia omahoitoon ja missä hoitopolun vaiheessa ilmeni, että potilas oli repsahtanut.

TAULUKKO 4 Esimerkki sisällönanalyysin eri vaiheista esimerkkinä ravitsemus ja lääkehoito

Alkuperäinen ilmaisu	Alaluokka	Päälouokka
"Pullalle on perso"p53	hoitaja arvioi potilaan epäterveellisiä ruokailutottumuksia	Itsekuri
"Pikaruokia syö suhteellisen usein"p21		
"Totutut tavat on hankala muuttaa"p36	hoitaja arvioi potilaan kykyä ruokavaliomuutoksiin	
"Ruokavaliota ei ole muuttanut"p30		
"Ruokavaliio lipsunut herkuttelun suhteen"p40	hoitaja arvioi potilaan ruokavaliomuutoksen keskeytymistä	
"Ruvennut syömään herkkuja"p58		
"Kesällä grillikausi kuulemma sotkenut ruokavalintoja"p5	potilas ilmaisee epäterveellisiä ruokailutottumuksia	
"Kertoo syövänsä appelsiineja vaikka kilon kerralla, lisäksi syönyt lakritsaa johon himo tullut"p47		
"Makean naposteluun kertoo repsahaneensa"p40	potilas ilmaisee ruokavaliomuutoksen keskeytyneen	
"Kertoo dieetin lipsuneen"p58		
"Käydään läpi Levemir insuliinin käyttö"19	lääkehoidon läpikäyminen	Suunnittelu
"Käyty vielä lävitse lääkkeenotto"p40		
"Keskusteltu insuliinin pistämisestä"p29	lääkehoidosta keskusteleminen	
"Pistospaikkojen kierrätyksestä puhuttu"p26		
"Iltainsuliinista sovitaan, että pyrkii nyt pistämään säännöllisesti 38 yks"p47	lääkehoidosta sopiminen	
"Sovittiin, että aloittaa 1. piikin ennen aamupalaa ja 2. piikki ennen päivällistä"p19		
"Kolesterolit kohdalleen opasta kerrattu"p46	lääkehoidon kertaaminen	
"Kerrattu iltainsuliinin säätö ja perusteet"p47		
"Harjoituskynällä pistää tyynyyn"p35	lääkehoidon harjoittelu	
"Harjoiteltu pistosta paikan päällä"p24		

Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden omahoidonohjauksen kirjauksista muodostettiin jokaisen potilaan osalta oma ajallisesti etenevä ohjauspolku (N=60), jotta ohjauksesta kirjattua omahoidon kehittymistä oli mahdollista tutkia. Toisin sanoen aineisto jäseneltiin uudelleen aivan kuin Baxter ja kumppanit (2008) suosittelivat ottamaan huomioon tapaustutkimusta tehdessä.

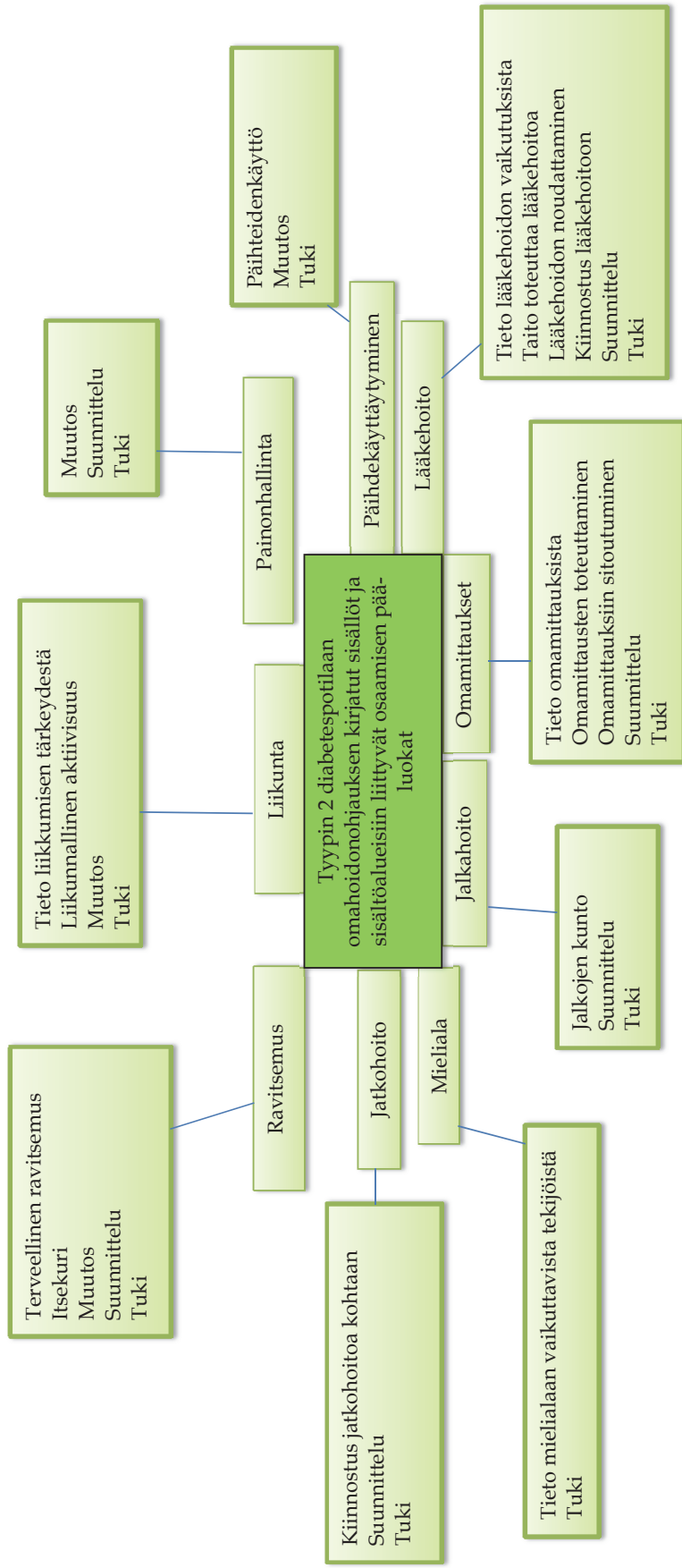
Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden ohjauspoluista tarkastelun kohteiksi valittiin mahdollisimman erilaisia ohjauspolkuja (n = 4). Tarkastelussa olevat potilaat olivat eri elämäntilanteessa olevia eri-ikäisiä miehiä ja naisia. He olivat sairastuneet tyypin 2 diabetekseen eri aikoina ja heidän sairautensa eteneminen oli erilaista. Ohjauspolut erosivat ohjauksen sisällön näkökulmasta. Kirjauksissa joko näkyi tai ei näkynyt potilaan ääni. Ohjauspolut olivat myös sisällöltään joko hyvin monipuolisesti tai niukemmin kuvattuja omahoidonohjaustilanteita. Näitten tapausten avulla pyrittiin kuvaamaan omahoidon osaamisen kehittymistä. Tapauksille annettiin mahdollisimman kuvaava nimi.

6 TULOKSET

6.1 Tyypin 2 diabetespotilaan omahoidonohjauksen kirjatut sisällöt ja omahoitoon ohjaus

Tyypin 2 diabetespotilaan omahoidonohjaus sisälsi kirjauksia ravitsemuksen, liikunnan, painonhallinnan, päihdekäyttäytymisen, lääkehoidon, omamittausten, jalkahoidon, mielialan ja jatkohoidon sisältöalueilta (kuvio 4). Omahoidon kirjaamisen pääpaino oli ravitsemuksessa ja lääkehoidossa. Niukimmin kirjattiin päihdekäyttäytymistä, jalkahoidonohjausta ja mielialaan liittyviä asioita.

Kirjauksissa oli nähtävissä myös eri sisältöalueisiin liittyvät osaamisen osa-alueet, tieto, taito, asennoituminen ja potilaan saama tuki (kuvio 4). Kirjausten pääpaino oli asennoitumisessa, jota kuvasivat ravitsemukseen liittyvä itsekuri, liikunnallinen aktiivisuus, päihteidenkäyttö sekä ravitsemukseen, liikuntaan, painonhallintaan ja päihdekäyttäytymiseen liittyvä muutos, lääkehoidon noudattaminen, kiinnostus lääkehoitoa kohtaan, omamittausten toteuttaminen ja niihin sitoutuminen, jalkojen kunto sekä kiinnostus jatkohoitoa kohtaan. Niukemmin kirjattiin potilaalla olevia tietoja ja taitoja. Tieto liittyi terveelliseen ravitsemukseen, liikkumisen tärkeyteen, lääkehoidon vaikutuksiin, omamittauksiin ja mielialaan vaikuttaviin tekijöihin. Taitoa kuvattiin terveellisenä ravitsemuksena, lääkehoidon toteuttamisena ja omamittausten onnistuneena toteuttamisena. Potilaiden saamasta tuesta oli kirjauksia kaikissa sisältöalueissa. Omahoidon suunnittelusta oli kirjauksia kaikissa muissa sisältöalueissa paitsi liikunnassa, päihteidenkäyttämisessä ja mielialaan liittyvissä asioissa.



KUVIO 4 Tyypin 2 diabetespotilaan omahoidonohjauksen kirjatut sisällöt ja sisältöalueisiin liittyvät osaamisen pääluokat

6.1.1 Ravitsemusohjauksen kirjaaminen

Ravitsemusohjauksen kirjaaminen muodostui hoitajien tekemistä arvioista ja potilaiden ilmaisuja terveellisestä ravitsemuksesta, itsekurista sekä muutoksesta ja ravitsemukseen liittyvästä suunnittelusta ja tuesta. Hoitajat kirjasivat arviointeja potilaiden terveellistä ravitsemusta koskevista tiedoista. Taitoa kuvattiin terveellisinä ruokavalintoina ja ruokarytmin noudattamisena. Kirjaukset painottuivat kuitenkin arviointeihin potilaiden itsekurista, joka liittyi arjessa tapahtuvaan epäterveelliseen ravitsemuskäyttäytymiseen. Muutosta kuvattiin monimuotoisesti, ja muutos painottui muutoshalukkuuteen. Paitsi että oli kirjattu potilaiden ilmaisuja ravitsemuksen muutoshalukkuudesta, oli myös ilmaisuja muutosten keskeytyemisestä. Ravitsemuksen suunnittelua kuvattiin ravitsemuksen läpikäymisenä ja siitä keskusteluna mutta myös ravitsemuksen laatuun ja määrään liittyvinä sopimuksina ja ravitsemukseen liittyvien asioiden kertaamisena. Hoitajat tarjosivat tukea kannustaen potilaita terveellisen ravitsemuksen toteuttamiseen neuvomalla, antamalla kirjallisia ohjeita sekä asettamalla myös muutostavoitteita potilaan puolesta. (Taulukko 5)

TAULUKKO 5 Hoitajien kirjaama ravitsemusohjaus

Alaluokka	Päälouokka
Hoitaja arvioi potilaan tietävän terveellisestä ravitsemuksesta Hoitaja arvioi potilaan taitoa toteuttaa terveellistä ravitsemusta Potilas ilmaisee tietävänsä terveellisestä ravitsemuksesta Potilas ilmaisee osaavansa toteuttaa terveellistä ravitsemusta	Terveellinen ravitsemus
Hoitaja arvioi potilaan epäterveellisiä ruokailutottumuksia Hoitaja arvioi potilaan kykyä ruokavaliomuutoksiin Hoitaja arvioi potilaan ruokavaliomuutoksen keskeytymistä Potilas ilmaisee epäterveellisiä ruokailutottumuksia Potilas ilmaisee ruokavaliomuutoksen keskeytyneen	Itsekuri
Hoitaja arvioi potilaan tekemiä ravitsemusmuutoksia Hoitaja arvioi potilaan ravitsemuksen muutostojeinoja Potilas ilmaisee ravitsemuksen muutoshalua Potilas tekee kysymyksiä ravitsemuksesta Potilas ilmaisee tehtyjä ruokavaliomuutoksia Potilas ilmaisee ravitsemusmuutoksella olleen vaikutusta	Muutos
Ravitsemuksen läpikäyminen Ravitsemuksesta keskusteleminen Ravitsemuksesta sopiminen Ravitsemuksen kertaaminen	Suunnittelu
Hoitaja kannustaa terveelliseen ruokailuun Hoitaja neuvoo terveellisiä ruokavaihtoehtoja Hoitaja tarjoaa kirjallisia ohjeita ravitsemuksesta Hoitaja asettaa potilaalle muutostavoitteen	Tuki

Hoitajat olivat kirjanneet arviointejaan potilailla olleista tiedoista, jotka koskivat terveellistä ravitsemusta ja sen merkitystä verensokeriinhin sekä taitoa tehdä terveellisiä ruokavalintoja ja noudattaa terveellistä ruokarytmiä. Paitsi että kir-

jauksia oli siitä, mitä potilaat tiesivät, hoitajat myös arvioivat potilaiden tietoja ja potilaiden kyvykkyyttä käyttää tietojaan hyväksi. Ravitsemuksesta oli kirjattu kasvien ja vihannesten tärkeyteen sekä syömisen laatuun liittyviä tietoja. Tiedon sovellettavuutta arvioitiin esimerkiksi tiedostamisen, arjessa toteuttamisen tai ammatin näkökulmasta. Paitsi että kirjattiin potilaiden ilmaisuja terveellistä ravitsemusta koskevasta tiedosta, taito myös ilmeni terveellisinä arjen ruokavalintoina. Hoitajat arvioivat potilaiden ravinnon riittävää kuitupitoisuutta ja ravinnon koostumusta sekä määrää. Hoitajat olivat lisäksi kirjanneet potilaiden ilmaisemia ruokavalintoja, kuten kasvien, marjojen, kevytrasvaisten raaka-aineiden ja niukan sokerin käyttöä sekä veden juomista janojuomana. Potilaiden taito näkyi myös säännöllisen ruokarytmin noudattamisena. Säännöllisyyttä kuvasivat hoitajien kirjaamat arviot terveellisestä ateriarytmistä. Lisäksi oli kirjattu potilaiden ilmaisemia päivittäisten aterioiden määriä ja välipaloja.

"Itsekin tiedostaa ruokarytmin ja kasvien tärkeyden...kertoo" p36

"Potilaalla on tietoa siitä terveellisestä ja monipuolisesta ruokavaliosta, kunhan vain toteuttaisi terveellistä ja monipuolista ruokavaliota" p34

"Kuituja tulee riittävästi" p30

"Syö säännöllisin väliajoin päivittäin, kaksi lämmintä ateriaa päivässä" p14

Useimmiten kirjaukset kuvasivat itsekuriin liittyviä ongelmia. Hoitajat kirjasiivat arvioita siitä, etteivät potilaat tarkistaneet ruuan kulutusta suhteessa ruuan määrään tai että potilaat kokivat mieltymystä leipään, iltanaposteluun ja puolison voilla leipomaan makeaan. Lisäksi hoitajat arvioivat potilaiden ateriarytmin epäsäännöllisyyttä, jolla epäiltiin olleen vaikutusta iltaruuan paljoon määrään ja verensokeriarvojen huononemiseen. Kirjauksia oli myös potilaiden kyvyttömyydestä muutoksiin, tapojen muutoksen vaikeudesta ja kyllästymisestä ruokavalion vahtimiseen. Arviointien lisäksi hoitajat kirjasiivat potilaiden ilmaisuja taipumuksesta syödä liian suuria annoksia tai määriä, tiettyjen vuodenaikojen vaikutuksesta ruokailutottumuksiin sekä ruokailun korvaamisesta kahvilla ja leivällä tai välipalojen puutteesta. Myös potilaiden ilmaisemia dieettien repsahattamisia kirjattiin.

"Välipaloja niukalti" p23

"Totutut tavat on hankala muuttaa...imelää" p26

"Kyllästynyt vahtimaan ruokavaliotaan" p39

"Kertoo syövänsä appelsiineja vaikka kilon kerralla, lisäksi syönyt lakritsaa johon himo tullut" p47

"Kertoo repsahattaneensa pahasti dieetin noudattamisessa" p40

Asennoitumista kuvasi myös potilaiden muutos, jota kuvattiin positiivisessa sävyssä. Hoitajat kirjasivat arviointeja potilaiden tekemistä muutoksista ravitsemuksen sisältöön ja ruokarytmiin sekä potilaiden käyttämistä muutoskeinoista ja muutokseen johtaneista syistä. Arvioiden lisäksi hoitajat kirjasivat potilaiden ilmaisuja muutoshaluista, jotka koskivat hiilihydraattimäärien sekä soke-rinkäytön vähentämistä, rasvanlaadun keventämistä, iltasyömisestä hallintaan panostamista ja pullan syönnin jättämistä. Potilaiden ilmaisemat muutokset näkyivät onnistumisina, kuten ruokarytmin säännöllistymisenä, aamupalan syömisestä aloittamisena, päivän aterioiden tasaisemmin jakamisena ja annosko-kojen kurissa pitämisenä. Kirjausten perusteella potilaat olivat ilmaisseet ruokavaliomuutoksilla olleen vaikutusta verensokeriarvojen parantumiseen ja insuliinilääkityksen lopettamiseen.

"Ottanut itseään nyt niskasta kiinni ja liiallisen herkkujen syönnin lopettanut" p40

"Pystyy ahkerasti mittaamalla kontrolloimaan paremmin syömisensä" p38

"Ruokavaliossa kokee olevan vielä petraamista" p4

"Itse kokee ongelmakseen sen, ettei halua laittaa ruokaa ja syö paljon valmisruokia" p44

"Ruoka-annoksia kertomansa mukaan pienentänyt" p15

Hoitajat olivat kirjanneet läpikäyneensä potilaiden kanssa lautasmallia, terveellistä ravitsemusta ja hiilihydraattilaskentaa. Apuna käytettiin kirjallisia ohjeita ja kuvia. Keskusteluiden sisältöä kirjattiin mainitsemalla niitä asioita, joista hoitajat keskustelivat potilaiden kanssa, kuten ruokavalion noudattamisen motivaatiosta, ravinnon vähentämisestä painonnousun vuoksi, rasvan merkityksestä painonlaskuun, hiilihydraattien osuudesta ruokavaliossa ja säännöllisen ruokarytmin merkityksestä. Hoitajat kirjasivat keskustelleensa potilaiden kanssa vakavasti ravitsemuksen ja terveyden kannalta parhaimmasta ratkaisusta, keranneensa ravitsemuksesta ruuan määrää, laatua, lautasmallin sisältöä ja veden juomisen merkitystä. Sopimuksia kirjattiin annoskokojen pienentämisestä, ruuan paistamisesta luopumisesta ja ravitsemussuunnittelijan konsultoimisesta.

"Ruokavaliotasioita käyty läpi lautasmallisuositusten mukaisesti painonhallinta huomioiden" p1

"Keskustellaan nyt vakavasti potilaan motivaatiosta sen suhteen, että ensisijaista voisi olla se, mikä terveyden kannalta olisi tärkeää, myös ravitsemuksessa" p40

"Kerrataan terveellinen ruokavalio" p19

"Suunniteltiin että pienentää annoskokoja tai ainakin jättää saansaamatta ruokaa" p14

Hoitajat tukivat potilaita terveellisen ravitsemuksen toteuttamiseen sekä kannustaen että antaen neuvoja ja kirjallisia ohjeita. Hoitajat kirjasivat kannusta-

neensa potilaita syömään vähemmän imelää, juomaan runsaasti nesteitä, säännöllistämään ateriarytmiä, nauttimaan välipaloina marjoina tai kasviksina sekä keventämään iltapalaa ja kehottaneensa pitämään karkkipäiviä. Mainintoja oli neuvoista kevyempien rasvojen käyttämiseen, hiilihydraattien tunnistamiseen ja proteiinia sisältävien tuotteiden lisäämiseen ruokavalioon. Myös omaisille annettiin neuvoja kevyempien rasvojen käyttöön. Potilaille tarjottiin kirjallisia ohjeita ruokavaliosta ja nettiosoitteita omaehtoiseen tiedonhankintaan. Oli myös mainintoja, joissa hoitajat asettivat potilaille ravitsemussuosituksiin perustuvia muutostavoitteita.

"Kannustettu syömään iltapäivällä välipala (kasviksia, marjoja, vihanneksia suosimalla) tai päivällinen (keitto/salaattiateria)" p15

"Ehdotan vehnäleivän vaihtamista täysjyväleipiin, makkaran tilalle kinkun, Oivariinin voisi vaihtaa esim. Keiju tai Becel 60 %, rasvattomia vaihtoehtoja vielä tarkemmin suosittava" p5

"Annettu esite diabetes ravitsemuksesta mukaan" p28

"Ensimmäisenä tavoitteena on ruokarytmin korjaaminen" p15

Kokoavasti voi todeta, että osaamisen näkökulmasta ravitsemusohjauksesta kirjattiin niukasti potilaiden terveelliseen ravitsemukseen liittyvää tietoa, taitoa, asennoitumista ja potilaalle tarjottua tukea. Taitoa kuvaavat kirjaukset olivat epäsuoria mainintoja potilaiden ruokavaliota ja ruokarytmiä koskevista terveellisistä valinnoista. Pääsisältönä potilasasiakirjoissa näkyi potilaiden asennoituminen ravitsemusta kohtaan. Vaikka hoitajat olivat kirjanneet pääasiassa epäterveellistä käyttäytymistä ja ravitsemukseen liittyvää itsekurin puutetta, kirjauksia oli myös ravitsemukseen liittyvästä muutoshalukkuudesta. Hoitajat olivat kuvanneet monipuolisesti niin ravitsemuksen suunnittelua kuin myös niitä keinoja, joilla hoitajat tukivat potilaita terveelliseen ravitsemukseen. Vaikka hoitajat olivat kirjanneet potilaiden esille nostamia tietoja, taitoja ja asenteita ruokavalion laatuun, määrään ja rytmiin liittyvistä muutostarpeista, silti kirjausten muutostavoitteet ilmenivät hoitajien asettamina.

6.1.2 Liikuntaohjauksen kirjaaminen

Liikuntaohjauksen kirjaamista koskeva kokonaisuus muodostui liikuntaan liittyvästä tiedosta, liikunnallisesta aktiivisuudesta, muutoksesta sekä tuesta. Hoitajat olivat kirjanneet arviointejaan potilaiden liikkumisen tärkeydestä. Kirjauksissa painottui liikunnallinen aktiivisuus, joko vähäisenä tai monipuolisena liikunnan harrastamisena. Muutos näkyi haluna lisätä liikkumista ja liikkumisen lisääntymisenä. Hoitajien antaman tuen kuvattiin kirjauksissa olevan kannustamista, kirjallisten ohjeiden tarjoamista ja keskusteluja. (Taulukko 6)

TAULUKKO 6 Hoitajien kirjaama liikuntaohjaus

Alaluokka	Pääluokka
Hoitaja arvioi potilaan tietoa liikkumisen tärkeydestä Potilas ilmaisee tietävänsä liikkumisen tärkeyden	Tieto liikunnan tärkeydestä
Hoitaja arvioi potilaan liikkumisen olevan niukkaa Hoitaja arvioi potilaan liikkumista estäviä tekijöitä Potilas ilmaisee liikuntaharrastuksiaan Potilas ilmaisee liikkumisen vähäisyyttä Potilas ilmaisee liikkumista estäviä tekijöitä	Liikunnallinen aktiivisuus
Hoitaja arvioi potilaan liikkumisen lisäämisaikeita Hoitaja arvioi potilaan liikkumisen lisääntymistä Potilas ilmaisee aikeita liikunnan lisäämiseksi Potilas ilmaisee liikkumisen lisääntyneen	Muutos
Hoitaja tarjoaa kirjallisia ohjeita liikunnasta Hoitaja kehottaa liikkumaan Liikkumisesta keskusteleminen	Tuki

Potilailla olevan tiedon kirjaaminen oli niukkaa. Hoitajat kirjasivat arviointeja potilaiden liikuntaan liittyvistä tiedoista yleisluontoisesti. Lisäksi oli kirjattu joitakin yksittäisiä potilaiden ilmaisuja tiedon soveltamisesta käytäntöön.

"Tietää liikkumisen tärkeyden" p47

"Kertoo...lenkkeilyt lyhyitä matkoja selän (ristiselkään lautamaista tunnetta) vuoksi eikä päivittäin, tietää liikkumisen tärkeyden" p47

Liikkumiseen asennoituminen näkyi liikunnallisena aktiivisuutena, josta kirjattiin sekä aktiivista että passiivista liikunnan harrastamista. Useimmiten kirjattiin arvioita liikkumisen niukkuudesta, mainitsemalla syyksi hankala vuodenaika, sairastelu tai tietynlainen lajivalinta, joka ei potilaalle sopinut. Lisäksi kirjauksia oli potilaiden ilmaisemista esteistä, joiksi mainittiin nivelvaivat, vuodenaajoista syksy ja talvi sekä koiran tai lenkkikaverin puute. Mutta oli myös kirjauksia potilaiden säännöllisestä liikunnan harrastamisesta, kuten lenkkeilystä, kuntosalilla käymisestä, kävelystä, pyöräilystä, hiihtämisestä, soutamisesta tai uimisesta.

"Liikuntaa niukalti" p23

"Liikunta kävelyn muodossa ei sovi" p44

"Liikkuminen ollut selkeästi vähäisempää syksyllä ja talvella...sanoo" p23

"Vastaanotolla...sanoo liikkuvansa säännöllisesti" p29

Asennoitumista kuvasi myös liikkumiseen liittyvä muutoshalu, joka ilmeni positiivisena. Kirjauksia oli sekä hoitajien arvioista, että potilaiden ilmaisemista aikeista lisätä liikkumista. Aikeita kuvattiin myös kirjaamalla potilaiden mielteitä ja ajatuksia liikunnan lisäämisestä tai jonkin harrastuksen aloittamisesta.

Arviointien lisäksi kirjattiin potilaiden ilmaisia liikkumisen lisääntymisestä pihatöiden parissa tai kuntosalilla käymisenä.

"Lumien sulettua tarkoitus metsän raivaustöihin alkaa" p5

"Itse ajatellut että liikuntaa voisi lisätä" p21

"Liikuntaa lisännyt" p43

"Kertoo että pihatöitä tehnyt nyt enemmän ja kävelylenkkejä tekee ajoittain" p29

Hoitajat kirjasivat tukeneensa potilaita kannustamalla liikkumaan päivittäin ja tarjoamalla kirjallisia ohjeita liikunnan lisäämisestä asteittain. Tämän lisäksi hoitajat kirjasivat tarjonneensa potilaille nettiosoitteita liikuntaan liittyvän tiedon omaehtoiseen hakemiseen ja neuvoja aloittelevan liikkujan liikkumismahdollisuuksiin. Keskustelujen kirjaaminen oli niukkaa, ja niistä ilmeni vain pinta-puolinen liikunnasta keskustelu.

"Saa liikunta -ohjeet kirjallisena jossa määrää lisätään asteittain" p47

"Fysiokimppa - ryhmään houkuttelin mukaan, suunniteltu aloittaville liikkujille" p3

"Lyhyesti keskustellaan liikunnasta" p36

Kokoavasti voi todeta, että osaamisen näkökulmasta potilasasiakirjoihin oli kirjattu niukasti potilaiden tietoa liikkumisen merkityksestä. Pääpaino oli asernoitumista kuvaavissa kirjauksissa. Hoitajat kirjasivat pääasiassa potilaiden liikunnallista passiivisuutta, mutta toisaalta niukkasanaisesti myös positiivista muutoshalua liikkumisen lisäämiseksi. Liikunnallisesti passiivisten potilaiden potilasasiakirjoihin oli kirjattu samalla myös monet liikkumisen esteet. Yhtäläillä niukkaa oli liikuntaohjauksen suunnittelun ja hoitajien liikuntaan tarjoaman tuen kirjaaminen.

6.1.3 Painonhallinnanohjauksen kirjaaminen

Painonhallinnanohjaus muodostui muutokseen, suunnitteluun ja tukeen liittyvistä kirjauksista. Kirjauksissa painottui halu muutokseen. Lisäksi oli mainittu toisaalta potilaan häpeäntunnetta ylipainon vuoksi mutta toisaalta oli mainintoja myös onnistumisista painon pudottamisessa. Painonhallinnan suunnittelu oli vähäistä, sillä hoitajat kirjasivat niukasti keskusteluja painonhallintaan liittyvistä asioista tai niiden läpikäymisestä. Potilaille tarjottu tuki näkyi painonpudotamiseen kannustamisena ja myönteisenä palautteena painonpudotuksen onnistumisessa. (Taulukko 7)

TAULUKKO 7 Hoitajien kirjaama painonhallinnanohjaus

Alaluokka	Pääluokka
Hoitaja arvioi potilaan painonpudotusaikeita Hoitaja tekee huomion potilaan painonpudotuksesta Potilas ilmaisee häpeäntunnetta ylipainosta Potilas ilmaisee halua painonpudotukseen Potilas ilmaisee painon pudonneen	Muutos
Painonhallintaan liittyvien asioiden läpikäyminen Painonhallinnasta keskusteleminen	Suunnittelu
Hoitaja kannustaa painonpudotukseen Hoitaja antaa myönteistä palautetta painonpudotuksesta	Tuki

Potilaiden asennoituminen näkyi muutoksena. Asennoitumista painonhallintaan kuvattiin positiivisessa sävyssä, vaikka joitakin kirjauksia oli myös ylipainon aiheuttamista häpeän tunteista tai syyllisyyden peloista. Hoitajat kirjasivat arviointeja sekä potilaiden ilmaisuja muutoshalusta painonpudotusta kohtaan. Muutoshalu näkyi haluna ja vakaana aikomuksena pudottaa painoa tai pyrkiä myksenä siihen, ettei paino enää nousisi. Painonpudotusta kirjattiin kuvaamalla painonpudotustahtia, kuten ”pikkuhiljaa pudonnut”, ”hyvällä vauhdilla etenevä”, ”jonkin verran tippunut”, ”kilomäärinä tai vertaamalla painoa edelliseen tapaamiskertaan. Painonpudotuksella kirjattiin olleen vaikutusta insuliiniresistenssin vähentymiseen, kolesteroliarvojen parantumiseen tai turvotusten poistumiseen. Joissakin kirjauksissa mainittiin kotivaa’an tai pisteohjelman olleen apuna painonpudottamisessa.

"Kokee asian (painon) hävettävänä" p15

"BMI on vielä 32, omana tavoitteena on saada pois yhteensä 15 kiloa" p38

"Laihtunut puolessa vuodessa 20kg" p30

Hoitajien tarjoama tuki näyttäytyi painonhallinnanohjauksen suunnitteluna, jota kirjattiin niukasti. Useimmiten suunnittelu oli yleisluontoista keskustelua painoon liittyvistä asioista. Myös painonhallintaan vaikuttavien asioiden läpikäymistä kirjattiin.

"Painonhallinnasta ja painonpudotuksesta keskusteltu" p23

"Painonhallinta-asioita käyty läpi ruokavalion suhteen" p26

Hoitajien tuki näkyi myös painonhallintaan kannustamisena. Kannustamisen lisäksi hoitajat olivat kirjanneet perustelleensa painonpudottamista sen vaikutuksella sokeriarvojen laskemiseen ja lääkityksen välttämiseen. Potilaiden onnistuneesta painonpudotuksesta hoitajat kirjasivat antaneensa myönteistä palautetta.

"Kannustin pudottamaan painoa, painoa pudottamalla saisi korkeat aamusokerit korjaantumaan, eikä insuliinia tarvitsisi aloittaa" p40

"Painonpudotukseen nyt aktiivisesti kehoitettu jo sokerirasituskokeen tuloksenkin pohjalta" p23

"Paino tippunut...hienoa" p15

Kokoavasti voi todeta, että osaamisen näkökulmasta tietoa ja taitoja ei kirjattu, sen sijaan kirjaamisesta välittyi myönteinen asennoitumisen kuten potilaiden halu painonpudottamiseen ja siinä onnistuminen. Potilaiden tukeminen näkyi painonhallintaan kannustamisena ja myönteisenä palautteena painonhallinnan onnistumisessa. Vaikka kirjauksissa oli ilmaistu painon aiheuttaneen häpeäntunteita, tunteista keskustelua kirjattiin niukasti.

6.1.4 Päihdekäyttäytymisenohjauksen kirjaaminen

Päihdekäyttäytymisenohjaus muodostui päihteidenkäytöstä, muutoksesta ja tuesta. Päihdekäyttäytymiseen liittyvän ohjauksen kirjaaminen oli niukkaa, mutta päihteisiin liittyvät asiat kirjattiin potilaan sanoin. Kirjaukset koskivat alkoholin käytön lisääntymistä ja alkoholikäyttäytymisen muutoksia sekä alkoholimääriä. Potilaiden halu käyttäytymisen muutokseen kohdistui sen sijaan tupakoinnin lopettamiseen. Hoitajien tuki oli luonteeltaan päihdekäyttäytymisen muutokseen kannustamista ja tupakoinnin lopettamisen hyvistä puolista keskustelua. (Taulukko 8)

TAULUKKO 8 Hoitajien kirjaama päihdekäyttäytymisenohjaus

Alaluokka	Pääloukka
Potilas ilmaisee tupakointikäyttäytymistään Potilas ilmaisee alkoholikäyttäytymistään	Päihteidenkäyttö
Potilas ilmaisee muutoshalua tupakointikäyttäytymiseen Potilas ilmaisee muuttaneensa tupakointikäyttäytymistä Potilas ilmaisee muuttaneensa alkoholinkäyttäytymistä Potilas ilmaisee käyttämiään muutoskeinoja	Muutos
Hoitaja kannustaa tupakoimattomuuteen Hoitaja kannustaa alkoholinkäytön vähentämiseen Keskustelu tupakoinnin lopettamisen hyvistä puolista	Tuki

Asennoituminen näyttäytyi päihteidenkäyttönä. Kirjauksissa kuvattiin sekä alkoholinkäyttöä että tupakointia ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Joissakin kirjauksissa kuvattiin alkoholinkäytön olevan päivittäistä tai jopa lisääntyneen. Tupakoinnin kirjattiin olleen yhteydessä kahvin juontiin, alkoholinkäyttöön tai pitkästyminen, jolloin tupakointia pidettiin tekemisen korvikkeena tai nautintona, jonka aikana oli mahdollisuus katsella ympäröivää luontoa.

"Sanoo...joka viikonloppu käyttää alkoholia, olutta tai kirkasta viinaa. Kotona ollessa juo viikonloppuna n. 4 pulloa olutta ja muutaman drinkin kirkasta, kavereiden kanssa n. kerran kuussa tulee otettua vielä reilummin" p21

"Alkoholin juonti lisääntynyt...sanoo" p44

"Sanoo jonkinlaista pitkästyminen olevan - tekemisen puutetta ja siksi tupakoi" p5

"Kertoo...tupakointi on potilaalle nautinto esim. katsella luontoa parvekkeelta ja polttaa, samalla tupakointi liittyy tilanteisiin ja tapoihin esim. kahvin juontiin" p44

Asennoitumista kuvasi myös muutos. Useimmiten kirjattiin potilaiden halukkuutta tupakoinnin lopettamiseen, mutta toisaalta myös kyvyttömyyttä ja haluttomuutta muutoksiin. Muutoshalujen lisäksi kirjattiin tupakoinnin vähentämistä tai alkoholinkäytön lopettamista. Joitakin kirjauksia oli myös muutoskeinoista, kuten nikotiinilaastarista tai -purukumista, joiden arveltiin olevan hyväksi tueksi myös tulevaisuudessa.

"Miettinyt nyt paljon tupakoinnin lopettamista, vielä ei ole pystynyt tupakointia lopettamaan" p40

"Pystynyt pikkuhiljaa vähentämään tupakointia (7savuketta/pvä)" p15

"Kokee, että omalle kohdalle nikotiinipurukumi olisi paras tapa lopettaa tupakointi" p44

Hoitajien tarjoama tuki näkyi alkoholinkäytön vähentämiseen tai tupakoinnin lopettamiseen kannustamisena. Sen sijaan kirjatut keskustelut koskivat tupakoinnin lopettamisen hyviä puolia. Tupakoinnin vähentämisestä potilaille annettiin suullisesti myönteistä palautetta. Tupakoinnin nikotiiniriippuvuuden ja alkoholinkäytön riskien selvittämiseen käytettiin AUDIT-testiä ja Fagerströmin testiä, joista kirjattiin potilaspapereihin potilaiden saama pistemäärä.

"Keskusteltu tupakoinnin lopettamisesta ja tupakoinnin lopettamisen hyöistä puolista" p45

"Alkoholin käyttöä vähentänyt ja nyt Audit-testissä sai 5 pistettä, kannustettu alkoholin käytön vähentämiseen" p34

"Tehty mini Fagerströmin testi, josta sai 0 pistettä" p23

Kokoavasti voi todeta, että osaamisen näkökulmasta päihdekäyttäytymiseen liittyvää tietoa tai taitoja ei kirjattu, sen sijaan kirjauksia oli päihteisiin asennoitumisesta ja hoitajien tarjoamasta tuesta. Päihteidenkäyttöä kuvattiin potilaan sanoin, ja kuvauksissa oli mainittu melko suuriakin alkoholiannoksia. Vaikka muutoshalukkuus näytti kirjauksissa kohdistuvan tupakointikäyttäytymiseen, potilaiden kirjattiin tehneen muutoksia tupakoinnin lisäksi myös alkoholikäyttäytymiseen. Useimmiten keskustelut koskivat tupakanpolton lopettamisen hyviä puolia, vaikka potilaita oli kannustettu tupakoimattomuuden lisäksi myös alkoholinkäytön vähentämiseen.

6.1.5 Lääkehoidonohjauksen kirjaaminen

Lääkehoidonohjaus sisälsi tietoa lääkehoidon vaikutuksista, taitoa toteuttaa lääkehoitoa, lääkehoidon noudattamista, kiinnostusta lääkehoitoon, suunnittelua ja tukea. Kirjaamista koskeva kokonaisuus muodostui hoitajien arvioista, potilaiden ilmaisuista ja epäilyistä. Potilailla olevia tietoja kuvattiin hoitajien arvioimana ja potilaiden lääkehoidon vaikutuksiin liittyvien kokemusten näkökulmasta. Lääkehoidon taito näkyi pistoshoidon ja lääkkeiden säännöstelyn osaamisena. Pääpaino kirjauksissa oli lääkehoidon noudattamisessa, joka näkyi olevan sekä säännöllistä että ennen kaikkea epäsäännöllistä. Paitsi että hoitajat olivat kirjanneet potilaiden kiinnostusta lääkehoitoon kysymyksinä ja toiveina, he olivat kirjanneet myös arviointeja potilaiden haluttomuudesta lääkehoitoon. Lääkehoidon suunnittelua kuvattiin lääkehoidon läpikäymisenä, siitä keskustelemisena ja siitä sopimisena. Suunnittelu sisälsi myös kirjauksia kertaamisesta ja harjoittelemisesta. Hoitajat tarjosivat tukea kannustamalla lääkemuutoksiin sekä tarjoamalla neuvoja ja kirjallisia ohjeita lääkehoidon toteuttamiseen. (Taulukko 9)

TAULUKKO 9 Hoitajien kirjaama lääkehoidonohjaus

Alaluokka	Päälouokka
Hoitaja arvioi potilaan lääkehoidon kokemuksista Potilas ilmaisee kokemuksista lääkehoidosta Potilas epäilee lääkkeiden vaikutusta	Tieto lääkehoidon vaikutuksista
Hoitaja arvioi potilaan osaavan pistää Potilas ilmaisee osaavansa säännöstellä lääkitystä Potilas ilmaisee osaavansa pistää	Taito toteuttaa lääkehoitoa
Hoitaja arvioi potilaan unohtavan ottaa lääkkeitä Hoitaja arvioi potilaan käyttävän säännöllisesti lääkkeitä Potilas ilmaisee unohtavansa ottaa lääkkeitä Potilas ilmaisee käyttävänsä säännöllisesti lääkkeitä	Lääkehoidon noudattaminen
Hoitaja arvioi potilaan haluttomuutta lääkehoitoon Potilas ilmaisee toiveita lääkehoitoon Potilas tekee kysymyksiä lääkehoidosta	Kiinnostus lääkehoitoon
Lääkehoidon läpikäyminen Lääkehoidosta keskusteleminen Lääkehoidosta sopiminen Lääkehoidon kertaaminen Lääkehoidon harjoitteleminen	Suunnittelu
Hoitaja tarjoaa suullista tietoa lääkehoidosta Hoitaja tarjoaa kirjallisia ohjeita lääkehoidosta Hoitaja kehottaa lääkemuutokseen Hoitaja neuvoo lääkehoidon toteuttamista	Tuki

Potilaiden tieto ilmeni kokemuksina. Kirjauksissa oli sekä hoitajien arviointeja että potilaiden ilmaisuja lääkehoidon kokemuksista ja niihin liittyvistä epäilyistä. Potilaiden arvioitiin olleen tyytyväisiä lääkehoitoon, mutta toisaalta kirjattiin potilaiden ilmaisuja hoidon tehottomuudesta ja sivuvaikutuksista. Lääkehoidon

vaikutusten epäilyt kohdistuivat heikkoon unenlaatuun, nivelten jäykkyyteen, kasvojen punoitukseen, hiusten lähtöön tai nenän tukkoisuuteen.

"Hyvin on mennyt, on tyytyväinen lääkkeeseen" p19

"Aamusta jätettiin insuliini pois ja on sen kokenut hyvänä" p39

"Kertoo, ettei enää pysty käyttämään kyseistä lääkettä, lääkkeestä tullut taasen ripulia" p30

"Lääkettä ottanut iltaisin ja epäilee siitä unettomuutta" p22

Taito ilmeni arvioina pistämisen osaamisesta, pistospaikkojen kierrättämisestä tai oikeasta pistotekniikasta. Kirjauksia oli myös potilaiden kokemuksista insuliiniannoksen suurentamisen tai pienentämisen osaamisesta. Kokemus lääkeshoidossa onnistumisesta näkyi pistoshoidon toteuttamisen näkökulmasta myönteisenä.

"Pistäminen onnistuu hyvin" p35

"Kokee osaavansa tarvittaessa muuttaa insuliinin annosta molempiin suuntiin" p42

"Helpottunut, kun pistäminen ei satu, kokee pärjäävänsä" p42

Asennoitumista kuvasi lääkeshoidon noudattaminen. Hoitajat kirjasivat potilaiden lääkkeiden noudattamista kuvaamalla potilaiden unohtaneen lääkkeiden käytön joskus, silloin tällöin, satunnaisesti tai päivittäin. Kirjauksista oli nähtävissä, että hoitajat hyödynsivät potilaiden seurantavihossa olleita kirjauksia. Lääkeshoidon noudattamisen ongelmien lisäksi kirjauksista näkyi myös hoidon säännöllisyys ja ohjeiden noudattaminen.

"Joskus unohtaa Lantuksen pistää" p44

"Kertoo, että aamulääkkeet unohtuneet ottaa" p32

"Seurantavihkoon on nyt merkinnyt pistämänsä insuliinit siitä ilmenee, että kummankin insuliinin pistäminen on epäsäännöllistä" p1

"Kertoo, että, säännöllisyyttä lääkityksessä ei ole ollut" p1

"Kertoi lääkettä käyttävänsä kotona ohjeen mukaan" p18

Asennoitumista kuvasi myös kiinnostus lääkehoitoa kohtaan. Hoitajat kirjasivat arviointeja potilaiden haluttomuudesta insuliini- tai kolesterolilääkitykseen. Toisaalta kirjattiin myös potilaiden toiveita vaihtaa lääkenimikettä, halua kokeilla uusia lääkevaihtoehtoja, saada tietoa käyttämistään lääkkeistä tai vaihtaa käytössä olevaa lääkitystä ja lääkkeenottoaikaa. Potilaiden tiedonhalua kuvattiin kirjaamalla potilaiden kysymyksiä insuliinikynän neuloista, käytössä olevista lääkkeistä tai lääkeannoksista, vaikka potilas oli saattanut jo ottaa tietyn annoksen lääkettä.

"Kolesterolilääkitystä ei olisi halukas aloittamaan" p57

"Potilas halusi vaihtaa lääkkeen hintakysymyksen vuoksi" p19

"Esitti itse, että jos ottaisi illan tabletit jo iltapäivällä, sai luvan kokeilla esittämäänsä lääkemuutosta, olisiko siitä apua illan korkeisiin sokereihin" p38

Hoitajien tuki näyttäytyi suunnitteluna, jota hoitajat kirjasivat monipuolisesti. Kirjauksia oli lääkitysohjeiden, sen perusteiden ja insuliinihoidon omasäädön läpikäymisestä. Lisäksi kirjauksia oli pistostekniikasta, pistospaikoista, lääkitysvaihtoehtoista ja edessä olevista lääkityksestä keskusteluista. Sopimuksia kirjattiin lääkemuutoksista, säännöllisestä insuliinihoidon noudattamisesta tai lääkehoitoon liittyvien ongelmien ratkaisuisista, esimerkiksi silloin kun verensokeri laski liian alhaiseksi. Läpikäymisen, keskustelun ja sopimisen lisäksi hoitajat kirjasivat kerranneensa insuliinin omasäätöä, lääkkeenottoaikoja, pistostekniikkaa ja aiemmin tarjottua kirjallista materiaalia sekä harjoitelleensa potilaiden kanssa insuliinikynän käyttöä ja sillä pistämistä.

"Käydään läpi Levemir insuliinin käyttö" 19

"Lääke ei sovellu enää potilaalle, muut diabeteksen tabletilääkitykset eivät myöskään käy nefropatian vuoksi, lääkehoidosta nyt pitkään keskusteltu" p45

"Iltainsuliinista sovitaan, että pyrkii nyt pistämään säännöllisesti" p47

"Kolesterolit kohdalleen opasta kerrattu" p46

"Harjoitellaan insuliinikynän käyttö sekä pistäminen käytännössä" p24

Hoitajat kirjasivat tukeneensa potilaita tarjoamalla kirjallisia ohjeita ja suullista tietoa lääkkeiden käytöstä ja säilytyksestä. Tietoa tarjottiin myös lääkkeiden käyttöön liittyvistä toimintatavoista, esimerkiksi verenhennuslääkkeen tuloksien kysymisistä ja lääkitysannosten kirjaamisista. Kirjauksissa kehoitettiin potilaita tekemään muutoksia lääkehoitoon, vaihtamaan insuliinin pistämispaikkaa, noudattamaan lääkitysohjeita ja perehtymään kirjalliseen ohjeeseen. Kehotukset näyttivät perustuvan potilaiden omamittausarvoihin. Tuki ilmeni myös neuvoina, jotka koskivat insuliinilääkehoidon pistämiskohtia, insuliiniannoksia, ateriainsuliinin käyttöönottamista ja kipulääkkeiden käyttöä tarvittaessa.

"Kirjalliset ohjeet lääkkeestä on saanut" p19

"Kierrätystä suositeltu vielä hieman laajemmalle alueelle" p32

"Kotimittausten perusteella kerrottu hieman lääkityksen lisäystarpeesta" p29

"Ei syö särkylääkkeitä ollenkaan kehoitettu kuitenkin tarvittaessa ottamaan Parasetamol" p5

"Nostaa Levemiriä kirjallisen potilasohjeen mukaan" p19

Kokoavasti voi todeta, että osaamisen näkökulmasta lääkehoidonohjauksen kirjaaminen koostui potilaan kokemusten perusteella muodostuneista tiedoista, lääkehoidon toteuttamisen taidoista ja ennen kaikkea lääkehoitoon asennoitumisesta sekä hoitajien tarjoamasta tuesta. Pääasiassa kirjattiin lääkehoidon epäsäännöllisyyttä, unohtamista ja haluttomuutta, mutta oli myös kirjauksia säännöllisestä ja ohjeiden mukaisesta lääkehoidon toteuttamisesta, potilaiden tekemistä kysymyksistä ja lääkehoitoon kohdistuneista toiveista. Lääkehoidon suunnittelua oli kirjattu monipuolisimmin omahoidonohjauksen sisältöalueista. Potilaita tuettiin tarjoamalla tietoa lääkehoidosta mutta myös kehottamalla lääkemuutoksiin sekä neuvomalla niiden toteuttamista.

6.1.6 Omamittausohjauksen kirjaaminen

Omamittausohjauksen kirjaaminen sisälsi tietoa omamittauksista, omamittausten toteuttamisen, omamittauksiin sitoutumisen, suunnittelua ja tukea. Paitsi että oli kirjattu hoitajien arvioita potilailla olevista tiedoista, kirjauksia oli myös tiedon puutteista. Omamittausten toteuttaminen ilmeni myönteisenä. Hoitajat kirjasivat potilaiden hyviä ja korjaantuneita omamittausarvoja. Pääpaino oli kuitenkin omamittauksiin sitoutumisessa, jossa näkyi epäsäännöllisyys ja omamittausten puute. Omahoidon suunnittelua kirjattiin monipuolisesti, samoin myös niitä keinoja, joilla hoitajat olivat tukeneet potilaita omamittauksiin. (Taulukko 9)

TAULUKKO 10 Hoitajien kirjaama omamittausohjaus

Alaluokka	Päälouokka
Hoitaja arvioi potilaan omamittauksiin liittyvää tietoa Potilas ilmaisee omamittauksiin liittyvää tiedon puutetta	Tieto omamittauksista
Hoitaja tekee huomion hyvistä omamittausarvoista Hoitaja tekee huomion korjaantuneista omamittausarvoista Potilas ilmaisee osaavansa omamittauksen	Omamittausten toteuttaminen
Hoitaja tekee huomion epäsäännöllisestä omamittausrytmistä Hoitaja tekee huomion omamittausten puuttumisesta Potilas ilmaisee omamittauksiin liittyviä haluja Potilas ilmaisee mittaamiaan omamittausarvoja	Omamittauksiin sitoutuminen
Omamittausten läpikäyminen Omamittauksista keskusteleminen Omamittauksista sopiminen Omamittauksen kertaaminen	Suunnittelu
Hoitaja tarjoaa suullista tietoa omamittauksesta Hoitaja tarjoaa kirjallisia ohjeita omamittauksesta Hoitaja neuvoo omamittausten toteuttamiseen Hoitaja tarjoaa omamittausvälineen	Tuki

Tietoa kirjattiin arvioimalla tiedon sisältöä tai sen puutetta. Hoitajat kirjasivat arviointeja potilaiden tiedoista, jotka koskivat verensokeritasoja, verenpaineen tavoitearvoja, oireiden mukaista lääkehoitoa sekä omahoidonvälineiden haku-paikkaa. Joitakin yksittäisiä ilmaisuja oli kirjattu potilaiden tietämättömyydestä, kuten verensokeritasosta.

"Tietää, että pitkävaikutteisen insuliinin pistäminen alkaa, jos aamun verensokeri-taso nousee liikaa" p2

"Sanoo ettei paastoarvotasa tiedä" p1

Potilaiden taito hallita verensokeri- ja verenpaine arvoja ilmeni hoitajien huomi-oina hyvistä tai parantuneista omamittausarvoista. Parantumista kuvaavissa kirjauksissa oli mainittu myös ajanjaksot, joiden aikana arvot olivat parantuneet. Hoitajien kirjaamat huomiot perustuivat omaseurantavihkoihin. Joistakin kirja-uksista näkyi kokemus verensokerimittauksen helppoudesta.

"Sokerit ovat olleet kotikokeissa hyviä" p38

"Sokerit menossa hyvään suuntaan hitaasti hyvä tulee" p1

"Kokeekin verensokereiden mittaamisen nyt helpommaksi kuin aiemmin" p47

Asennoitumista kuvasi sitoutuminen omamittauksiin. Hoitajat olivat kirjanneet huomioita verensokerimittausarvojen ja omaseurantavihon puutteista. Kirjauk-sissa oli mainittu myös haluttomuus ja kielteinen asennoituminen omamittauk-sia kohtaan, kuten omamittauksen toteuttamiseen liittyvien pyyntöjen toteutta-matta jättäminen tai potilaan kirjaaman omamittausarvon epäsuhta vastaan-otolla otettuun arvoon. Haluttomuudelle oli tosin mainittu myös perusteita, kuten viitetasolla olevat arvot. Kielteisen asennoitumisen lisäksi kirjauksista näkyi myös positiivisuus, kuten halu toteuttaa omamittauksia ja verensokerei-den säännöllinen mittaaminen sekä aamupaastona että ateriaparimittauksina.

"Tulokset ei mukana pyynnöstä huolimatta" p44

"Vastaanotolla HbA1c 10,5 %, joten kotimittauksissa verensokerit olleet korkeammat kuin potilas kertoo arvojen olleen" p31

"Koska arvot viitetasolla, potilas ei ole halukas seurantaan" p43

"Kotikokeissa aamusokerit ovat 5.3-6.9, aterian jälkeiset arvot alle 10...kertoo" p42

"Omamittauksiin olisi halukas" p45

Hoitajien tarjoamaa tukea kuvasi suunnittelu. Se sisälsi kirjauksia keskusteluis-ta, joiden aiheena oli verenpaine- ja verensokeritasot, matalien ja korkeiden ve-rensokeriarvojen oireet, keinot hoitotasapainon korjaamiseksi ja omaisten te-kemät huomiot potilaan omamittauksiin sitoutumisesta. Hoitajat kirjasivat

myös käyneensä läpi omamittaukseen liittyviä asioita, kuten verensokerimitausvälineitä, verensokeriarvoja, alhaisen verensokeritason hoitoa ja toteutettavien verensokerimittausten määrää. Suunnittelu sisälsi myös kirjauksia verensokereiden omamittauksen kertaamisesta ja sopimuksista, jotka koskivat verensokerimittarin palauttamista ja verensokerimittausten ajankohtia. Hoitajien kirjauksista näkyi omaseurantavihon merkitys, kuten vihon tarkastaminen seuraavalla tapaamiskerralla.

"Kotimittauksia ei verensokerin osalta tee ja omaiset ihmetelleet tätä ja keskusteltu asiasta potilaan kanssa" p45

"Käyty verensokerimittariin liittyvät asiat läpi, verensokeriseuranta 1-2x/vk riittää" p15

"Kerrattu vielä verensokerimittaukset" p47

"Tekee nyt 2 vkon seurannan ja sovittu uusi käynti, jossa vielä yhdessä katsotaan kirjanpito" p47

Hoitajat kirjasivat tukeneensa potilaita tarjoamalla suullista tietoa verensokereiden tavoitearvoista, alhaisten verensokereiden oireista ja niiden hoidosta. Potilaita tuettiin myös neuvomalla omamittausten oikeaa mittaustekniikkaa. Tuki näkyi myös kirjallisen tiedon ja neuvojen tarjoamisena. Potilaille tarjottiin kirjallisia ohjeita verenpaineiden ja verensokereiden mittaustekniikoista ja neuvoja omamittausten toteuttamiseen, omahoitomittareiden käyttämiseen, verensokerilansetin neulan vaihtoon, omaseurantavihkoon kirjaamiseen ja verensokereiden mittaamisajankohtiin. Hoitajat kirjasivat neuvoneensa potilaita myös tekemään verensokerimittauksia ennen lääkäriin menoa ja lääkityksen arviointia varten. Omamittausten mahdollistamiseksi hoitajat kirjasivat tarjonneensa omamittausvälineitä.

"Kertoo mittaavansa olkavarsimittarilla ranteesta, kerrottu, ettei olkavarsimittari anna luotettavia lukemia ranteesta" p30

"Annettu kirjalliset ohjeet verenpaineseurannan toteuttamisesta" p44

"Neuvotaan neulan vaihto näytteenottolansettiin" p47

"Annettu verensokerimittari ja liuskoja" p29

Kokoavasti voi todeta, että osaamisen näkökulmasta omamittausohjauksen kirjaamisessa oli mainittu potilailla oleva tieto mutta myös tiedon puute sekä potilaan taito toteuttaa omamittauksia. Hoitajien kirjaukset hyvistä mittaustuloksista ja arvojen parantumisista osoittivat epäsuorasti potilaiden taitoa. Pääpaino oli kuitenkin asennoitumista kuvaavissa kirjauksissa. Asennoitumisessa oli nähtävissä sekä omamittauksiin sitoutumista että sitoutumisen puutetta. Sitoutuminen näkyi paasto- sekä ateriaparimittausarvojen kirjauksina, kun taas sitoutumisen puute näkyi epäsäännöllisinä tai puuttuvina kirjauksina. Omahoidon suunnittelu näkyi monipuolisena ja painottui keskusteluihin. Yhtäläillä moni-

puolista oli hoitajien tarjoama tuki, jossa painottui omamittaukseen liittyvän tiedon tarjoaminen.

6.1.7 Jalkahoidonohjauksen kirjaaminen

Jalkahoidonohjaus sisälsi kirjauksia jalkojen kunnosta, suunnittelusta ja tuesta. Jalkahoidonohjauksen kirjaaminen oli niukkaa, ja se sisälsi hoitajien arvioita ja huomioita potilaiden jalkojen kunnosta sekä potilaiden ilmaisia jalkaongelmista. Hoitajat olivat kirjanneet jalkahoidon suunnittelua ja potilaiden tukemista jalkahoitoon, mutta kirjaukset olivat niukkoja, yksittäisiä mainintoja. (Taulukko 11)

TAULUKKO 11 Hoitajien kirjaama jalkahoidonohjaus

Alaluokka	Pääluokka
Hoitaja arvioi potilaan jalkojen kuntoa Hoitaja tekee huomion potilaan jalkojen kunnosta Potilas ilmaisee jalkaongelmia	Jalkojen kunto
Jalkojenhoidon läpikäyminen Jalkojenhoidosta keskusteleminen	Suunnittelu
Hoitaja tarjoaa kirjallisia ohjeita jalkojenhoidosta Hoitaja neuvoo jalkojenhoitoa Hoitaja suosittelee jalkaterapeutille menoa Potilas ilmaisee omaisten tuen jalkojenhoidolle	Tuki

Asennoitumista jalkahoitoa kohtaan kuvasivat kirjaukset jalkojen kunnosta. Hoitajat kuvasivat huomioissaan tukisukkien käyttöä, jalkojen turvotuksia ja lämpötilaa, jalkojen kuivuutta, halkeamia, kynsien leikkausta ja varpaanvälien kuntoa. Hoitajat olivat myös kirjanneet sen, että he olivat katsoneet potilaiden jalkoja tapaamistilanteessa. Paitsi että hoitajat olivat kirjanneet arviointejaan potilaan jalkojen hyvästä kunnosta, he olivat kirjanneet myös potilaiden ilmaisia jaloissa olevista ongelmista, kuten jalkojen kylmyydestä ja jalkapöydän turpoamisesta iltaisin.

"Jalat katsottu, tukisukat käytössä, jalat lämpimät, jalkaterissä ei turvotusta, jalat kuivat, ei halkeamia, kynnet leikatut mutta joissakin pitkät, varpaidenvälit ehjät" p47

"Kertoo, että vasen jalkapöytä turpoaa iltaisin" p19

Hoitajien tarjoamaa tukea kuvasi jalkahoidonohjauksen suunnittelu, jonka kirjaaminen oli hyvin niukkaa. Kirjaukset olivat vain yleisluontoisia mainintoja jalkojenhoidon läpikäymisestä sekä jalkahoidosta keskustelua.

"Tänään käytiin läpi jalkojenhoitoa" p40

"Jalkojenhoidosta keskusteltu" p44

Hoitajat kirjasivat tukeneensa potilaita jalkojenhoitoon tarjoamalla kirjallisia ohjeita jalkojenhoidosta. Ohjeiden lisäksi tarjottiin neuvoja varpaanvälien hoitoon, jalkojen raspaukseen, kynsien leikkaukseen, jalassa olevien haavojen hoitoon sekä tukisukkien ja erilaisten varpaita erottavien apuvälineiden käyttöön. Kirjauksia oli myös jalkaterapeutilla käynnin suositelusta perusteluineen. Potilaiden ilmaisuista näkyi mm. omaisten apu jalkahoidossa.

"Annettu Diabeetikon jalkojenhoito-opas mukaan" p42

"Rasvausta suositeltu tehdä ahkerasti jaloille" p47

"Suositeltu nyt kuitenkin jalkaterapeutilla käyntiä koska jaloissa virheasento" p28

"Tyttärenytär hoitaa jalat" p33

Kokoavasti voidaan todeta, että osaamisen näkökulmasta jalkahoidonohjauksen kirjaaminen oli niukkaa eikä kirjauksista käynyt ilmi potilaiden tietoa tai taitoa. Kirjaukset painottuivat asennoitumista kuvaaviin kirjauksiin potilaiden jalkojen hyvästä kunnosta tai jalkoja koskettavista ongelmista. Jalkahoidon suunnittelun kirjaaminen oli niukkaa ja koostui yleisluontoisesti jalkahoidon läpikäymisestä ja keskustelusta. Potilaille tarjottu tuki sisälsi kirjauksia neuvoista ja suosituksista jalkojenhoitoon, tarjotuista kirjallisista jalkojenhoito-ohjeista sekä maininnoista omaisten osallistumisesta jalkojen hoitoon.

6.1.8 Mielialaan liittyvän ohjauksen kirjaaminen

Mielialaan liittyvien asioiden kirjaamisen sisälsi tietoa mielialaan vaikuttavista tekijöistä ja tuesta. Potilaiden tieto oli muodostunut kokemuksista. Potilaiden taitoa tai asennoitumista kuvaavia kirjauksia ei ollut. Mielialaa tukevat tekijät sisälsivät kuvauksia elinpiiriin kuuluvista henkilöistä sekä mielialasta keskustelemisen. (Taulukko 12)

TAULUKKO 12 Hoitajien kirjaama mielialaan liittyvä ohjaus

Alaluokka	Päälouokka
Potilaan kokemus stressistä Potilaan kokemus väsymyksestä Potilaan kokemus omasta voinnista Hoitaja arvioi potilaan luonnetta	Tieto mielialaan vaikuttavista tekijöistä
Potilas ilmaisee elinpiiriin kuuluvia henkilöitä Mielialasta keskusteleminen	Tuki

Tieto mielialaan vaikuttavista tekijöistä koostui kirjatusta potilaiden kokemuksista. Hoitajat kirjasivat potilaiden ilmaisuja stressistä, jonka yhtenä aiheuttaja mainittiin tyypin 2 diabetessairaus. Stressin koettiin vaikuttavan yöuniin. Myös potilaiden ilmaisuja väsymyksestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä kirjattiin. Väsymyksen kuvattiin olevan toistuvaa ja kestäneen jopa vuosia. Vointia ku-

vaavat kirjaukset sisälsivät kuvauksia senhetkisestä voinnista tai voinnin muutoksista. Vointiin liittyviin kirjauksiin sisältyi myös mieliala ja sen vaihtelu onnellisuudesta ahdistuneisuuteen. Potilaiden kokemusten lisäksi, hoitajat kirjasiivat myös arvioitaan potilaiden luonteesta. Kirjauksia oli iloisuudesta rauhallisuuteen ja väsyneen oloiseen potilaaseen.

*"Diabeteksen kuitenkin kokee stressaavaksi koska paljon muistettavaa insuliinipistosten suhteen"*p47

*"Kertoo olevansa kovasti väsynyt ja nukahtelee helposti"*p4

*"Kertoo...onnellinen kun ei tarvitse tapaamisia"*p58

Hoitajien tarjoama tuki näyttäytyi keskusteluina. Hoitajat olivat kirjanneet keskustelleensa potilaiden kanssa diabetessairauden ilmenemisestä, psyykkisestä jaksamisesta ja perheessä mahdollisesti stressiä aiheuttavista huolenaiheista, kuten diabetessairauden yllätyksellisyydestä. Väsymyksestä keskustelua ei kirjattu, mutta kirjauksia oli potilaiden haluttomuudesta keskustella mieliharmeista. Mielialaa tukevinä tekijöinä mainittiin elinpiiri ja aktiviteetit, joiden koettiin edistävän toimintakykyä.

*"Diabetes tullut ilmi niin yllättäen, vaikka oireita ollut jo pidempään rauhoiteltu ja keskusteltu diabetekseen sairastumisesta"*p42

*"Keskusteltu huolenaiheista, huolta perhepiirissä joka saattaa stressiä aiheuttaa"*p29

*"Kotona elinpiiri pieni, mutta on aktiiviteettejä jotka kokee tärkeiksi ja toimintakykyä edistäviksi"*p34

Kokoavasti voi todeta, että osaamisen näkökulmasta mielialaohjauksen kirjaaminen muodostui kokemuksiin perustuvista tiedoista mutta ei taitoa tai asennoitumista kuvaavista kirjauksista. Elinpiiriin kuuluvien henkilöiden osallistumisen kirjaaminen oli niukkaa. Yhtä niukkaa oli mielialaa koskevien keskusteluiden kuvaaminen.

6.1.9 Jatkohoidonohjauksen kirjaaminen

Jatkohoidonohjauksen kirjaaminen sisälsi kiinnostuksen jatkohoitoa kohtaan, suunnittelua ja tukea. Kirjauksissa painottui hoitajien ääni, vaikka kirjaukset sisälsivät myös potilaiden ilmaisuja. Hoitajat olivat kirjanneet huomioitaan potilaiden kiinnostuksesta jatkohoitoon arvioimalla potilaiden tapaamishalukkuutta. Sen lisäksi, että potilaat olivat ilmaisseet tietävänsä yhteydenottomahdollisuuksista, he olivat kirjausten perusteella myös kiinnostuneita jatkohoidosta. Jatkohoidonohjauksen suunnittelu sisälsi kirjauksia keskusteluista ja sopimisesta. Hoitajien tuki ilmeni kehotuksina sekä tiedon tarjoamisena. Jatkohoitosuunnitelmissa näkyi hoitajien ääni. (Taulukko 13)

TAULUKKO 13 Hoitajien kirjaama jatkohoidonohjaus

Alaluokka	Pääluokka
Hoitaja tekee huomion potilaan tapaamishalukkuudesta Potilas tekee kysymyksiä jatkohoidosta Potilas ilmaisee tapaamistarpeen Potilas ilmaisee tietävänsä yhteydenottomahdollisuudesta	Kiinnostus jatkohoitoa kohtaan
Jatkohoidosta keskusteleminen Jatkohoidosta sopiminen	Suunnittelu
Hoitaja tekee jatkohoitosuunnitelman Hoitaja kehottaa jatkohoitoon Hoitaja tarjoaa suullista tietoa jatkohoidosta Hoitaja tarjoaa kirjallisia ohjeita jatkohoidosta	Tuki

Asenoitumista kuvasi kiinnostus jatkohoitoa kohtaan. Se sisälsi hoitajien kirjaamia huomioita potilaiden tapaamishalukkuudesta, kuten laboratoriokokeiden käymättä jättämisestä, aikojen perumisesta, tapaamiseen tulematta jättämisestä tai vaimon kehotuksesta tapaamiseen tulemisena. Vaikka hoitajien kirjaamat arviot antoivat kuvaa haluttomuudesta, kirjauksia oli myös jatkohoitoon liittyvistä kysymyksistä ja halusta tavata diabeteshoitaja, -lääkäri tai osallistua tyypin 2 diabetespotilaan kuntoutuskurssille. Kirjauksista näkyi tuen tarve elämäntapamuutoksissa. Hoitajat olivat kirjanneet myös ilmaisia haluttomuudesta tavata diabeteshoitajan, -lääkäriä, ravitsemussuunnittelijan tai haluttomuudesta osallistua itsesääteilyryhmään. Haluttomuudelle oli kirjattu syitä, kuten kesätyöt tai kaikinpuolinen kiire, kulkuvaikeudet ja pitkät matkat. Jatkohoittoa koskeva tieto liittyi potilailla olevan tietoon yhteydenottomahdollisuuksista.

"Ei ole käynyt laboratoriokokeessa" p19

"Tietää tarvittaessa soittaa, yhteystiedot on" p42

"Ei koe yksin pystyvänsä elämäntapamuutoksiin toivoo tueksi käyntejä täällä" p22

"Peruu ajan diabeteshoitajalle kesäkuun alussa. Kertoo saaneensa kesätöitä ja kaikenpuolin on kiirettä" p40

Jatkohoidon suunnittelua kirjattiin keskusteluina silmistä ja ajan varaamisesta silmälääkärille sekä suun terveydestä. Suunnittelu oli myös sopimusten kirjaamista. Sopimukset koskivat tapaamisajankohtaa, laboratoriokokeissa käymistä, painon punnitsemisen aloittamista ja lähetteen tekemistä ravitsemussuunnittelijalle mutta myös seuraavan tapaamisen kestoja.

"Keskusteltu suunterveydestä, 2vuotta sitten hammashoidossa käynyt" p44

"Sovitaan säännöllisistä tapaamisista punnituksen merkeissä" p43

Hoitajien tuki ilmeni myös jatkohoitosuunnitelmina. Hoitajien tapaamiselle oli kirjattu syiksi seurantakäynti, painokontrolli, motivointikäynti, omamittausten tarkastelu, verenpainekontrolli, insuliinihoidon aloitus, sydänfilmin (EKG) ot-

taminen, pistohoidon opettelu, Marevan lääkitysasiat tai diabeteksen perusohjaus. Lisäksi oli kirjattu pistospaikkojen tarkastaminen ja kotimittausten ohjeistaminen. Kirjaukset jatkohoitosuunnitelmista sisälsivät myös ajanvarauksia silmänpohjakuvauksiin sekä laboratoriotarkastuksiin. Hoitajat kirjasivat kehottaneensa potilaita jatkohoitoon, kuten ajan varaamiseen silmälääkärille tarkemman näön tarkastukseen ja hammaslääkärille hampaiden vihlonnan, hammas-tulehduksen tai hampaissa olevan paikan irtoamisen hoidattamiseen. Kirjauksissa ei mainittu, oliko kehotuksia toteutettu. Hoitajien tarjoama tuki näkyi myös jatkohoitoon liittyvän tiedon tarjoamisena.

"Seuraavalla hoitajakäynnillä kotimittausten tarkastelua" p43

"Suositellaan varaamaan aika hammaslääkäriin piakkoin ja käymään säännöllisesti tarkistuksessa, hampaista kertoo paikkaa irronneen" p17

"Tilaa alkuvuodesta ajan omalääkärille, ottaa kotimittaukset mukaan" p14

"Hoidonohjauskurssista saa esitteen mieltii voiko osallistua hoidon ohjauskurssille" p45

Kokoavasti voi todeta, että osaamisen näkökulmasta jatkohoitoon liittyvä tieto koski vain yhteydenottomahdollisuuksia. Taitoa ei kirjattu, mutta sitä vastoin pääsisältönä potilasasiakirjoista ilmeni asennoituminen jatkohoitoa kohtaan. Kirjauksissa oli sekä halua että haluttomuutta jatkohoitoon. Jatkohoidon suunnittelun kirjaaminen oli niukkaa, mutta hoitajat kirjasivat antaneensa suosituksia ja tehneensä suunnitelmia jatkohoitoon. Kirjauksissa näkyi myös potilaille annettu vastuu jatkohoitoajan tilaamiseen.

6.2 Omahoidon osaamisen kehittyminen omahoidonohjauksen aikana

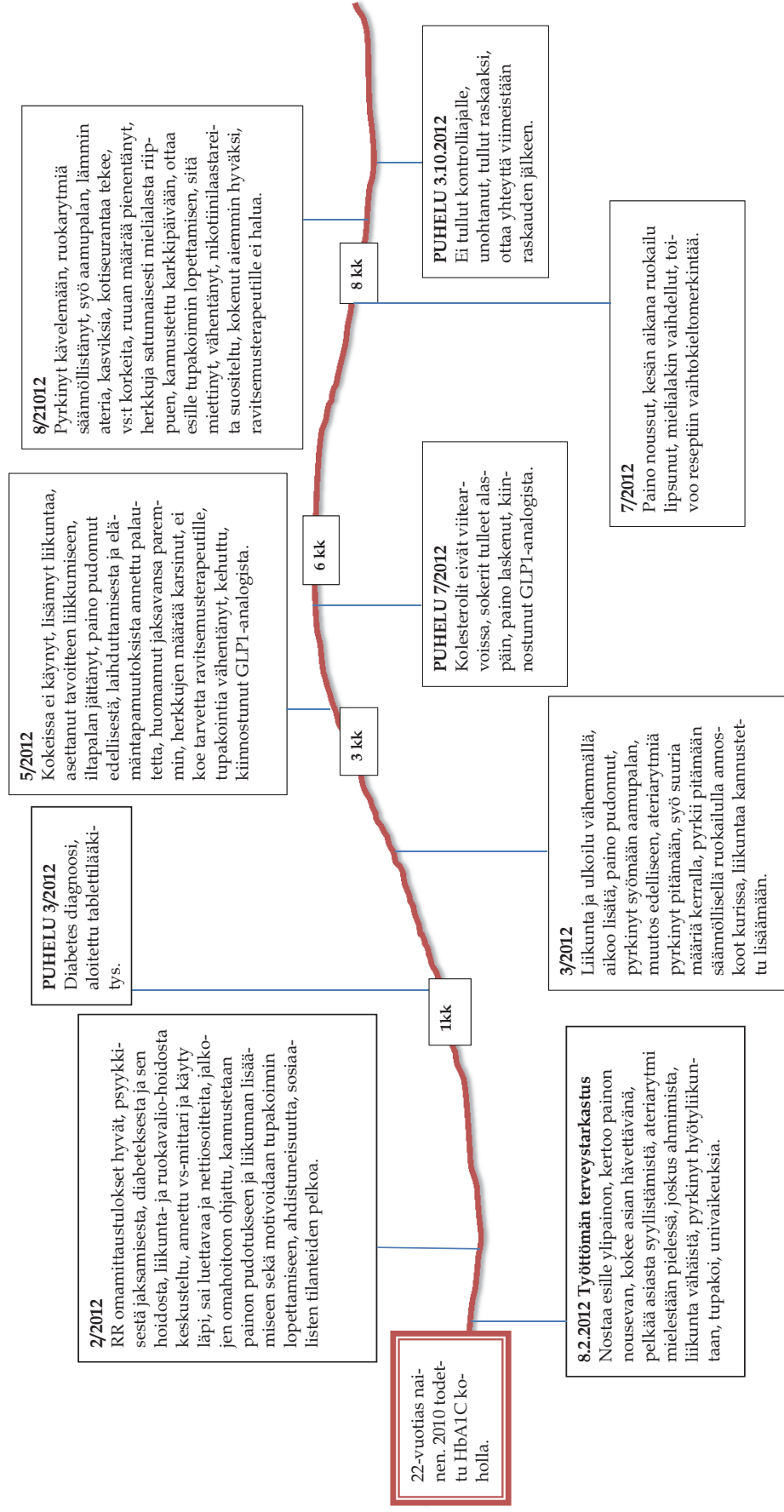
6.2.1 Tapaus "onnistumisesta repсахdukseen ja paluu onnistumiseen"

Tutkimukseen osallistuneista nuorin potilas (aineiston keräämishetkellä 22-vuotias) tuli työttömille ohjelmoituun terveystarkastukseen. Ohjauspolun pituus oli vajaa vuosi (kuvio 5 ja tarkempi kuvaus autenttisista kirjauksista on liitteessä 7), jona aikana potilas sai tyypin 2 diabetesdiagnoosin. Tuona aikana potilas kävi hoitajan luona kuusi kertaa. Ohjausta tapahtui myös puhelimitse. Potilas jätti myös tulematta ohjaustilanteeseen. Ohjauspolun aikana potilas muutti elintapojaan, mutta kahdeksan kuukauden kuluttua ensitapaamisesta potilaan ravitsemuksen kirjattiin lipsuneen ja painon nousseen.

Potilaan asennoituminen muutoksiin ilmeni myönteisenä. Ensitapaamisessa potilas oli nostanut esille ylipainoon liittyviä tunteita ja ravitsemuksen epäterveellisyyttä. Potilas oli aloittanut käyttäytymisen muutokset muutaman kuukauden päästä ensitapaamisesta. Muutokset näkyivät kirjauksina aamupa-

lan syömisen aloittamisesta ja puolen vuoden päästä lämpimän aterian syömisenä, kasvisten lisäämisenä sekä herkkujen, ruuan määrän ja iltapalan vähentämisenä. Lisäksi kirjattiin, että potilas oli pyrkinyt liikkumaan. Potilaan paino putosi jo kuukauden päästä ensitapaamisesta, ja samainen huomio oli kirjattu kolmen ja viiden kuukauden päästä. Potilas oli ilmaissut jaksavansa paremmin ja hänen sokeriarvonsa olivat laskeneet. Potilaan mainittiin myös vähentäneen tupakointia kolmen kuukauden jälkeen ensi tapaamisesta. Muutoksista oli annettu myönteistä palautetta kehumalla.

Kokoavasti ohjauspolun kirjauksista voi todeta, että osaamisen kehittymisen näkökulmasta tietoa ei kirjattu, joten potilaalla oleva tieto jäi avoimeksi. Sen sijaan kirjauksia oli potilaan taidosta tehdä lyhytaikaisia muutoksia ruokavalioon ja liikuntaan. Potilas oli tehnyt muutoksia ravitsemuskäyttäytymiseen, joka voitiin tulkita myönteiseksi asennoitumiseksi. Muutoksilla oli vaikutusta mielialaan sekä painonhallintaan. Kirjaukset potilaan ajatuksista, kuten pelko ylipainon vuoksi syyllistämistä, univaikeudet, aikomus lisätä liikuntaa, kiinnostus GLP1-analogiin sekä toive reseptinvaihtomerkinään, eivät näyttäneet vaikuttavan ohjauksen etenemiseen. Kirjauksista kävi myös ilmi psyykkisen tuen tarve, mutta sen toteutuminen jäi kuitenkin avoimeksi.



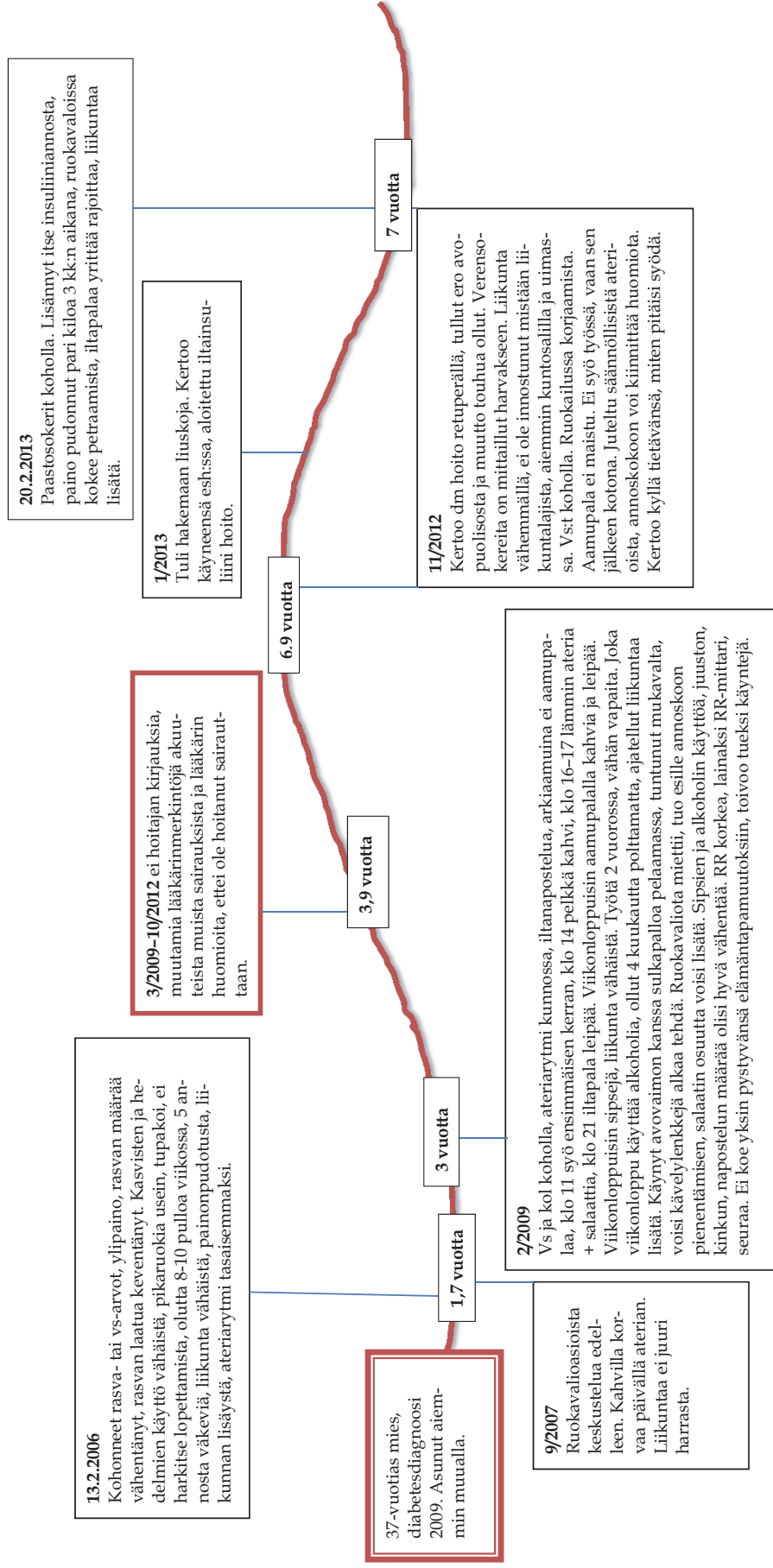
KUVIO 5 Tapaus ” onnistumisesta repsahdukseen ja paluu onnistumiseen” - osaamisen kehittyminen ajalla 2/2012–10/2012

6.2.2 Tapaus ”onnistumisen vaikeus”

Työelämässä vuorotyötä tekevällä potilaalla (aineiston keräämishetkellä 37-vuotias) oli diagnosoitu vuonna 2005 tyyppin 2 diabetes. Potilaalla oli tablettilääkitys, mukaan liitettiin insuliini ja myöhemmin mietittiin lisälääkitystä. Ohjauspolun pituus oli seitsemän vuotta, siinä oli ollut reilun kolmen vuoden tauko (kuvio 6 ja tarkempi kuvaus autenttisista kirjauksista on liitteessä 8). Tuona aikana potilas kävi hoitajan luona kuusi kertaa. Ohjauspolun aikana oli useita kirjauksia potilaan ravitsemuksen muutostarpeesta mutta ei kirjauksia siinä tapahtuneista muutoksista. Potilaan kuitenkin mainittiin miettineen ravitsemusta ja tunteneen tarvetta ravitsemusmuutoksille.

Kirjauksista näkyivät potilaan epäterveelliset elintavat. Kirjauksia oli liikumisen vähyydestä, alkoholinkäytöstä viikonloppuisin ja tupakoinnista. Ensimmäisellä käynnillä oli mainittu potilaan rasva- ja sokeriarvot kohonneiksi, myöhemmin oli kirjattu samat huomiot uudelleen. Ravitsemusta kuvaavista kirjauksista näkyi toisaalta terveellinen ruuan laatu, kuten kala, vähärasvainen juusto ja levite, mutta myös epäterveelliset valinnat, kuten pikaruoka ja kasvisien niukkuus. Reilun vuoden kuluttua ensitapaamisesta potilaan kirjattiin liikukuvan edelleen niukasti ja korvaavan aterioita kahvilla. Kolmen vuoden kuluttua ensimmäisestä tapaamisesta kirjattiin potilaan ruokarytmin olleen kunnossa. Kirjausta oli täsmennetty kuvaamalla potilaan ruokailutottumuksia, jotka olivat epäsäännöllisiä ja epäterveellisiä, kuten aamupalan puuttuminen, päivän ensimmäisen lämpimän aterian sijoittuminen päivällisen aikaan ja välipalojen puute. Potilaan kirjattiin aloittaneen tupakkalakon, vaikka kolme vuotta aiemmin oli mainittu potilaan haluttomuus tupakoinnin lopettamiseen. Myöhemmin ei enää kirjattu, mitä tupakkalakolle kuului. Potilas oli ilmaissut myös tuen tarvetta muutoksissa onnistumiseksi. Tuen tarpeen kirjaamisesta lähes neljän vuoden kuluttua oli kirjauksia ravitsemuksesta keskustelusta, jossa ravitsemus oli edelleen epäterveellinen. Samassa tapaamisessa kirjattiin potilaan ilmaisu ravitsemukseen liittyvästä tiedosta.

Kokoavasti ohjauspolun kirjauksista voi todeta, että osaamisen kehittymisen näkökulmasta tiedon ja taidon soveltaminen ilmeni ristiriitaisena. Potilas ilmaisi tietävänsä ravitsemuksesta, mutta ravitsemus näkyi pääasiassa epäterveellisinä valintoina. Toisaalta epäterveellisistä valinnoista huolimatta potilas oli onnistunut pudottamaan painoa. Kirjauksista oli nähtävissä myönteistä asennoitumista ravitsemukseen ja liikkumiseen liittyviä muutoksia kohtaan. Avoimeksi jäi, oliko potilas tehnyt jotain näille asioille tai oliko kyvyttömyys muutoksiin yhteydessä taitoon tehdä muutoksia vai muutokseen asennoitumisessa. Kirjauksista jäi myös avoimeksi se, keskusteltiinko viikonloppuisin tapahtuvasta alkoholinkäytöstä, korkeasta verenpaineesta tai verenpaineiden mittaamisesta, jota varten potilas oli saanut mittarin.



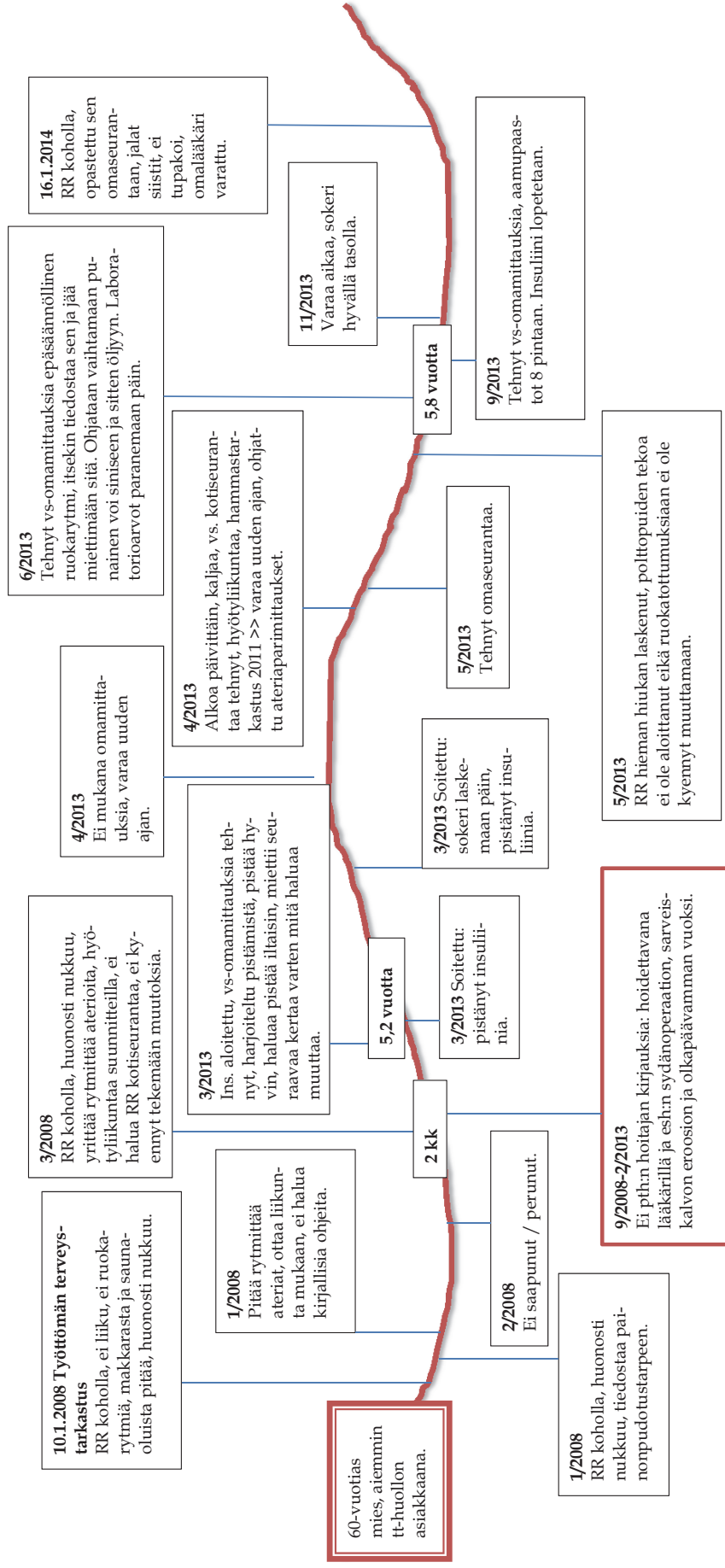
KUVIO 6 Tapaus "muutosten vaikeudesta pieneen toivoon" - osaamisen kehittyminen ajalla 2/2006-2/2013

6.2.3 Tapaus ”haluttomuudesta kohti onnistumista”

Työttömien terveystarkastukseen tulleella miehellä (aineiston keräämishetkellä 60-vuotias) oli metabolinen oireyhtymä, josta kehittyi tyyppin 2 diabetes ohjauspolun aikana. Ohjauspolun pituus oli noin kuusi vuotta, ja välissä oli ollut vajaan viiden vuoden tauko (kuvio 7 ja tarkempi kuvaus autenttisista kirjauksista on liitteessä 9). Tuona aikana potilas kävi hoitajan luona kolmetoista kertaa. Ohjausta tapahtui myös puhelimitse. Potilas jätti myös tulematta ohjaustilanteeseen. Ohjauspolun alussa potilaan kirjattiin suhtautuvan kielteisesti kirjalliseen tietoon ja verenpaineen omamittauksiin, mutta myöhemmin potilaan kuitenkin kirjattiin toteuttaneen verensokerin omaseurantaa.

Ensitapaamisesta oli kirjattu potilaalla olevia monia muutostarpeita, kuten vähäinen liikkuminen, ruokarytmin puute, ruokavalion laatu, heikko unen laatu sekä koholla oleva verenpaine. Kahden kuukauden kuluttua ensitapaamisesta potilaan kirjattiin edelleen nukkuneen huonosti ja verenpaineiden olleen koholla. Potilaan myös arvioitiin olleen kyvytön tekemään muutoksia. Ohjauspolun aikana kirjauksista ei käynyt ilmi puuttumista potilaan korkeaan verenpaineeseen tai potilaan esille nostamaan heikkoon unen laatuun, vaikka niistä oli kirjattu useampia huomioita. Sitä vastoin oli useita kirjauksia ravitsemukseen liittyvistä muutostarpeista, joihin potilaalle tarjottiin esimerkkejä terveellisistä ruokavaihtoehtoehdoista. Potilaan lääkityksen kirjattiin lisääntyneen insuliinilla, jonka toteuttamista oli harjoiteltu potilaan kanssa. Arvion perusteella potilaalla oli taitoa pistää. Potilaan kirjattiin myös esittäneen mielipiteen pistosajankohdalle. Reilun puolen vuoden kuluttua insuliinin pistämisen aloittamisesta, pistäminen kirjattiin lopetetun. Muutaman kuukauden päästä mainittiin verensokereiden olleen edelleen hyvällä tasolla.

Kokoavasti voi todeta, että osaamisen kehittymisen näkökulmasta tehdyt kirjaukset olivat ristiriitaisia. Potilaalla oleva tieto ja taito jäivät avoimiksi. Asennoitumista kuvasi muutoskyvyttömyys ravitsemusta ja liikuntaa kohtaan. Kuitenkin potilaan verensokeri- ja laboratoriokokeiden kirjattiin parantuneen niin, että insuliinilääkitys voitiin lopettaa. Myös potilaan omien mielteiden hyödyntäminen ja terveyteen epäedullisesti vaikuttavien asioiden käsittely näkyi heikkona. Kirjauksissa oli annettu potilaalle tehtäväksi miettiä muutostarpeiden prioriteettia. Potilaan oli kirjattu myös miettineen totuttujen tapojen muutosvaikeutta. Mietinnän tulokset jäivät avoimiksi. Yhtälailla avoimeksi jäi päihdekäyttäjyymiseen puuttuminen, vaikka potilaan kirjattiin käyttävän olutta jopa päivittäin.



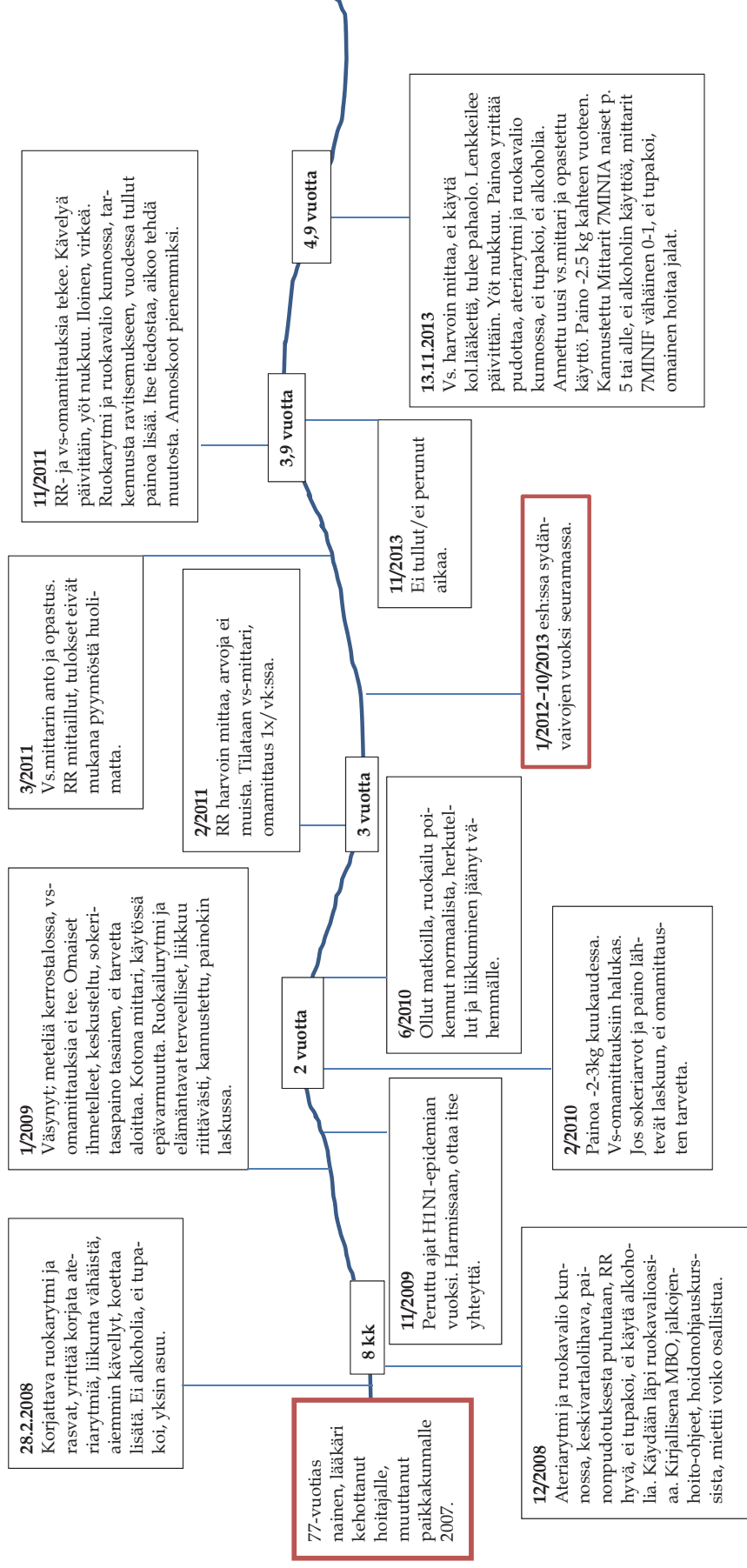
KUVIO 7 Tapaus "haluttomuudesta kohti onnistumista" - osaamisen kehittyminen ajalla 3/2008-1/2014

6.2.4 Tapaus ”onnistuneesta muutoksesta elämän iloon”

Tutkimukseen osallistuneista iäkkäin potilas (aineiston keräämishetkellä 77-vuotias), oli tullut hoitajan luo lääkärin ohjaamana ruokavalio-ohjaukseen. Ohjauspolun pituus oli reilu viisi vuotta, ja välissä oli ollut vajaan kahden vuoden tauko (kuvio 8 ja tarkempi kuvaus autenttisista kirjauksista on liitteessä 10). Tuona aikana potilas kävi hoitajan luona yhdeksän kertaa. Potilas jätti myös tulematta ohjaustilanteeseen tai ohjausaika peruttiin terveydenhuollon puolelta. Potilaan ohjauspolun alussa potilaalla oli kirjattu olevan monia ravitsemukseen ja liikuntaan liittyviä muutostarpeita. Kirjauksissa oli mainittu omaisten huoli omamittausten toteuttamisesta, mutta myös omaisten apu potilaan jalkahoidossa.

Potilaalla kirjattiin ensimmäisessä tapaamisessa olevan korjattavaa rasvojen käytössä ja ruokarytmissä, ja näitä seikkoja potilas oli ilmaissut yrittäneensä korjata. Ensitapaamisesta noin kahdeksan kuukauden sekä vuoden ja reilun kolmen vuoden kuluttua oli kirjattu potilaan ruokarytmin ja ruokavalion olevan kunnossa. Potilaan kuvattiin syövän säännöllisesti useita kertoja päivässä ja ruuan kuvattiin sisältävän terveellisiä vaihtoehtoja, kuten kasviksia ja hedelmiä. Potilaan paino oli kuitenkin nousussa. Asiasta oli keskusteltu ja potilasta oli kehoitettu tarkentamaan ruokavaliota. Keskustelusta kuukauden kuluttua potilaan paino oli laskenut. Ohjauspolun alkuvaiheessa oli kirjattu potilaan nosta- neen esille väsymystä ja unettomuutta aiheuttavia häiriötekijöitä. Näiden korjaamiseksi oli annettu neuvo olla yhteydessä isännöitsijään ulkopuolisen häiriötekijän poistamiseksi. Myöhemmin potilaan kirjattiin nukkuneen hyvin. Omamittauksiin suhtautuminen ilmeni vaihtelevana. Toisaalta kirjattiin, ettei potilas tee verensokeri omamittauksia, mutta oli myös kirjauksia potilaan halusta omamittauksiin sekä verensokerin ja verenpaineen omamittauksista.

Kokoavasti voi todeta, että osaamisen kehittymisen näkökulmasta potilaalla oli sekä tietoa että taitoa, joita potilas hyödynsi ravitsemukseen liittyviä valintoja tehdessään. Toisaalta potilas oli ilmaissut epävarmuutta omamittauslaitteen käytössä. Potilaan kirjattiin myös tietävän lautasmallista ja sydänystävällisestä merkistä sekä osaavan valita terveellisiä ruoka-aineita. Asennoituminen muutoksiin oli myönteinen, mikä näkyi kirjauksissa ravitsemuksen laatuun ja liikunnan lisäämiseen liittyvinä muutoksina. Avoimeksi jäi, osallistuiko potilas koskaan hoidonohjauskurssille, mitä hänen kirjattiin jääneen miettimään. Yhtälailla avoimeksi jäi, oliko kolesterolilääkityksen lopettamiseen lääkärin lupa. Potilalla kirjattiin kuitenkin olleen sydänvaivojen vuoksi tapaamisia erikoissairaanhoidossa.



KUVIO 8 Tapaus "onnistuneesta muutoksesta elämän iloon" - osaamisen kehittyminen ajalla 2/2008-11/2013

6.3 Yhteenveto

Omahoidon ohjauksessa oli kirjauksia ravitsemuksen, liikunnan, painonhallinnan, päihdekäyttäytymisen, lääkehoidon, omamittausten, jalkahoidon, mielialan ja jatkohoidon sisältöalueilta. (kuvio 9) Omahoidonohjauksen kirjaamisen pääpaino oli ravitsemuksen itsekuria ja muutosta sekä lääkehoidon noudattamista ja suunnittelua kuvaavissa kirjauksissa. Niukimmin kirjauksia oli päihdekäyttäytymisestä, jalkahoidonohjauksen suunnittelusta sekä mielialaan tarjotusta tuesta. Hoitajat kirjasivat potilaan unenlaatuun liittyviä ongelmia, mutta eivät uneen ja lepoon liittyvää omahoidonohjausta. Päihteiden käyttöön ja mielialaan liittyvissä kirjauksissa painottui potilaan ääni, kun taas muilla sisältöalueilla painottui hoitajan ääni. Hoitajien ääni näyttäytyi arvioina ja huomioina, kun taas potilaiden ääni näyttäytyi ilmaisuina ja kysymyksinä.

Tietoa kuvaavissa kirjauksissa näkyi enemmänkin tiedon kartoittaminen kuin käyttäytymistä ohjaavan tiedon hallinta tai omahoidon toteuttamista heikentävän tiedon puute. Taitoa kuvattiin pääasiassa yleisellä tasolla mainitsemalla terveellisen ravitsemuksen ja lääkehoidon noudattamista, omamittausten onnistunutta toteuttamista sekä parantuneita omamittausarvoja. Asennoituminen arjessa tapahtuvaan omahoitoon ilmeni tässä aineistossa ongelmakeskeisenä. Kirjaukset käsittelivät pääasiassa potilaiden ongelmia, mutta eivät muutosteiden ongelmanratkaisukeinoja. Hoitajien tuki painottui kaikissa sisältöalueissa tiedon tarjoamiseen. Tuki ilmeni myös omahoidonohjauksen suunnitteluna, erityisesti ravitsemuksesta ja lääkityksestä keskusteluina, mutta myös eri sisältöalueisiin liittyvien asioiden läpikäymisenä, sopimisena, kertaamisena ja harjoitteluna. Liikuntaan, päihdekäyttäytymiseen ja mielialaan liittyvää suunnittelua ei kirjattu. Omaisten tarjoama tuki näyttäytyi omaisten osallistumisena arkeen.

<p>Toiminnallinen tieto: terveellisestä ravitsemuksesta liikkumisen tärkeydestä Sosiaalis-yhteisöllinen tieto: yhteydenottomahdollisuudesta Kokemuksellinen tieto: lääkehoidon vaikutuksista mielialaan vaikuttavista tekijöistä</p>	<p>Taito: terveelliset ruokavalinnat terveellinen ruokarytmi lääkehoidon toteutus (pistoshoito, lääkkeiden säännöstely) omamittausten toteuttaminen</p>
<p>Asennoituminen: ravitsemukseen liittyvä itsekuri ravitsemukseen, liikkumiseen, painonhallintaan ja tupakointiin liittyvä käyttäytymisen muutoshalukkuus liikunnallinen aktiivisuus päihdekäyttättyminen lääkehoidon noudattaminen kiinnostus lääkehoitoon omamittauksiin sitoutuminen jalkojen kunto kiinnostus jatkohoittoa kohtaan kysymykset ravitsemuksesta, lääkehoidosta ja jatkohoidosta</p>	<p>Tyypin 2 diabetespotilaan osaamisen osa-tekijät Ravitsemuksen, liikunnan, painonhallinnan, päihdekäyt- tämisen, lääkehoidon, omamittausten, jalkahoidon, mielialan ja jatkohoidon sisältöalueilla</p> <p>Tarjottu tuki: hoitajien tarjoama tuki (keskustelu, asioiden läpikäyminen, sopiminen, kertaaminen, harjoittelemineen, omahoidon suunnittelu) omaisten tarjoama tuki (omaisten osallistuminen arkeen)</p>

KUVIO 9 Tyypin 2 diabetespotilaan omahoidonohjauksessa kirjatut osaamisen osatekijät

Ohjaustilanteista tehdyt kirjaukset olivat lyhyitä mainintoja käsitellyistä sisältö-alueista eikä niissä ollut nähtävissä hoitotyön prosessimallia. Kirjauksissa oli niukasti pohdintoja potilaiden muutostarpeiden etenemisestä tai arviointeja muutoksen tai osaamisen kehittämisestä. Omahoidonohjausta kuvaavissa kirjauksissa toistettiin samoja asioita, eikä aiemmin käsiteltyihin asioihin enää palattu. Moni asia jäi avoimeksi eikä osaamisen kehittämisessä ollut nähtävissä edistymistä.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen eettiset näkökulmat

Tutkimuksen eettisyys on otettu huomioon tutkimuksen jokaisessa vaiheessa tutkimusaiheen valinnasta tutkimustulosten raportointiin. Sairaanhoidopiirin tutkimuseettinen toimikunta puolsi tieteellisen tutkimuksen suorittamista. Tutkimusluvan hyväksyi sairaanhoidopiirin johtajaylilääkäri. Potilastietojen luovutus- ja käyttöhakemukseen antoivat myöntävän päätöksen vastualuejohtaja ja sairaanhoidopiirin johtajaylilääkäri.

Tutkija ei tavannut tutkimusjoukkoon osallistuneita potilaita vaan sai potilaiden allekirjoitetut suostumuslomakkeet suoraan hoitajilta. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, ja siitä kieltäytymisellä ei ollut vaikutusta potilaiden saamaan hoitoon tai hoidon jatkuvuuteen. Tutkimukseen osallistuvilla potilailla oli mahdollisuus tehdä lisäkysymyksiä tutkijalle, mutta kukaan tutkimukseen osallistuvasta ei ottanut yhteyttä tutkijaan. Aineiston keräämisen jälkeen potilaiden allekirjoitetut suostumuslomakkeet säilytettiin lukollisessa kaapissa, johon vain tutkijalla oli avain. Aineistosta ei poimittu mitään sellaisia potilaiden tunnistetietoja, joka olisivat vaarantaneet potilaiden anonymiteetin, esimerkiksi puolison nimeä, työn sisältöä tai potilaiden anonymiteetin vaarantavia harrastuksia. Myöskään kirjausta tehneiden hoitajien nimiä ei aineistosta poimittu. Tutkija noudatti tarkoin eettistä arviointia potilaan ja hoitajan anonymiteetista, potilaan oikeudesta päättää tutkimukseen osallistumisestaan ja tutkijan etiikkaa tehden tutkimusta rehellisesti ja huolellisesti (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999). Tuloksia kirjatessaan, tallentaessaan, esittäessään ja arvioidessaan tutkija noudatti erityistä tarkkuutta, huolellisuutta ja rehellisyyttä sekä osoitti arvostusta muiden tutkijoiden tekemää työtä kohtaan.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden lähtökohta on tutkija ja hänen toimintansa koko tutkimusprosessin aikana (Graneheim ym. 2004). Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat aineiston valinta, tutkimuksen metodin valinta, käsittely, analysointi ja tutkimustulosten esittämistapa. Polit & Beck (2011) ohjeistavat tarkastelemaan luotettavuutta monista eri näkökulmista. Tämän tutkimuksen luotettavuutta on arvioitu uskottavuuden, vahvistettavuuden ja siirrettävyyden näkökulmista.

Uskottavuus tarkoittaa tutkimustulosten todenmukaisuutta ja sitä, miten tutkija on tulkinnut tutkimusaineistoa (Graneheim ym. 2004). Tässä tutkimuksessa käytettiin tutkimusaineistona hoitajien omahoidon ohjauksen kirjauksia. Tutkija keräsi potilasasiakirjoista aineiston, analysoi sen itse sekä muodosti analyysin pohjalta teorialähtöisen analyysirungon aikaisempien tutkimustulosten avulla. Uskottavuuteen voi vaikuttaa omahoitajajärjestelmä, jossa potilaan omahoidonohjausta kirjaa useimmiten sama hoitaja, joka saattaa muistaa potilaan tilannetta ja kirjata asioita muistiin yleisluontoisesti. Aineistosta ei kuitenkaan saada vahvistusta tälle, sillä aineistosta ei poimittu kirjausta toteuttaneiden hoitajien nimiä eikä aineistoa yhdistetty ammattiryhmään. Tämän vuoksi ei myöskään tiedetä oliko eri ammattiryhmien kirjaamisen määrässä eroja. Uskottavuutta tukevat aineistosta kerätyt hoitajien omahoidonohjausta koskevat kirjaukset, jotka vahvistivat tehtyä suositusta siitä (ks. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003–2010), että omahoitoon ohjaaminen tapahtuu perusterveydenhuollossa ja että hoitajien erikoissairaanhoidossa tehdyt kirjaukset liittyvät potilaan pre- tai postoperatiiviseen tai akuutin sairauden hoitoon. Tutkimuksen uskottavuutta voisi heikentää tutkimukseen osallistuneiden määrä. Tutkimuksen tavoitteeksi oli asetettu 100 potilaan suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Suostumuslomakkeiden keräämisen aikana osa vastaanotolle tulevista potilaista kieltäytyi osallistumisesta. Syytä kieltäytymiselle ei selvitetty.

Tutkimuksen uskottavuutta voisi myös heikentää hoitajien kirjausten niukkuus. Potilasasiakirjat sisälsivät kuitenkin 451 ohjaustilannetta perusterveydenhuollossa (vaihteluväli 1-35 ohjaustilannetta) ja potilasasiakirjoista muodostui auki kirjoitettua tekstiä 805 sivua (fontti 12, riviväli 1). Joten kirjauksista voitiin muodostaa hyvä kokonaiskäsitys omahoidon ohjauksen kirjaamisesta. Tutkimukseen osallistui monipuolinen tutkimusjoukko iän, sukupuolen ja sairauden etenemisen näkökulmasta.

Uskottavuutta tukee myös se, että tutkija tuntee aihealueen, käytettävät termit ja ammattisanaston (ks. Graneheim ym. 2004), sillä tutkija on toiminut lähes viisitoista vuotta sairaanhoitajan tehtävissä, hoitanut diabetesta sairastavia aikuispotilaita sekä kirjannut toteuttamaansa potilaan hoitoa ja omahoidonohjausta. Lisäksi tutkija on toiminut yli kahdeksan vuotta hoitotyön esimiestehtävissä kehittäen hoitotyötä, mukaan lukien kirjaaminen. Tutkija ei kuitenkaan ole ollut esimiehenä tai kollegana tutkimuslupia potilailta kysyneille eikä omahoidonohjausta kirjanneille hoitajille. Tutkijalla ei myöskään ollut hoi-

dollista suhdetta tutkimukseen osallistuviin potilaisiin. Tutkijalla on myös omakohtaista kokemusta tyyppin 2 diabetesta sairastavan omaisen sairauden omahoidosta, hoitoon sitoutumisesta, elintapojen muutostarpeesta, muutoksiin motivoimisesta ja omahoitoa tukevan osaamisen tarpeesta. Tutkija kuitenkin pyrki tiedostamaan omat ennakkokäsityksensä aiheesta.

Uskottavuuteen vaikuttaa myös se, että potilaan omat pohdinnat ja näkemykset olivat hoitajien kirjaamia. Tutkija analysoi hoitajien kirjauksia mutta ei pystynyt varmistamaan, olivatko ne potilaan omia pohdintoja vai oliko hoitaja tehnyt niistä omia tulkintoja ja olivatko tehdyt tulkinnat sellaisia, joita potilas itse oli niillä tarkoittanut. Tähän ei saatu varmistusta tällä tutkimuksella.

Laadullisen tutkimuksen **vahvistettavuus** tarkoittaa sitä, että tutkimustulokset ovat peräisin aineistosta, eivät tutkijan omista ajatuksista. Tutkija keräsi hoitajien omahoidonohjausta koskevat kirjatutkimukset potilastietojärjestelmästä sanataarkasti. Tutkija myös merkitsi kirjatutkimukset niin, että jokainen kirjaus oli yhdistettävissä tulosten tarkistamista varten alkuperäisiin kirjauksiin, aivan kuten Graneheim ja kumppanit (2004) suosittelevat. Tutkimuksen aineiston analysoinnissa käytettiin deduktiivista ja induktiivista sisällönanalyysiä sekä tapaustutkimusta. Deduktiivista analysointitapaa puolsivat aikaisemmista tutkimuksista esille tulleet osaamisen osa-alueet. Induktiivisen sisällönanalyysin käyttö antoi mahdollisuuden saada esiin kirjaamisen sisältöä. Analysointivaiheessa tarkkuutta vaativat samassa tulkintatavassa pitäytyminen, päällekkäisyyksien välttäminen ja alkuperäisen lauseen tai virkkeen sisällön säilyttäminen. Analyysi ja tulkinnat on mahdollisimman tarkoin kuvattu niin että lukija voi vakuuttua tulkintojen luotettavuudesta (esim. liite 6). Analyysin aikana tutkija piti tarkoin mielessä alkuperäisen lauseen tai virkkeen, jotta tulkintaa ei tehty liian kapeasta merkintäyksiköstä, ja lisäksi aineiston lukeminen useampaan kertaan antoi kokonaiskuvan omahoidon ohjauksen kirjaamisesta.

Tutkimuksen analysointi ei anna vastausta siihen, miten omahoidonohjaus on toteutunut, vaan analysointi kertoo vain sen mitä omahoidonohjaustilanteista on kirjattu. Analysoinnissa pyrittiin siihen, ettei olennaista tietoa jäisi analyysin ulkopuolelle tai ettei analysointivaiheessa alkuperäisen kirjatutkimuksen sisältämä tieto muuntuisi. Tutkimusanalyysiä ja sen raportointia kirjoitettiin niin avoimesti, että lukija pystyy seuraamaan tutkimuksen etenemistä. Analyysin eteneminen alkuperäisestä ilmaisusta pelkistyksen kautta ala- ja pääluokkiin kirjattiin näkyväksi myös jokaisen omahoidonohjaus sisällön kohtaan (taulukot 5-13). Tapaustutkimusten avulla saatiin kuva potilaan osaamisen kehittymisestä. Tutkija raportoi tapaustutkimustuloksia Baxterin ja kumppaneiden (2008) suositusten mukaisesti. Lukija pystyy seuraamaan tapausten lyhennettyjä ohjauspolun kirjauksia (kuviot 6-9) tai kaikkia tapaustutkimukseen otetuista potilaista ohjauspolun aikana kirjattuja sisältöjä (liitteet 7-10). Tutkimuksen heikkoutena voidaan pitää sitä, että tutkija suorittaa yksin analyysiprosessin (Elo ym. 2008). Vaikka tässä tutkimuksessa tutkija suoritti analyysiprosessin yksin, hän keskusteli kokeneiden ohjaajiensa kanssa analyysin etenemisestä.

Tutkimustulosten ja johtopäätösten **siirrettävyydellä** tarkoitetaan niiden siirtämistä vastaaviin tilanteisiin (Graneheim ym. 2004). Siirrettävyyteen vaikut-

taa aineiston keräämisen ajankohta. Potilasasiakirjoista kerätty aineisto käsitti tutkimukseen osallistuneiden potilaiden omahoidonohjausta kuvaavat hoitajien kirjaukset vuodesta 2005 - tammikuulle 2014, joten aineiston perusteella saatiin kuva hoitajien toteuttaman ohjauksen kirjaamisen todellisuudesta kyseisten vuosien aikana. Tulosten siirrettävyyteen vaikuttaa aineiston kerääminen yhdestä potilastietojärjestelmästä, ja toisaalta tutkimustuloksissa tarkasteltiin kirjauksen sisältöä, ei järjestelmän toimivuutta tai käyttöhelppoutta. Vuosien kuluessa kirjauksessa käytettävissä otsikoinneissa on tapahtunut muutosta (ks. taulukko 2), mutta kirjaamisessa on aina edellytetty prosessimaista kirjaamista hoidon tarpeesta, toimintoihin ja arviointiin (Saranto ym. 2009). Tutkimustulokset kuvaavat todennäköisesti suhteellisen yleistä omahoidonohjauksen kirjaamisen tilannetta julkisessa perusterveydenhuollossa.

7.3 Tulosten tarkastelu

7.3.1 Tyypin 2 diabetespotilaan omahoidonohjauksen sisältöalueet ja niiden kirjaaminen

Tyypin 2 diabetespotilaan omahoidonohjaus sisälsi kirjauksia ravitsemuksen, liikunnan, painonhallinnan, päihdekäyttämisen, lääkehoidon, omamittauksen, jalkahoidon, mielialan ja jatkohoidon sisältöalueilta, mutta ei uneen tai lepoon liittyvistä sisältöalueista. Kirjauksissa kuvattiin laaja-alaisemmin ravitsemukseen ja lääkehoitoon liittyvää ohjausta, kun taas niukimmin kuvattiin päihde- ja jalkahoidonohjausta sekä mielialaan liittyvää ohjausta. Muutostarpeet olivat nähtävissä epäterveellisinä valintoina ja terveyden epäedullisesti vaikuttavina käyttäytymisinä, mutta kokonaisuutena tarkastellen elintapoihin liittyviä tavoitteita kirjattiin niukasti. Tavoitteet kohdistuivat vain ravitsemukseen ja painonhallintaan ja ne olivat muotoiltu hoitajien näkökulmasta.

Sisältöalueet vastasivat diabeteksen Käypä hoito-suosituksessa (2016) mainittuja sisältöalueita, joista merkittävimpinä terveellisinä elintapoina pidetään ravitsemusta ja liikuntaa, joilla on vaikutusta painonhallintaan (Tuomilehto ym. 2001, Penn 2009, Lindström ym. 2003, 2006, 2010, IDF 2015). Monien muutostavoitteiden sijaan suositellaan muutoksen aloittamista ravitsemuksesta (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014). Tutkimusten mukaan diabeetikoille yleisiin syömishäiriöihin ja ravitsemuksessa ilmaantuviin ongelmakohtiin on tärkeää puuttua heti (Ali ym. 2006, Barnard ym. 2006, Katon ym. 2007). Toisaalta on todettu, että erityisesti ravitsemukseen liittyvien ongelmien kirjaaminen on puutteellista (Carlsson ym. 2012).

Ravitsemuksen laatua, liikkumisen määrää ja lääkehoidon noudattamista kuvaavissa kirjauksissa näkyi vahvimmin hoitajien arviot. Vastaavasti potilaiden ääni näkyi arjen käyttäytymisessä, kuten ruokailutottumuksissa, liikunnan harrastamisessa, päihteen käytössä ja lääkehoidon noudattamisessa. Potilaiden esille nostamat mietteet, toiveet tai kokemukset näyttivät nousseen osaksi ohjausta vain osittain. Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että potilaiden esil-

le nostamat asiat näyttävät jäävän huomioimatta (Friberg ym. 2006, Laitinen ym. 2010, Kaakinen ym. 2014). Hoitotyötä opiskelevia (ks. Iivanainen ym. 2013, 15-18) ohjataan ottamaan huomioon kirjauksissaan potilaiden tarpeet, kokemukset ja potilaslähtöisyys niin, että potilasasiakirjoista muodostuu potilaan näköisiä. Myös kansallinen lainsäädäntö velvoittaa tähän (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Potilaiden esille nostamien asioiden huomioiminen antaa tietoa ohjaustarpeesta (Alahuhta 2009a, 2009b, Absetz ym. 2009) ja omahoidon onnistumiseen vaikuttavista kokemuksista (Lang ym. 2006, Tiililä 2007, 277, Ulen ym. 2008) sekä auttaa potilaita omahoitoon (Bowersox ym. 2013, De las Cuevas ym. 2013, 2014) ja on arvostuksen osoitus potilaita kohtaan (Moene ym. 2006, Yagil ym. 2010, Mahomed ym. 2012, Günther ym. 2013). Ennen kaikkea potilaiden yksilöllinen huomioiminen lisää voimaantumista, joka vahvistaa potilaiden uskoa selviytyä omahoidossa esiin nousevista ongelmatilanteista (Funnell ym. 2009).

Unenlaatuun liittyviin ongelmiin ei kirjauksissa tartuttu, mutta useita huomioita tehtiin korkeasta verenpaineesta, jota unettomuus nostaa (ks. Ollila ym. 2011). Myöskään alkoholinkäyttöön liittyviin ongelmiin ei kirjauksissa tartuttu, vaikka jo muutamilla 10-15 minuutin keskusteluilla on vaikutusta alkoholia käyttävien potilaiden juomatottumuksiin (Jonas ym. 2012). Aiemmin on todettu, että arkaluonteiseksi koettuihin aiheisiin puuttuminen on vähäistä (Aira 2010). Käypä hoito-suosituksen potilasversiossa (2013) ja diabetesta sairastavan aikuisen alkukartoitus- ja arviokäynnin sisällössä (ks. liite 3) nostetaan esille päihteiden käytön merkitys painonhallintaan, mutta ei unen merkitystä. Käypä hoito-suosituksissa on unettomuudelle (2015) oma erillinen ohje, jossa todetaan, että riittämätön yöuni on yhteydessä tyyppin 2 diabetekseen. Riittämätön yöuni on yhteydessä lihavuuteen, verenpaineen kohoamiseen ja tyyppin 2 diabetekseen (Kryger ym. 2010).

Omahoidon muutoshalu näkyi positiivisina aikeina ja mietteinä tehdä muutoksia tulevaisuudessa. Ravitsemukseen liittyvä muutoshalu kohdistui kirjauksissa ravitsemuksen eri osatekijöihin, kuten ruuan määrän vähentämiseen ja laadun keventämiseen sekä ruokailurytmin korjaamiseen. Liikuntaan liittyvä muutoshalu kohdistui kirjauksissa enemmänkin ajatuksiin, mietteisiin ja aikeisiin lisätä liikuntaa. Tulevaisuuteen suuntautuneina aikeina ja haluina näkyi myös tupakointiin liittyvä muutoshalu, kun taas painonhallintaan liittyi aikeiden ohella myös kilomääräisiä muutostavoitteita. Aikeiden ja niissä onnistumisten ohella omahoidon muutoksissa kirjattiin myös repsahduksia. Repsahdukset ilmenivät enemmänkin dieettien noudattamisen loppumisena kuin jatkuvina elintapamuutoksina. Väliaikaisten dieettien sijaan tyyppin 2 diabetespotilaiden omahoito koostuu päivittäin tehtävistä elintapavalinnoista ja niihin liittyvistä päätöksistä (Johansson ym. 2006, Magill 2007, Zhang ym. 2007, Absetz ym. 2009, Alahuhta ym. 2009a, Jansik ym. 2010, Wang ym. 2011, Kaakinen ym. 2012). Positiivisuus sekä tulevaisuuteen suuntautuneisuus tukevat muutoksissa onnistumista (Alahuhta ym. 2010). Positiivisuus näkyi myös aikeina, jotka muuttuvat usein yrityksiksi (Salmela 2012). Toisaalta tiedetään, että positiivinen asennoituminen ei yksistään riitä käyttäytymisen muutokseen. Muutoksen täy-

tyy olla käytännössä mahdollista ja sen toteuttamiseksi potilailla tulee olla riittäviä voimavaroja, jotka toisaalta vahvistavat potilaiden omahoidon onnistumista ja toisaalta taas tukevat heidän innostustaan oman sairautensa hoitoon (Ruderfelt ym. 2004, Peyrot ym. 2007, Jallinoja ym. 2007, Marttila 2007, Casey ym. 2010).

Omahoidon suunnittelu painottui keskusteluihin ravitsemuksesta ja lääkehoidosta. Kirjatut keskustelut sisälsivät pääasiassa mainintoja keskustelun aiheista, mutta niissä oli nähtävissä myös ohjaamista keskustelun avulla omahoitoon, kuten pistoshoidon toteuttamiseen, pistospaikkojen kierrättämiseen tai hoitotasapainoa korjaavien keinojen hyödyntämiseen. Vaikka mielialaan liittyvien keskustelujen kirjaaminen oli niukkaa, niistä näkyi voimavarojen tukeminen, kuten keskustelua sairauden vaikutuksista, jaksamisesta tai stressin aiheuttajista. Aiemmin on todettu, että hoitajat kyllä kirjaavat potilaiden ahdistusta (Gardiner ym. 2009, Zakrisson ym. 2010, Kaakinen ym. 2014) mutta eivät kirjaa tukeneensa näiden ahdistumisesta selviämistä (Kaakinen ym. 2014). Diabetesta sairastavan aikuisen alkukartoitus- ja arviokäynnin sisältö Käypä hoitosuosituksessa (2016) nostetaan esille potilaan voimavarat eli mieliala ja jaksaminen, mutta Diabeteksen Käypä hoito-suosituksen potilasversiossa (2013) ei mielialaa ole nostettu esille.

Potilaiden kirjattiin tehneen muutoksia ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymiseen sekä toteuttaneen säännöllisiä omamittauksia, mutta myönteistä palautetta kirjattiin painonhallinnasta ja tupakoinnin vähentämisestä. Niukan palautteen on aikaisemmin tiedetty olevan yhteydessä vähäisiin tavoitteisiin (ks. Abraham ym. 2008, Absetz ym. 2011). Myös aiemmista ohjaustutkimuksista tiedetään, että palautteen antaminen keskusteluissa on yleisesti niukkaa (Poskiparta ym. 2006, 2007, Kettunen ym. 2006a) ja että annetun palautteen kirjaaminen on jopa puutteellista (Jefferies ym. 2010). Tutkimusten mukaan onnistumisen ilo johtaa myönteiseen asennoitumiseen omahoitoa kohtaan (Hankonen 2011). Myönteinen palaute motivoi potilaita yhä parempiin tuloksiin (Alahuhta 2009a, 2009b, Burke ym. 2009), osoittaa taitojen kehittymistä (Pinto ym. 2008), lisää innostusta omahoitoa kohtaan (Oftedal ym. 2010) ja osoittaa onko ohjauksella ollut toivottua vaikutusta (Kivistö 2009, Lipponen 2014).

7.3.2 Tyypin 2 diabetespotilaiden osaamisen osa-tekijät

Tyypin 2 diabetespotilaiden osaamisen osa-tekijät muodostuivat tietoon, taitoon, asennoitumiseen ja sosiaaliseen tukeen liittyvistä kirjauksista. Tiedot ja taidot ilmenivät kirjauksissa niukkoina, kun taas asennoitumista oli kuvattu monipuolisesti. Tietoa kuvaavat kirjatut olivat mainintoja sisältöalueisiin liittyvistä potilaiden tiedoista. Kirjauksista näkyi enemmänkin tiedon kartoittaminen kuin käyttäytymistä ohjaavan tiedon hallinta tai omahoidon toteuttamista heikentävän tiedon puute. Potilailla oli sekä toiminallista tietoa terveellisistä elintavoista, omamittausten tavoitearvoista ja omahoitovälineiden hakupaikasta että sosiaalis-yhteisöllistä tietoa yhteydenottomahdollisuuksista. Laajimmin potilailla oli kuitenkin kokemuksellista tietoa lääkehoidosta ja mielialaan vaikuttavista asioista. Eettistä tai taloudellisiin voimavaroihin, kuten sosiaalitur-

vaan, liittyvää tietoa ei ollut kirjattu. Myös aiemmista tutkimuksista tiedetään, että näiden tiedon osa-alueiden huomioiminen on niukkaa (Kyngäs ym. 2004, Heikkinen ym. 2007). Myös tiedon puutteiden kirjaaminen on merkityksellistä omahoidonohjauksen suunnittelun (Kääriäinen 2007, Mäkeläinen ym. 2009) ja potilaslähtöisen tiedon tarjoamisen vuoksi (Suhonen ym. 2005, Delameter 2006, Ormandy 2010). Tiedon määrällä ei kuitenkaan ole merkitystä, ellei tietoa osata käyttää hyödyksi tai sovittaa omaan arkeen (Alahuhta ym. 2010, Engel ym. 2012).

Taitoa kuvattiin pääasiassa yleisellä tasolla mainitsemalla parantuneita verensokeriarvoja, korjaantuneita ruokarytmejä tai terveellisiä ruokavaliovalintoja. Käyttäytymisen yhteyttä taitotietoon tehdä valintoja tai riskikäyttäytymisen seurausten ymmärtämistä ei kirjauksissa näkynyt. Aiemmissä tutkimuksissa on todettu, että potilaat kykenevät muuttamaan omaa käyttäytymistään ja oppimaan muutoksistaan, jos heillä on taitotietoa (Greaves ym. 2008, Ulen ym. 2008, Bond ym. 2009, Ausili ym. 2014). Kun potilaille on taitoa oman sairauden hoitoon, sitä helpompaa heidän on vältellä vointiin epäedullisesti vaikuttavia tekijöitä (Funnell ym. 2004). Potilaat, joilla on vahva usko omiin taitoihin, kykenevät hallitsemaan omia tunteitaan, tiedostavat omia rajoitteitaan ja selviävät stressaavista tilanteista ilman, että etsisivät muutuskäyttäytymiselle esteitä (Luszczynska ym. 2005).

Asennoituminen arjessa tapahtuvaan omahoitoon ilmeni tässä aineistossa negatiivisena, koska syitä muutuskäyttäytymiselle tai muutoshalukkuuden ja niiden korjaamisen esteille ei tarkemmin kuvattu. Kirjaukset käsittelivät pääasiassa potilaiden ongelmia, kuten epäterveellisiä ruoka-valintoja ja epäsäännöllistä ruokarytmiä, itsekurin puutetta ja kyvyttömyyttä ravitsemusmuutoksiin sekä haluttomuutta lääkahoitoon, tupakkalakoon, kirjallisen tiedon vastaanottamiseen ja omamittauksiin, sekä kirjauksia peruttamatta jääneistä ajoista. Aiemmissä tutkimuksista tiedetään, että negatiivisuus johtaa negatiivisiin ajatuksiin ja palautteisiin (Gartmeier ym. 2008). Negatiivisuus vaikuttaa myös potilaaseen asennoitumiseen (Buus 2009: 95–103) ja heijastuu potilaan omahoitoon (Funnell ym. 2012). Negatiivisuus eroaa kuitenkin realistisuudesta. Todenmukainen kuvaus omahoidon toteuttamisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä ohjaa ohjausta potilaslähtöisyyteen (Kääriäinen 2007). Ongelmakohtiin ratkaisujen etsiminen yhdessä potilaan kanssa vahvistaa muutoksentehtävyyttä ja tukee omahoidossa onnistumista enemmän kuin pelkkien epäkohtien huomioiminen. Tällaista ohjausta voidaan kuvata aktiiviseksi ohjaukseksi. (Kyngäs 2007.)

Potilaille tarjottu hoitajien tuki oli pääasiassa tiedon tarjoamista, mutta siinä näkyi hoitajalähtöisyys. Tarjottu tieto oli omahoitoa tukevaa tietoa lääkähoidon, omamittausten ja jalkahoidon toteuttamisesta. Tarjottu tieto sisälsi myös ravitsemuksen ja liikunnan terveellisistä vaikutuksista sekä jatkohoidon mahdollisuuksista tiedottamista. Painonhallintaan, päihteidenkäyttöön tai mielialaan liittyvän tiedon tarjoamisesta ei ollut kirjauksia. Kirjauksissa ei myöskään ollut ohjaamista muutosaikomuksen synnyttämiseen, muutosesteiden tunnistamiseen (ks. Abraham ym. 2008, Absetz ym. 2011), ongelmanratkaisukeinojen etsimiseen (Oftedal ym. 2010) tai sosiaalisen tuen hakemiseen, joka on

todettu merkitykselliseksi keinoksi muutoksessa onnistumiseen (Alahuhta ym. 2010, Greer ym. 2011, Vermunt ym. 2012) ja jonka vaikutusta on painotettu viimeaikaisissa tutkimuksissa (ks. Aggarwal ym. 2010, Greaves ym. 2011, Strom ym. 2012, Littlecott ym. 2014). Aiemmistä tutkimuksista tiedetään, että potilaat tarvitsevat sosiaaliturvaan (Kygäs ym. 2004, Heikkinen ym. 2007) ja kuntoutukseen liittyvää tietoa sekä tietoa potilasyhdistyksistä ja sairauden vaikutuksista omaisiin (Kääriäinen 2007, Lunnela ym. 2010, Roos ym. 2012). Tutkimusten mukaan potilaille muodostuu suurimaksi osaksi passiivisen tiedon vastaanottajan rooli (Höglund ym. 2010, Andersson ym. 2012) eivätkä yksilölliset tiedontarpeet tule aina huomioiduksi (Shishani 2008, Mäkeläinen 2009, Kääriäinen ym. 2010, Braidon ym. 2011). Yksilöllisten tiedontarpeiden tyydyttäminen motivoi potilaita omahoitoon (Ormandy 2010), aktivoi oman tiedon muodostamista (Kettunen ym. 2006b) ja vahvistaa elintapamuutoksissa onnistumista (Lang ym. 2006, Ulen ym. 2008), oman sairauden hallintaa (Funnell ym. 2004) sekä sairauden oireisiin vaikuttamista (Mäkeläinen 2009, Gjevjon ym. 2010, Wang ym. 2011, Kaakinen ym. 2014). Potilaat ovat ilmaisseet olleensa tyytyväisiä saadessaan tietoa sairaudesta ja sen hoidosta (Kääriäinen ym. 2005, Heikkinen ym. 2007, Isola ym. 2007).

Omaisten osallistumista potilaan arkeen oli kirjattu erittäin niukasti. Kirjaukset kohdistuivat vain jalkojenhoitoon ja omaisten huoleen omamittausten toteuttamisesta tai mainintoihin elinpiiriin kuuluvista henkilöistä. Omaisten osallistumista ohjaustilanteisiin ei kirjattu. Aiemmistä tutkimuksista tiedetään, ettei omaisia aina oteta mukaan ohjaukseen eikä heille tarjota tietoa tai mahdollisuutta keskusteluun terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa (Salminen-Tuomaala ym. 2008, Nikki ym. 2010, Mattila 2011). Omaiset on kuitenkin kuvattu voimavaraksi elintapamuutoksissa (Alahuhta ym. 2009b, Aggarwal ym. 2010, Jiang ym. 2012) ja sairauden kanssa selviämisessä (Kääriäinen 2007, Linnarsson ym. 2010, Kaakinen ym. 2012, Coco ym. 2013). Potilaat myös kokevat omaisten läsnäolon tärkeäksi (Vihijärvi ym. 2008, Hagberth ym. 2008, Kaakinen ym. 2012). Toisaalta omaiset saattavat asua kaukana ja fyysinen läsnäolo ei aina ole mahdollista. Tulevaisuudessa tekniset apuvälineet mahdollistavat omaisten osallistumisen.

7.3.3 Tyypin 2 diabetespotilaan osaamisen kehittyminen

Tyypin 2 diabetespotilaan ohjaustilanteista tehdyt kirjaukset olivat lyhyitä mainintoja käsitellyistä asioista. Kirjaukset muistuttivat enemmänkin muistiinpanoja kuin potilaiden muutostarpeiden etenemisen pohdintoja tai edellisellä kerralla tapahtuneiden muutosten ja osaamisen kehittymisen arviointeja. Kirjauksissa ei myöskään ollut nähtävissä hoitotyönprosessimallia (ks. Saranto ym. 2009). Tulos on samansuuntainen aiempien tutkimusten kanssa, joissa on todettu kirjaamisen sisältävän yksittäisiä mainintoja ja huomioita potilaasta (Mbaba-zi ym. 2006, Laitinen ym. 2010, Bengtsson 2011) ja hoitajien tehtäväorientaation ilmenevän kirjauksissa vahvana, eikä kirjauksissa ole nähtävillä hoitotyönprosessimallia (Kaakinen ym. 2014). Toisaalta on todettu, ettei kaikkia ohjaustilanteissa käsiteltyjä asioita kirjata (Bergh ym. 2007, De Marinis ym. 2010, Kääriäi-

nen ym. 2010, Gershater ym. 2011) tai että kirjauksissa on suunnittelemattomuutta ja sattumanvaraisuutta (Kärkkäinen ym. 2003, Friberg ym. 2006, Cook ym. 2008, Persenius ym. 2008, Kääriäinen ym. 2010, Gershater ym. 2011, Paans ym. 2011, Wang ym. 2011). Osaamisen kehittymistä on helpompi arvioida, jos kirjaukset ovat täsmällisiä (Cook ym. 2008, Gartlan ym. 2010, Häyrinen ym. 2010, Paans ym. 2011, Steindal ym. 2011) ja jos niitä voidaan tarkastella (Wang ym. 2011, Gershater ym. 2011, Blair ym. 2012) sekä arvioida yhdessä ohjaukselle asetettujen muutostavoitteiden kanssa (ks. Kettunen ym. 2004, Hansen ym. 2014).

Hoitopolun ohjauskokonaisuuden hahmottaminen osoittautui tässä tutkimuksessa vaikeaksi, eikä tämän aineiston perusteella voida tehdä johtopäätöksiä itse ohjaustilanteesta. Kirjauksissa monet asiat jäivät avoimiksi, aiempiin kirjauksiin ei palattu ja samoja asioita toistettiin. Aikaisemmista ohjaustutkimuksista tiedetään, ettei aiempia tietoja aina osata hyödyntää ohjauksen syventämisessä (Mäkeläinen 2009, Kääriäinen ym. 2010, Braido ym. 2011, Kaakinen 2013), että samoja asioita toistetaan (Jansik ym. 2010, Kaakinen ym. 2014) ja että ohjaustilanteet eivät aina vastaa potilaiden omia tarpeita (Kyngäs ym. 2004, Kääriäinen ym. 2005, Poskiparta ym. 2006, Brand ym. 2010, Mattila 2011, Paavilainen ym. 2012). Tiedetään myös, että asioita käsitellään pintapuolisesti (Poskiparta ym. 2007), ilman että keskityttäisiin potilaita huolestuttaviin asioihin, elintapamuutosta estäviin tekijöihin tai potilaiden esille nostamiin tavoitteisiin taikka sovellettaisiin ohjausta potilaiden elämäntilanteisiin (Kaakinen ym. 2014).

Monet elintapamuutostarpeessa olevat potilaat uskovat tulevansa toimeen ilman ohjausta (Salmela 2012). Uskoon suoriutumisesta saattaa vaikuttaa se, millaisia kokemuksia potilaat ovat saaneet ohjauksen vaikutuksesta oman sairauden hallintaan (Johansson 2006) ja mitä potilaat ovat oppineet muutuskäyttäytymisen keskeytymisestä ja omahoidon toteuttamisen repsahduksista (Greaves ym. 2008). Harva potilas selviytyy elintapamuutoksista yksin (Salmela 2012). Muutuskäyttäytyminen ei käynnisty suosituksista vaan potilaasta itsestään (Absetz ym. 2011), jolla on vastuu omista päätöksistään ja valinnoistaan (Pergener ym. 2002). Päätöksenteon tueksi tarvitaan riittävästi tietoa itsenäisten päätösten tekemiseen (Bernhardt ym. 2000, Pergener ym. 2002) ja ymmärrystä siitä, mitä vastuu oman sairauden hoidosta merkitsee (Jallinoja ym. 2007). Sen vuoksi ei ole samantekevää, millaista ohjaus on (Peltoniemi 2007, Brand ym. 2010, Ryhänen ym. 2012, Löfvenmark ym. 2013) ja miten sitä kirjataan potilaan kanssa yhdessä. Kirjaaminen toimii yhä enemmän potilaiden omahoidon suunnitelman ohjenuorana Kanta-palveluiden ja muiden yhteisten alustojen kautta.

7.4 Johtopäätökset

Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

- ✚ **Omahoidon ohjauksesta oli kirjattu diabeteksen Käypä hoitosuosituksen (2016) mukaisia sisältöalueita, mutta kirjauksista näkyi**

vain paikoitellen potilaiden ymmärrys, tiedon sovittaminen käytäntöön ja kokemusten hyödyntäminen.

- ✚ **Omahoidon ohjauksesta kirjatut potilaiden omat mietteet, toiveet ja kokemukset** näyttivät nousseen osaksi ohjausta vain osittain.
- ✚ **Potilaiden muutoshalukkuus ilmeni positiivisina** aikeina ja mietteinä tehdä tulevaisuudessa muutoksia elintapoihin. Kirjauksissa ei kuitenkaan seurattu olivatko aiheet ja mietteet siirtyneet osaksi arjen toimintaa.
- ✚ **Omahoidon ohjauksen suunnittelun kirjaaminen painottui keskusteluihin, joissa oli kyse potilaiden ohjaamisesta omahoidossa onnistumiseen ja potilaiden voimavarojen tukemiseen.** Kirjauksista ei kuitenkaan selvinnyt miten keskustelut olivat vaikuttaneet potilaiden omahoidon toteuttamiseen tai elintapamuutoksiin.
- ✚ **Osaamisen kirjaaminen ilmeni**
 - ❖ **enemmänkin potilailla olevan tiedon kartoittamisena** kuin käyttäytymistä ohjaavan tiedon tai sen puutteiden arviointina
 - ❖ **yleisellä tasolla enemmänkin kuvattuna taitona**, kuin käyttäytymisen yhteytenä taitotietoon tai ymmärryksenä riskikäyttäytymisen seurauksista
 - ❖ **negatiivisena asennoitumisena arjessa tapahtuvaa omahoitoa kohtaan**; nähtävillä ei ollut syitä muutuskäyttäytymiselle tai muutoshalukkuuden esteille
 - ❖ **hoitajien tarjoamana tietona**, ei potilaiden ohjaamisena muutosaikomuksen synnyttämiseen tai muutoksen esteiden tunnistamiseen
 - ❖ **omaisten osallistumisena potilaan arkeen**, mutta ei ohjaustilanteisiin
- ✚ **Osaamisen kehittymistä ei voi kirjausten perusteella arvioida.** Kirjaukset olivat lyhyitä mainintoja käsitellyistä asioista ja muistuttivat enemmänkin muistiinpanoja kuin potilaiden muutostarpeiden etene-
misen pohdintoja tai edellisellä kerralla tapahtuneiden muutosten ja osaamisen kehittymisen arviointeja.
- ✚ **Hoitopolun ohjauskokonaisuus ilmeni välillä epäloogisena ja paikoin jopa ristiriitaisena**, koska aiempiin kirjauksiin ei palattu, samoja asioita toistettiin ja monia asioita jäi avoimiksi. Tutkimus herättää kysymyksen omahoidon ohjauksen jatkuvuuteen vaikuttavan tiedon siirtymisestä eri ammattihenkilöiden välillä.

7.5 Toimenpide-ehdotukset

Tutkimustulosten perusteella on muodostunut ehdotuksia, joita tarvitaan potilaiden omahoidon ohjauksen ja osaamisen kirjaamisen vahvistamiseksi:

- ✚ Elintapojen lisäksi **tulee potilaiden kanssa keskustella mielialasta, unen määrästä ja laadusta sekä potilaiden mahdollisesti muutoksia es-tävistä tekijöistä.**
- ✚ Tyypin 2 diabetespotilaan kanssa **tulee yhdessä kirjata terveys- ja hoi-tosuunnitelmaan** sairauden tilanne, muutoskäyttäytymistä edellyttävät elintavat ja suunnitelma muutoskäyttäytymisen tueksi.
- ✚ Omahoidon ohjauksessa **tulee kirjata terveyskäyttäytymisen muutosta-voite**, jonka potilaat kykenevät saavuttamaan mahdollisimman nopeasti. Monien muutostarpeiden luettelemisen sijaan käyttäytymisen muutosta-voite voidaan aloittaa ravitsemuksen määrästä ja laadusta.
- ✚ Omahoidon ohjauksessa **tulee kirjata tavoitteiden eteneminen** ja niiden toteutumiseen vaikuttavat potilaiden pohdinnat ja mietteet. Tavoitteiden etenemistä tulee olla mahdollisuus seurata jokaisen ohjauskerran kirjaus-ten avulla.
- ✚ Omahoidon ohjauksen **kirjaamisessa tulee painottaa potilaiden esille nostamia asioita ja potilaiden ymmärrystä** siitä, miten he osaavat sovit-taa tietoja ja taitoja omahoidossa, sekä **tulee painottaa niitä asioita, jois-sa potilaat ovat onnistuneet**, ja kirjata niitä keinoja, joissa he kokevat tarvitsevansa tukea.
- ✚ **Jotta mielialavaihteluiden vaikutus ja unen merkitys tulisivat osaksi ohjausta, ne olisi kirjattava diabeteksen Käypä hoito-suosituksiin.** Potilasversioon (2013) voisi lisätä tietoa mielialavaihteluiden vaikutuksesta omahoidon toteuttamiseen ja unen merkityksestä potilaiden painonhal-lintaan, sekä diabetesta sairastavan aikuisen alkukartoitus- ja arviokäyn-nin sisältöihin (2016) voisi lisätä unen määrän ja laadun selvittämisen.
- ✚ **Kirjaamisen näkökulman tulee olla realistinen kuvaus potilaiden elin-tavoista, voimavaroista ja riskeistä, ei vain** luettelo kyvyttömyydestä, vaikeuksista tai kielteisestä asennoitumisesta.
- ✚ Omahoidon ohjauksen kirjaamiseen **tarvitaan selkeitä ohjeita.** Tämän merkitys korostuu, kun potilaat voivat itse voi tarkastella Kanta-tietojärjestelmästä omahoidonohjaustilanteesta tehtyjä kirjauksia.

7.6 Jatkotutkimusaiheet

Tyypin 2 diabetespotilaiden ohjausta ja sen kirjaamista tulee tulevaisuudessa tutkia monista eri näkökulmista potilaslähtöisen ohjauksen ja kirjaamisen kehittä-miseksi. Tutkimusaineiston keräämisessä tulee käyttää erilaisia metodeja.

Potilaiden näkökulmasta tulee tutkia potilaslähtöistä ohjausta edistäviä tekijöitä, kuten millainen omahoidonohjaus innostaa potilaita muutoksiin ja oman terveyden ylläpitämiseen sekä miten potilaat oppivat omasta käyttäyty-misestä omahoidon ohjauksessa. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia miten poti-laiden mietteet ja pohdinnat siirtyvät käytännön toimiksi ja muutoksiksi sekä mitkä tekijät vaikuttavat potilaiden mielestä muutosten onnistumiseen. Potilai-den näkökulmasta voisi tutkia myös sitä, miten potilaat hyödyntävät Kanta-

järjestelmään kirjattuja ohjauskeskusteluiden sisältöjä sekä millaisista asioista ja miten he haluavat tiedon vaihtoa Kanta-järjestelmän avulla.

Omaisten näkökulmasta olisi kiinnostavaa tutkia miten heidän osallistumistaan kirjataan tai millaisten apuvälineiden avulla omaisten osallistuminen olisi mahdollista toteuttaa, huolimatta pitkistäkin ajomatkoista. Miten ohjausta olisi mahdollista toteuttaa teknisten apuvälineiden avulla niin, että omaiset ja potilas osallistuvat yhdessä omahoidon ohjaukseen vaikka ovat eri paikkakunnilla. Tällä on merkitystä tulevaisuudessa sote-ratkaisun jälkeen, jos palveluja keskistetään.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkökulmasta on tarvetta tutkia ohjaukseen liittyvän tiedon siirtymistä eri ammattihenkilöiden välillä ja kirjaamiseen käytettävän ajan suhdetta ohjauksen vaikuttavuuteen. Potilastietojärjestelmien kehittämisen näkökulmasta voisi haastatella terveydenhuollon ammattihenkilöitä siitä, millainen kirjaamisjärjestelmä tukee potilaslähtöistä kirjaamista sekä ajallisesti että nopean käytettävyyden näkökulmasta.

ENGLISH SUMMARY

Introduction

Diabetes is a global challenge for health care (WHO 2010, the European Observatory on Health Systems and Policies 2010). More than 500 000 Finnish people suffer from diabetes, and the number has been on an upward trend (Sung et al. 2012). There are several common type 2 diabetes risk factors (Nolan et al. 2011), with the major risk factor related to health behavior (Cederberg et al. 2014, IDF 2015). The major health choices are related to diet, exercise, weight control, smoking and alcohol consumption (Knowler et al. 2009, Alwan et al. 2010, Glanz et al. 2010, IDF 2015).

Treatment of diabetes occurs mainly in primary care, where the patients' understanding of the condition and treatment is addressed and their attention is directed to the ways in which they can improve their own wellbeing (Osborne et al. 2007). Training patients in controlled self-management skills supports their empowerment, strengthens their skills and improves their psychosocial coping abilities (Gallant et al. 2007), as well as their skills in managing and maintaining a healthy lifestyle (Greenhalgh et al. 2011). The prevalence of type 2 diabetes combined with limited health care resources and mean that a patients' knowledge of self-management is paramount taking into account factors that can either hinder their quality of life or improve and prolong it.

This study is intended to integrate knowledge and ability (Greaves et al. 2008, Ulen et al. 2008, Bond et al. 2009, Ausili et al. 2014), support a positive mental attitude (Funnell et al. 2012), and offer patients social support (Funnell et al. 2009). It provides a broader view of what nurses pay attention to in patients' self-management counselling. In addition, the research provides insight into the direction, development, and control of patients' self-management skills and guidance.

Self-management counselling, its implementation, and impact in relation to different diseases have been studied by various methods and perspectives (Kaakinen et al. 2012). The area of nursing documentation has attracted some research attention over the past years (Saranto et al. 2009, Wang et al. 2011). Systematic search results give a picture of nurses' authoritarian view of the patient, the need for care and attitude management. A patients' own views, goals and the recognition of common areas of concern were limited (Friberg et al. 2006, Laitinen et al. 2010, Kaakinen et al. 2014).

Objectives, intervention, data and analysis

The purpose of this study was to describe where the contents of self-management counselling had been documented, how self-management counselling appeared in various content areas and how the patient's self-management skills developed during the control. The study involved 60 patients with type 2 diabetes. The research data consisted of nurses' documenta-

tions from type 2 diabetes patient self-management counselling situations (N = 60) in primary health care. The research data collected in 2014 from the period between the years 2005 and 2014.

The data were analyzed through inductive and deductive content analysis. The inductive analysis selected original expressions describing self-management counselling. Phrases and word combinations were read, the data was clustered, and recurring expressions and thought patterns were selected. Sub-categories with the same contents were combined in sections by giving them content-descriptive names. The deductive analysis method was carried out alongside the inductive analysis method, but the main categories consisted of elements of competence, knowledge, skills, attitudes, and social support. A case study approach was chosen because control paths differed in content.

The study included both men and women with type 2 diabetes with a range of different ages and life situations. The patients had been diagnosed at different times and they displayed variance in disease progression. The counselling path had a varied description of self-management situation contents.

Results

The documentation of self-management counselling included entries from content areas on nutrition, exercise, weight control, substance abuse, medication, self-monitoring, foot care, mood, and follow-up treatment. There were no entries related to sleep and rest content areas. The main focus of the self-management counselling documentation was descriptive entries related to nutritional discipline and change as well as planning and following medication care.

In the descriptions, patients' knowledge and skills were described briefly while their attitudes were described in a number of ways. Some patients had experiences and information related to healthy nutrition while most had experiential knowledge of the effects of drug therapy as well as the effects of stress, insomnia, fatigue, and mood. Patients had their own experiences of skills focused on drug treatment and self-monitoring, the implementation of a healthy diet and the injection of medicines. Nurses recorded the self-management skill developments in patients which were not directly expressed in the patients' ability. Documents contained nurses' estimates of and indirect references to, for example, good blood glucose levels, weight loss, proper eating routine, or diet. Patients displayed a range of attitudes towards self-management. Nurses documented patients expressing their own desires, questions, wishes and, commitment to self-management. Patients had healthy lifestyles and implemented self-monitoring and medication care regularly.

The nurses' notes on patients' participation in self-management were complex. The patients participated in different control situations through interaction. To support learning, patients practiced medication care and self-monitoring and discussed nutrition and factors influencing weight control. Patients also showed confidence in the nurses and openly discussed mental issues related to mental health.

The support offered by nurses consisted mainly of giving information. The nurses offered advice on medication care, self-monitoring, nutrition, and foot care to patients. In addition, only in scattered instances did the patients' own experiences, understanding, and the application of their knowledge to practice appear in the entries. Based on these documents, nurses gave patients opportunities to realize self-management by providing self-monitoring equipment as well as controlling their use. Nurses guided, provided information but did not encourage patients to change and take responsibility. The patients' intentions and considerations led to their behavior change. Changes in patients received very little positive feedback. However, the nurses did not search for reasons or causes for to patients' unhealthy behavior, but they did encourage them to change. The patients' close participation in situation control were not documented, but entries on patients' close participation in self-management were recorded.

Entries made on the guidance offered in self-management counselling situations consisted of short references to issues that were handled. They resembled notes more than they did considerations of patients' progress in their need to change or evaluations of changes or competence development from the previous meeting. The overall guidance of the treatment path seemed illogical and in places even contradictory because early entries were not returned to. The same issues were repeated while others remained open.

Conclusion

The nurses' voices were heard in the documentation. The nurses did not document or make use of the information received from the patients or show that it influenced the patients' self-management plan. They documented patients' knowledge, skills, and attitudes but not the patients' understanding, problem-solving skills or practical application of information. The nurses recorded how they advised and encouraged patients in successful self-management implementation. Patients received information, but the need for information was based on nurses' assessments. The lack of detailed notes likely resulted in the same subject matter being repeated over and over again in the self-management counselling.

On the basis of the study results, the following conclusions can be made:

- ✚ In the written documentation of self-management counselling, the patients' own ideas, desires and experiences seem to be part of the counselling only in a partial way.
- ✚ Patients' willingness to change appears as positive intentions and thoughts to make lifestyle changes in the future. However, the documentation does not indicate if the intentions and thoughts had become part of daily activity.

- ✚ There were documented discussions which addressed patients' successful self-management and resource support. It could not be determined from the documentation how the discussions had affected the patients' implementation of self-management or their changes in lifestyle.
- ✚ Competence appeared in the documentation in the following ways:
 - ❖ As a survey of the patients' current knowledge more than as information for guiding behavior or evaluating the lack of it.
 - ❖ As a general description of skills more than as a link of behavior to information skills or an understanding of the consequences of risk behavior.
 - ❖ As a negative attitude towards daily self-management. There were no reasons on view for the inability to change or barriers to the desire to change.
 - ❖ As information offered by the nurses, not as guidance that helped patients initiate their own intention to change or identify barriers to change.
 - ❖ The participation of friends and relations in the patients' daily lives, but not in the counselling situations.
- ✚ The development of competence cannot be evaluated on the basis of the documentation. The entries consisted of short references to issues that were discussed. They resembled notes more than they did considerations of patients' progress in their need to change or evaluations of changes or competence development from the previous meeting.
 - ✚ The overall counselling of the treatment path seemed illogical and in places even contradictory because earlier entries were not returned to. The same issues were repeated and others remained open. The study raises questions about the continuity of self-management counselling in the effective transfer of information between various professionals.

Proposals for future measures

Proposals are made based on results that required strengthening of patients' lifestyle management and self-management skills:

- ✚ In addition to discussing self-management, the following issues should be addressed with patients: mood, amount and quality of sleep, and possible factors preventing change.
- ✚ In cooperation with type 2 diabetes patients, the health and treatment plan should include the status of the disease, habits that promote behavior change, and a plan to support behavior change.

- ✚ Self-management counselling documentation should include goals for changing health behavior which the patient can achieve as quickly as possible. Instead of listing the various needs for change, the goals for behavior change can begin with the amount and quality of nutrition.
- ✚ Self-management counselling documentation should report progress towards goals as well as the thoughts and reflections of the patient that affect this progress. It should be possible to monitor progress towards the goals during every guidance session with the help of the documentation.
- ✚ Entries should emphasize the issues raised by patients, note the patients' understanding of how they can apply skills and information in self-management, highlight those things in which patients have succeeded, and record those means for which they feel they need support.
- ✚ In order for the effect of mood swings and the significance of sleep to become part of the counselling, they would need to be written into the diabetes Fair Treatment Recommendation. The 2013 version for patients could include information regarding the effects of mood swings on the administration of self-management and the importance of sleep for weight control. The contents of the initial survey and assessment visit for adults with diabetes (2016) could also include a determination of the amount and quality of sleep.
- ✚ The documentation should present a realistic description of patients' lifestyles, resources, and risks. It should not be a catalog of inability, difficulty or negative attitudes.
- ✚ There should be clear instructions for the documentation of self-management counselling because in this way lifestyle counselling has been shown to be cost effective. The importance of this is highlighted when the patients themselves can check what has been recorded about lifestyle counselling situations in the Kanta database.

Further research proposals

The research highlighted the following issues for further research:

In the future, the counselling of type 2 diabetes patients and how it is documented should be studied from a number of perspectives for the development of patient-centered self-management counselling as well as its documentation. Research material should be gathered using a variety of methods.

From the patient perspective, the factors promoting patient-centered counselling should be examined. These include what kind of counselling motivates self-management counselling patients to change, maintaining one's own health, and how patients learn about their own behavior in counselling. In addi-

tion, it would also be interesting to study how patients' thoughts and reflections become practical actions and changes as well as what factors affect, in the patients' eyes, successful changes. Further research could also look at the patients' perspectives on how they utilize the counselling situations recorded in the Kanta database and what kinds of issues and how they want information to be exchanged with the help of the Kanta database.

From the perspective of the friends and relatives, it would be interesting to examine how their participation is documented, or with what kinds of aids their participation would be possible regardless of long car trips. How could counselling be conducted with the help of technological aids so that relative and the patient could be present even if they live in different places? This is significant for the future after the restructuring of the Finnish social and health services, when services may become more centralized.

LÄHTEET

- Abraham, C. & Michie, S. 2008. A Taxonomy of Behavior Change Techniques Used in Health Psychology; 27 (1): 379-387.
- Absetz, P., Oldenburg, B., Hankonen, N., Valve, R., Heinonen, H., Nissinen, A, Talja, M., Fogelholm, M. & Uutela, A. 2009. Type 2 Diabetes Prevention in the Real World Three-year results of the GOAL Lifestyle Implementation Trial. *Diabetes Care*; 32(8): 1418-1420.
- Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. *Duodecim*;127:2265-2272.
- Aggarwal, B., Ming, L., Allegrante, J. P., & Mosca, L. 2010. Low Social Support Level is Associated with Non-Adherence to Diet at 1 Year in the Family Intervention Trial for Heart Health (FIT Heart). *Journal of Nutrition Education & Behavior*; 42 (6): 380-388.
- Ahola, AJ. & Groop, PH. 2013. Barriers to self-management of diabetes. *Diabetic Medicine*; 30: 413-420.
- Aira, M. 2010. Iäkkäiden suhtautuminen alkoholinkäytöstä kysymiseen. "Niitten kuuluu kysyä siitä viinasta, jos on aihetta." *Suomen Lääkärilehti*; 7.
- Alwan, A., Armstrong, T., Bettcher, D., Branca, G., Chisholm, D., Ezzati, M. ,et al. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva:World Health Organization; 2010.
- Anderson, R. & Funnell, M. 2010. Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*; 79: 277-282.
- Alahuhta, M., Korkiakangas, E., Kyngäs, H. & Laitinen, J. 2009a. Tyypin 2 diabeteksen korkean riskin henkilöiden elintapamuutoksen hyödyt ja haitat. *Hoitotiede*; 4: 259-268.
- Alahuhta, M., Korkiakangas, E., Jokelainen, T., Husman, P., Kyngäs, H. & Laitinen J. 2009b. Miten henkilöt, joilla on kohonnut tyypin 2 diabeteksen riski kuvaavat elintapamuutostaan ja painonhallintaansa? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*; 16: 148-158.
- Alahuhta, M. 2010. Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työikäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä. Oulun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirjatyö.
- Ali, S., Stone, MA., Peters, JL., Davies MJ. & Khunti, K. 2006. The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabet Medicine*; 23: 1165 - 1173
- Alberti, K. G. M. M., Zimmet, P. & Shaw, J. 2007. International diabetes Federation: a consensus on Type 2 diabetes prevention. *Diabetic Medicine*; 24 (5): 451-463.
- Ammenwerth, E., Rauchegger, F., Ehlers, F., Hirsch, B. & Schaubmayr, C. 2011. Effect of nursing information system on the quality of information processing in nursing: An evaluation study using the HIS-monitor instrument. *International Journal of Medical Informatics*; 80 (1), 25-38.

- Andersson, A. & Olheden, A. 2012. Patient participation in quality improvement: managers' opinions of patients as resources. *Journal of Clinical Nursing*; 21(23): 3590-3593.
- Andreae, C., Ekstedt, M. & Snellman, I. 2011. Patients' Participation as It Appears in the Nursing Documentation, When Care Is Ruled by Standardized Care Plans. *ISRN Nursing*; 10. Article ID 707601. Luettu 4.6.2016.
- Ausili, D., Masotto, M., Dall'Ora, C., Salvini, L. & Di Mauro, S. 2014. A literature review on self-care of chronic illness: definition, assessment and related outcomes. *Professioni Infermieristiche*; 67 (3): 180-189
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A. & Hainsworth, J. 2002. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*; 48: 177-187.
- Barnard, KD., Skinner, TC. & Peveler, R. 2006. The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 1 diabetes: systematic literature review. *Diabet Medicine*; 23: 445-448
- Baxter, P. & Jack, S. 2008. Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. *The Qualitative Report*; 13 (4): 544-599.
- Bélanger-Gravel, A., Godin, G., Vézina-Im, LA., Amireault, S. & Poirier, P. 2011. The effect of theory-based interventions on physical activity participation among overweight/obese individuals: a systematic review. *Obesity Reviews*; 12(6): 430-439.
- Bengtsson, C. 2011. Systemic lupus erythematosus and cardiac risk factors: medical record documentation and patient adherence. *Lupus*; 20: 1057-1062.
- Bergh, A., Bergh, C. & Friberg, F. 2007. How do nurses record pedagogical activities? Nurses' documentation in patient records in a cardiac rehabilitation unit for patients who have undergone coronary artery bypass surgery. *Journal of Clinical Nursing*; 16(10): 1898-1907.
- Bernhardt, BA., Geller, G., Doksum, T. & Mets, SA. 2000. Evaluation of nurses and genetic counselors as providers of education about breast cancer susceptibility testing. *Oncology Nursing Forum*; 27(1): 33-39.
- Biderman, A., Noff, E., Harris, SB., Friedman, N. & Levy, A. Treatment satisfaction of diabetic patients: what are the contributing factors. *The Journal of Family Practice*; 26(2): 102-108.
- Blair, W. & Smith, B. 2012. Nursing documentation: Frameworks and barriers. *Contemporary Nurse*; 41(2): 160-168.
- Blek, T., Heikkilä, J., Karinen, A., Kiema, M. & Liimatainen, L. 2007. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ja hänen läheisensä tiedon saanti ja riskitekijöihin asennoitumisen yhteys terveystietämiseen. *Tutkiva hoitotyö*; 5(4): 9-14.
- Blondon, K., Klasnja, P., Coleman, K., & Pratt, W. 2014. An exploration of attitudes toward the use of patient incentives to support diabetes self-management. *Psychology & Health*; 29(5): 552-563.

- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H. & Grunbach, K. 2002. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*; 288:2469-2475.
- Bodenheimer, TS. & Berry-Millett, R. 2009. Care Management of Patients with Complex Health Care Needs (Research Synthesis Report 19). Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation. Viitattu 1.1.2016. http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/issue_briefs/2009/rwjf49853/subassets/rwjf49853
- Bond, DS., Phelan, S., Leahey, TM., Hill, JO. & Wing, RR. 2009. Weight-loss maintenance in successful weight losers: surgical vs. non-surgical methods. *International Journal of Obesity*; 33: 173-180.
- Boström, E., Isaksson, U., Lundman, B., Graneheim, UH. & Hörnsten, Å. 2014. Interaction between diabetes specialist nurses and patients during group sessions about self-management in type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling* 94: 187-192.
- Bowersox, NW., Bohnert, AS., Ganoczy, D. & Pleiffer, PN. 2013. Inpatient psychiatric care experiences and its relationship to posthospitalization treatment participation. *Psychiatric Services*; 64(6): 554-562.
- Boyd, CM. & Fortin, M. 2010. Future of multimorbidity research: how should understanding multimorbidity inform health system design? *Public Health Rev.* 32 (2): 451-474.
- Braido, F., Baiardini, I., Menoni, S., Brusasco, V., Centanni, S., Girbino, G., Dal Negro, R. & Canonica, GW. 2011. Asthma management failure: a flaw in physicians' behavior or in patients' knowledge? *Journal of Asthma*; 48(3): 266-274.
- Brand, C., Claydon-Platt, K., McColl, G. & Bucknall, T. 2010. Meeting the needs of people diagnosed with rheumatoid arthritis: an analysis of patient-reported experience. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*; 2(1): 75-83.
- Briscoe, JS. & Berry, JA. 2009. Barriers to Weight Loss Counseling. Review. *The Journal for Nurse Practitioners*; 5 (3): 161-167.
- Brown, D., McWilliam, C. & Ward-Griffin, C. 2006. Client-centred empowering partnering in nursing. *Journal of Advanced Nursing*; 53:160-168.
- Burke, LE., Swigart, V., Warziski, Turk, M., Derro, N. & Ewing, LJ. 2009. Experiences of self-monitoring: successes and struggles during treatment for weight loss. *Qualitative Health Research*; 19(6): 815-828.
- Burke, SD., Sherr, D. & Lipman RD. 2014. Partnering with diabetes educators to improve patient outcomes. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*; 7: 45-53.
- Burlingame, GM., Ridge, N., Matsuno, J., Hwang, AD. & Earnshaw, D. 2006. Educational needs of inpatients with severe & persistent mental illness: a partial replication. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* 44 (5): 38-43.
- Burns, N. & Grove, SK. 2005. The practice of nursing research: Conduct, Critique and Utilization. Viides painos. W.B. Saunders, Philadelphia.

- Burns, N. & Grove, S. K. 2011. *Understanding nursing research; building an evidence-based practice*. 5th ed. Maryland Heights. Elsevier Saunders.
- Buus, N. 2009. How writing records reduces clinical knowledge: A field study of psychiatric hospital wards. *Archives of Psychiatric Nursing*; 23 (2): 95-103.
- Bylund CL., Peterson, EB. & Cameron, KA. 2012. A practitioner's guide to interpersonal communication theory: an overview and exploration of selected theories. *Patient Education and Counseling*; 87 (3): 261-267.
- Casey, D., De Civita, M. & Dasgupta, K. 2010. Understanding physical activity facilitators and barriers during and following a supervised exercise programme in type 2 diabetes: A qualitative study. *Diabetic Medicine*; 27(1): 79-84.
- Camerini, L., Schulz, P. & Nakamoto, K. 2012. Differential effects of health knowledge and health empowerment over patients' self-management and health outcomes: A cross-sectional evaluation. *Patient Education and Counseling*; 89: 337-344.
- Candrilli, S. D., Meyers, J. L., Boye, K. & Bae, J. P. 2015. Health care resource utilization and costs during episodes of care for type 2 diabetes mellitus-related comorbidities. *Journal of Diabetes and its Complications*; 29 (4): 529-533.
- Cappuccio, FP., D'Elia, L., Strazzullo, P. & Miller, MA. 2010. Quantity and quality of sleep and incidence of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*; 33: 414-420.
- Carey, VJ., Walters, EE., Colditz, GA., Solomon, CG., Willett, WC., Rosner, BA., Speizer, FE. & Manson, JAE. 1997. Body fat distribution and risk of non-insulin-dependent diabetes mellitus in women. The Nurses' Health Study. *American Journal of Epidemiology*; 145(7): 614-619.
- Carlsson, E., Ehnfors, M., Eldh, AC. & Ehrenberg, A. 2012. Accuracy and continuity in discharge information for patients with eating difficulties after stroke. *Journal of Clinical Nursing*; 21(1-2): 21-31.
- Carter-Edwards, L., Skelly, AH., Cagle, CS. & Appel, SJ. 2004. "They care but don't understand": family support of African American women with type 2 diabetes. *Diabetes Education*; 30(3):493-501.
- Cederberg, H., Stancáková, A., Kuusisto, J., Laakso, M. & Smith, U. 2014. Family history of type 2 diabetes increases the risk of both obesity and its complications: is type 2 diabetes a disease of inappropriate lipid storage? *Journal of Internal Medicine*; 5: 540-551.
- Chesla, CA., Gardiner, P., Fisher, L., Chun, K., Mullan, JT., Kanter, R. & Skaff, MM. 2004. Family and disease management in African-American patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*; 27: 2850-2855.
- Choudhury, SM., Brophy, S. & Williams, R. 2009. Understanding and beliefs of diabetes in the UK Bangladeshi population. *Diabetic Medicine*; 26(6): 636-640.
- Coco K, Tossavainen K, Jääskeläinen JE & Turunen H. 2013. The provision of emotional support to the families of traumatic brain injury patients

- perspectives of finnish nurses. *Journal of Clinical Nursing*; 22(9-10): 1467-1476.
- Cook, L., Castrogiovanni, A., David, D., Stephenson, DW., Dickson, M., Smith, D. & Bonney, A. 2008. Patient education documentation: is it being done? *Medsurg Nursing*; 17(5): 306-310.
- Counter, A. & Ellis, J. 2007. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *British Medical Journal*; 7 (335): 24-27
- Crandall, JP., Knowler, WC., Kahn, SE., Marrero, D., Florez, JC., Bray, GA., Haffner, SM., Hoskin, M. & Nathan, DM. Diabetes Prevention Program Research Group. 2008. The prevention of type 2 diabetes. *Nature Clinical Practice Endocrinology & Metabolism*; 4(7): 382-393.
- Crumlish, CM. & Magel, CT. 2011. Patient Education on Heart Attack Response: Is Rehearsal the Critical Factor in Knowledge Retention? *MEDSURG Nursing*; 20(6): 310-317.
- Dale, J., Caramlau, IO., Lindenmeyer, A. & Williams, SM. 2008. Peer support telephone calls for improving health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 8(4).
- Delameter, AM. 2006. Improving patient adherence. *Clinical Diabetes*; 24: 71-77.
- De las Cuevas, C. & Penate, W. 2013. To what extent psychiatric patients feel involved in decision making about their mental health care? Relationships with socio-demographic, clinical and psychological variables. *Acta Neuropsychiatrica*; 26(6) 19: 372-381.
- De las Cuevas, C., Wenceslao, P. & Rivera, L. 2014. To what extent is treatment adherence of psychiatric patient influenced by their participation in shared decision making? *Patient Preference and Adherence*; (8): 1547-1553.
- De Marinis, MG., Piredda, M., Pascarella, MC., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglino, D., Alvaro, R. & Matarese, M. 2010. If it is not recorded, it has not been done? Consistence between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing*; 19: 1544-1552.
- Denham, SA., Manoogian, MM. & Schuster, L. 2007. Managing family support and dietary routines: type 2 diabetes in rural Appalachian families. *Families, Systems, & Health*; 25(1):36-52.
- Denissen JJA., Zarrett NR. & Eccles JS. 2007. I like to do it, I'm able, and I know I am: longitudinal couplings between domainspecific achievement, self-concept, and interest. *Child Development*; 78(2): 430-447.
- Diabetesliitto 2016. Viitattu 26.1.2016.
<http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/jasenyhdistykset/diabetesyhdistykset>
- Dimoska, A., Tattersall, MHN., Butow, PN., Shepherd, H. & Kinnersley, P. 2008. Can a "Prompt List" empower cancer patients to ask relevant questions? *Cancer*; 113 (2): 225-237.
- DPP. Diabetes Prevention Program Research Group 2009. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet*; 374: 1677-1686.

- Dunckley, M., Ellard, D., Quinn, T. & Barlow, J. 2007. Recovery after coronary artery bypass grafting: patients' and health professionals' views of the hospital experience. *European Journal of Cardiovascular Nursing*; 6(3): 200-207.
- Dunn, C., Deroo, L. & Rivara, FP. 2001. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction*; 96:1725-1742.
- The Economist Intelligence Unit Limited 2009. Doctor innovation Shaking up the health system. The second report in a series of four from the Economist Intelligence Unit.
- Edwards, G. 2003. Good practice for keeping stroke patients and carers informed. *Professional nurse*; 18(9): 529-532.
- Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, UÅ., Paavilainen, E., Pietilä, AM., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2008. *Hoitotiede*. WSOY. Helsinki; 22: 124-127.
- Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*; 62 (1): 107-115.
- Embrey, NA. 2006. Concept analysis of self-management in long-term conditions. *British Journal of Neuroscience Nursing*; 2: 507-513.
- Engel, KG., Buckley, BA., Forth, VE., McCarthy, DM., Ellison, EP., Schmidt, MJ. & Adams, JG. 2012. Patient understanding of emergency department discharge instructions: where are knowledge deficits greatest? *Academic Emergency Medicine*; 19(9): 1035-1044.
- Ensio, A. 2001. *Hoitotyön toiminnan mallintaminen*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 89. Kuopion yliopiston painatuskeskus, Kuopio.
- Eriksson, M. & Lindström, B. 2007. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*; 61: 938-944.
- Ernstmann, N., Neumann, M. Ommen, O., Galushko, M., Wirtz, M., Voltz, R., Hallek, M. & Pfaff, H. 2009. Determinants and implications of cancer patients's psychosocial needs. *Supportive Care Cancer*; 17 (11): 1417-1423.
- European Commission 2015. Scoping study on communication to address and prevent chronic diseases: Final Report. DG Health and Food Safety. ICF International; 6.
- European Observatory on Health Systems and Policies. 2010. *Tackling Chronic Disease in Europe*. Viitattu 1.1.2016
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf.
- Fagermoen, MS. & Hamilton, G. 2006. Patient information at discharge - a study of a combined approach. *Patient Education & Counseling*; 63(1-2): 169-176.
- Fogelberg, M. & Wadensten, B. 2008. Nurse's experiences of and opinions about using standardized care plan in electronic health records - a questionnaire study. *Journal of Clinical Nursing*; 17 (6): 2137-2145.

- Friberg, F., Bergh, AL. & Lepp, M. 2006. In search of details of patient teaching in nursing documentation-an analysis of patient records in a medical ward in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*; 1550-1558.
- Friedman, AJ., Cosby, R., Boyko, S., Hatton-Bauer, J. & Turnbull, G. 2011. Effective Teaching Strategies and methods of Delivery for patient education: a Systematic review and Practice Guideline recommendations. *Journal of Cancer Education*; 26(1): 12-21.
- Fritschi, C., Quinn, L., Penckofer, S. & Surdyk, PM. 2010. Continuous glucose monitoring: the experience of women with type 2 diabetes. *Diabetes Education*; 36(2): 250-257.
- Funnell, MM. & Anderson RM. 2004. Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical Diabetes*; 22 (3): 123-127.
- Funnell, MM., Nwankwo, R., Gillard, ML., Anderson, RM. & Tang, TS. 2005. Implementing an empowerment-based diabetes selfmanagement education program. *Diabetes Education*; 31 (53): 55-56.
- Funnell, MM. 2009. Peer-based behavioural strategies to improve chronic disease self-management and clinical outcomes: evidence, logistics, evaluation considerations and needs for future research. *Family Practice Advance Access published*; 9: 17-22.
- Funnell, MM., Brown, TL., Childs, BP., Haas LB., Hosey Gwen, M., Jensen, B., Maryniuk, M., Peyrot, M., Piette, JD., Reader, D., Siminerio, LM., Weinger, K. & Weiss, MA. 2012. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care*; 35:101-108.
- Gallant, MP., Spitze, GD. & Prohaska, TR. 2007. Help or hindrance? How family and friends influence chronic illness self-management among older adults. *Research on Aging*; 29(5): 375-409.
- Gambling, T. & Long, AF. 2010. The realisation of patient-centred care during a 3-year proactive telephone counselling self-care intervention for diabetes. *Patient Education and Counseling*; 80: 219-226.
- Gardiner, C., Gott, M., Small, N., Payne, S., Seamark, D., Barnes, S., Halpin, D. & Rus,e C. 2009. Living with advanced chronic obstructive pulmonary disease: patients concerns regarding death and dying. *Palliative Medicine*; 23(8): 691-697.
- 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 behavior. *Health Promotion Practice*; 6(3): 320-328.
- Gartlan, J., Smith, A., Clennett, S., Walshe, D., Tomlinson-Smith, A., Boas, L. & Robison, A. 2010. An audit of the adequacy of acute wound care documentation of surgical inpatients. *Journal of Clinical Nursing*; 19(15-16): 2207-2214.
- Gartmeier, M., Bauer, J., Gruber, H. & Heid, H. 2008. Negative knowledge: Understanding professional learning and expertise. *Vocations and Learning*; 7: 87-103.

- Gazmararian, JA., Ziemer, DC. & Barnes, C. 2009. Perception of barriers to self-care management among diabetic patients. *Diabetes Education*; 35(5):778-788.
- Gershater, MA., Pilhammar, E. & Roijer, CA. 2011. Documentation of diabetes care in home nursing service in a Swedish municipality: a cross-sectional study on nurses' documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 25; 220-226.
- Gjevjon, E. & Hellesø, R. 2010. The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal of Clinical Nursing*; 19(1-2): 100-108.
- Glasgow, RE., Funnell, MM., Bonomi, AE., Davis, C., Beckham, V. & Wagner, EH. 2002. Self-management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series: implementation with diabetes and heart failure teams. *Annals of Behavioral Medicine*;24(2):80-87.
- Gilmartin, J. & Wright, K. 2007. The nurse's role in day surgery: a literature review. *International Nursing Review*; 54(2): 183-190.
- Glanz, K. & Bishop, DB. 2010. The role of behavioral science theory in development and implementation of public health intervention. *Annual Review of Public Health*; 31: 399-418.
- Graneheim, UH. & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*; 24: 105 - 112.
- Grave, RD., Centis, E., Marzocchi, R., Ghch, E. & Marchesini, G. 2013. Major factors for facilitating change in behavioral strategies to reduce obesity. *Journal of Psychology Research and Behavior Management*; 6: 101-110.
- Gray, CM., Hunt, K., Mutrie, N., Anderson, AS., Leishman, J., Dalgarno, L. & Wyke, S. 2013. Football Fans in Training: the development and optimization of an intervention delivered through professional sports clubs to help men lose weight, become more active and adopt healthier eating habits. *BMC Public Health*; 13: 232-249.
- Greaves, CJ., Middlebrooke, A., O'Loughlin, L., Holland, S., Piper, J., Steele, A., Gale, T., Hammerton, F. & Daly, M. 2008. Motivational interviewing for modifying diabetes risk: a randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*; 8 (58):535- 540.
- Greenhalgh, T., Collard, A., Campbell-Richards, D., Vijayaraghavan, S., Malik, F., Morris, J. & Claydon, A. 2011. Storylines of self-management: narratives of people with diabetes from a multiethnic inner city population. *Journal of Health Services Research & Policy*;16(1):37-43.
- Greer, D. M. & Hill, D. C. 2011. Implementing an evidence-based metabolic syndrome prevention and treatment program utilizing group visits. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*; 23 (2): 76-83.
- Griffith, L., Raina, P., Wu, H., Zhu, B. & Stathokostas, L. 2010. Population attributable risk for functional disability associated with chronic conditions in Canadian older adults. *Age Ageing*; 39 (6): 738-745.

- Grey, M., Knafl, K. & McCorkle, R. 2006. A framework for the study of self- and family management of chronic conditions. *Nursing Outlook*; 54(5): 278-286.
- Günther, K., Raitakari, S., Juhila, K., Saario, S., Kaartamo, R. & Kulmala, A. 2013. Asiakaslähtöisyys vakavaa mielen sairautta sairastavien nuorten aikuisten kuntoutuskurssilla. *Etnometodologinen tapaustutkimus. Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry:n julkaisusarja. Tampere: Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry.*
- Haas, L., Maryniuk, M., Beck, J., Cox, CE., Duker, P., Edwards, L., Hanson, L., Kent, D., Kolb, L., McLughlin L., McLaughlin, S., Orzeck, E., Piette, JD., Rhinehart, AS., Rothman, R., Sklaroff, S., Tomky, D., Youssef, G. 2014. National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. *Diabetes Care*; 37 (1): 144-153.
- Hagberth, V., Sjöberg, T. & Ivarsson, B. 2008. Older women with a serious cardiac event experience support with a Vifladd & Hopen inspired patient group education programme. *European Journal of Cardiovascular Nursing*; 7(2): 140-146.
- Hankonen, N. 2011. Psychosocial Processes of Health Behaviour Change in a Lifestyle Intervention Influences of Gender, Socioeconomic Status and Personality. Faculty of Social Sciences of the University of Helsinki. Academic Dissertation.
- Hansen, NV., Brændgaard, P., Hjørnholm, C. & la Cour, S. 2014. Qualitative research building real-life interventions: user-involving development of a mindfulness-based lifestyle change support program for overweight citizens. *European Journal of Clinical Nutrition*; 68(10): 1129-1133.
- Haskell, WL., Lee, IM., Pate, RR., Powell, KE., Blair, SN., Franklin, BA., Macera, CA., Heath, GW., Thompson, PD. & Bauman, A. 2007. Physical activity and Public Health. Updated recommendations for adults from the American college of sports medicine and the American heart association. *Circulation*; 116:1081-1093.
- Hautamäki-Lamminen, K., Åstedt-Kurki, P., Lehto, J. & Kellokumpu-Lehtinen, P. 2010. Syöpään sairastuminen ja seksuaalisuus: mitä potilaat odottavat seksuaaliohjaukselta? *Hoitotiede*; 22(4): 282-290.
- Hazlehurst, BL., Lawrence, JM. Donahoo, WT., Sherwood, NE., Kurzt, SE., Xu, S. & Steiner JF. 2014. Automating Assessment of lifestyle counseling in electronic health records. *American Journal of Preventive Medicine*; 46(5): 457-464.
- Hayes, E., McCahon, C., Panahi, MR., Hamre, T. & Pohlman, KJ. 2008. Alliance not compliance: coaching strategies to improve type 2 diabetes outcomes. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*; 20(3): 155-162.
- Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H., Hiltunen, A., Johansson, K., Kaljonen, A., Rankinen, S., Virtanen, H. & Salanterä, S. 2007. Ambulatory orthopaedic surgery patients' knowledge expectations and perceptions of received knowledge. *Journal of Advanced Nursing*; 60(3): 270-278.

- Heikkinen, K. 2011. Cognitively Empowering Internet-Based Patient Education for Ambulatory Orthopaedic Surgery Patients. Turun yliopisto. Väitöskirjatyö.
- Henkilötietolaki 22.4.1999/523. Viitattu 11.10.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523#L2P9>
- Henry, S., Warren, JJ., Lange, L. & Button P. 1998. A review of major nursing vocabularies and the extent to which they have the characteristics required for implementation in computer-based systems. *Journal of the American Medical Informatics Association*; 5(4): 321-328.
- Herman, AA. 2011. Community health workers and integrated primary health care teams in the 21st century. *The Journal of Ambulatory Care Management*; 34: 354-361.
- Higgins, J., Churchill, R., Cumpston, M., & Chandler, J. 2009. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Viitattu 31.3.2017. <http://handbook.cochrane.org/v5.0.2/>
- Holmstrom, IM. & Rosenqvist, U. 2005. Misunderstandings about illness and treatment among patients with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*; 49(2):146-154.
- Hyttinen, H. & Kanerva, AM. 2011. Iäkkään lonkkamurtumapotilaan ohjaus: systemoitu kirjallisuuskatsaus. *Tutkiva hoitotyö*; 9(2): 12-20.
- Häggman-Laitila, A. 2009. Näyttöön perustuvan hoitotyön edistäminen - systemoitu katsaus toimintamalleihin. *Tutkiva Hoitotyö*; 7(3): 20-26.
- Häyrinen, K., Lammintakanen, J. & Saranto, K. 2010. Evaluation of electronic nursing documentation - Nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. *International Journal of Medical Informatics*; 79(8): 554-564.
- Häyrinen, K. 2011. Kliininen tieto hoitoprosessissa. Tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen. Itä-Suomen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Kopijyvä, Kuopio. Väitöskirja.
- Höglund, A., Winblad, U., Arnetz, B. & Arnetz, JE. 2010. Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel. *Scandinavian Journal of Caring Science*; 24(3): 482-489.
- ICNP. 2014. *International Classification for Nursing Practice*. Viitattu 10.10.2015 <http://www.icn.ch/pillarsprograms/international-classification-for-nursing-practice-icnpr/>
- IDF. *International Diabetes Federation. Diabetes 2015*. Viitattu 1.11.2015. <https://www.idf.org/complications-diabetes>
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2013. *Hoida ja kirjaa*. 7. - 8. painos. Sanoma Pro Oy.
- Ilanne-Parikka, P. 2011. *Metabolic syndrome – lifestyle intervention in subjects with impaired glucose tolerance*. University of Tampere. Acta Universitatis Tamperensis 1658. Väitöskirja.

- Ilanne-Parikka, P. & Niskanen, L. 2015. Tyypin 2 diabeteksen hoito. Kirjassa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, MT. & Sane, T. Diabetes. Kustannus Oy Duodecim 2015, s. 343-378.
- Inzucchi, SE., Bergenstal, RM., Buse, JB., Diamant, M., Ferrannini, E., Nauck, M., Peters, AL., Tsapas, A., Wender, R. & Matthews, DR. 2012. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Patient-Centered Approach. Position Statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*; 35(6): 1364-1379.
- Irving, K., Treacy, M., Scott, A., Hyde, A., Butler, M. & MacNeela, P. 2006. Discursive practices in the documentation of patient assessments. *Journal of Advanced Nursing*; 53(2): 151-159.
- Ismail-Beigi, F., Moghissi, E., Tiktin, M., Hirsch, IB., Inzucchi, SE. & Genuth, S. 2011. Individualizing glycemic targets in type 2 diabetes mellitus: implications of recent clinical trials. *Annals of Internal Medicine*; 154: 554-559.
- Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede*; 19(2): 51-62.
- Jallinoja, P., Kuronen, R., Absetz, P. & Patja, K. 2006. Lääkehoidon, elintapahoidon ja ryhmäneuvonnan asema elintapasairauksien hoidossa. *Suomen Lääkärilehti*; 61(37): 3747-3751.
- 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(4):244-249.
- Jansen, J., van Weert, JCM., de Groot, J., van Dulmen, S., Heeren, TJ. & Bensing, JM. 2010. Emotional and informational patient cues: The impact of nurses' responses on recall. *Patient Education and Counseling*; 79 (2): 218-224.
- Jansik, 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*; 41:1-7.
- Jefferies, D., Johnson, M. & Griffiths, R. 2010. A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*; 16(2): 112-124.
- Jiang, L., Beals, J., Zhang, L., Mitchell, C., Manson, S., Acton, K. & Roubideaux, Y. 2012. Latent Class Analysis of Stages of Change for Multiple Health Behaviors: Results from the Special Diabetes Program for Indians Diabetes Prevention Program. *Prevention Science* 13 (5): 449-461.
- Johansson, K. 2006. Empowering orthopaedic patients through education. *Annales Universitatis Turkuensis Medica* 728. Väitöskirja.
- Johansson, K., Salanterä, S. & Katajisto, J. 2007. Empowering orthopaedic patients through preadmission education: results from a clinical study. *Patient Education and Counseling*; 66: 84-91.

- Johansson, K., Katajisto, J., Kettunen, J., Leino-Kilpi, H. & Montin, L. 2010. Total joint arthroplasty patients' perception of received knowledge of care. *Orthopaedic Nursing*; 29(4): 246-253.
- Johnston, S., Liddy, C., Ives, SM. & Soto, E. 2008. Literature Review on Chronic Disease Self-Management. The Champlain Local Health Integration Network; 4(15): 1-26.
- Jonas, DE., Garbutt, JC., Amick, HR., Brown, JM., Brownley, KA., Council, CL., Viera, AJ., Wilkins, TM., Schwartz, CJ., Richmond, EM., Yeatts, J., Evans, TS., Wood, SD. & Harris, RP. 2012. Behavioral Counseling After Screening for Alcohol Misuse in Primary Care: A Systematic Review and Meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*;157(9): 645-654.
- Kaakinen, P., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2012. The chronically ill patient's quality of counseling in the hospital. *Journal of Nursing Education and Practice*; 2: 114-123.
- Kaakinen, P. 2013. Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto. Väitöskirjatyö.
- Kaakinen, P., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2014. Pitkäaikaissairaalan aikuispotilaan ohjauksen laatu kirjaamisen perusteella. *Tutkiva Hoitotyö*; 12(1): 12-21.
- Kaisanlahti, A. 2011 Elintapaohjaus ontuu. *Diabetes ja lääkäri*; 40(2): 34-36.
- Kanta 2015. Viitattu 2.2.2016. <https://www.kanta.fi/>
- Kasila, K., Poskiparta, M., Kettunen, T. & Pietilä, I. 2009. Ohjaustyylit koululaisten napostelutottumuksia koskevassa suun terveysohjauksessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*; 46(1): 37-45.
- Katon, W., Lin, EH. & Kroenke, K. 2007. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General Hospital Psychiatry*; 29: 147-155.
- Kauronen, ML. 2016. Ohjaajien toiminta elintapamuutosten tukemisessa tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn ryhmäohjauksessa. *Studies in sport, Physical education and health* 236. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja.
- Kela/THL. 2015. Kansallinen koodistopalvelu. Viitattu 4.1.2016. <http://koodistopalvelu.kanta.fi/codeserver/pages/code-list-page.xhtml?returnLink=1>
- Kettunen, T., Poskiparta, M. & Liimatainen, L. 2001. Empowering counseling-a case study: nurse-patient encounter in a hospital. *Health Education Research*; 16(2): 227-238.
- Kettunen, T., Poskiparta, M. & Gerlander, M. 2002. Nurse-patient power relationship: preliminary evidence of patient's power messages. *Patient Educational and Counseling*; 47: 101-113.
- 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. 2006a. Lifestyle counseling in type 2 diabetes prevention: a case study of a nurse's communication activity to produce change talk. *Communication & Medicine*; 3: 3-14.
- Kettunen, T., Liimatainen, L., Villberg, J. & Perko, U. 2006b. Developing empowering health counseling measurement. Preliminary results. *Patient Education and Counseling*; 64(1-3): 159 - 166.
- Kiviaho-Tiippa, A. 2012. Diabeetikon jalkaongelmien ennaltaehkäisy Itä-Suomessa. Jalkojen kunto, omahoitokäytänteet, ohjaus ja seuranta diabeetikoiden arvioimana. Itä-Suomen yliopisto. Dissertations in Health Sciences. Väitöskirja.
- Kivistö, K., Johansson, K., Virtanen, H., Rankinen, S. & Leino-Kilpi, H. 2009. Asiakkaan voimavaraistumista tukeva terveysneuvonta työterveyshoitajan työssä. *Hoitotiede*; 1: 13-22.
- Knowler, W., Barrett-Connor, E., Fowler, S., Hamman, R., Lachin, J., Walker, E. & Nathan, D. 2002. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New England Journal of Medicine*; 346(6): 393-403.
- Knowler, WC., Fowler, SE., Hamman, RF., Lachin, JM., Walker, EA. & Nathan, DM. 2009. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet*; 374: 1677- 86.
- Komulainen, J., Vuokko, R. & Mäkelä, M. 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*; 7. Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Korkiakangas, EE., Alahuhta, MA. & Laitinen, JH. 2009. Barriers to regular exercise among adults at high risk or diagnosed with type 2 diabetes: a systematic review. *Health Promotion International*; 24(4): 416-427.
- Kovacs Burns, K., Nicolucci, A., Holt, R., Willaing, I., Hermanns, N., Kalra, S., Wens, J., Pouwer, F., Skovlund, SE. & Peyrot, M. 2013. Diabetes attitudes, wishes and needs second study (DAWN2TM): Cross-national benchmarking indicators for family members living with people with diabetes. *Diabetic Medicine*; 30: 778-788.
- Kroese, FM., Adriaanse, MA., Vinkers, CD., van de Schoot, R. & de Ridder, DT. 2014. The effectiveness of a proactive coping intervention targeting self-management in diabetes patients. *Psychology & Health*; 29(1): 110-125.
- Kruger, J., Blanck, H. & Gillespie, C. 2006. Dietary and physical activity behaviors among adults successful at weight loss maintenance. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*; 3:17.
- Kryger, MH., Roth, T. & Dement, WC (toim.) 2010. Principles and practice of sleep medicine. St Louis, MI: Elsevier.
- Kuusisto, A., Nykänen, P. & Kaipio, J. 2014. Usefulness of Nursing Documentations in Multi-professional Collaboration and Information Exchange in Finland. *Journal of Nurs Care*; 3(4): 1-3.
- Korhonen, A., Jylhä, V. & Holopainen, A. 2012. Millaiseen tietoon potilaan hoitoa koskevat päätökset perustuvat. *Tutkiva Hoitotyö*; 10(1): 40-42.

- Kylmä, J., Rissanen, ML., Laukkanen, E., Nikkonen, M., Juvakka, T. & Isola, A. 2008. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä on tietoa hoitotyön kehittämiseen. *Tutkiva hoitotyö*;2: 23-29.
- Kyngäs, H. 2003. Patient education: perspective of adolescents with a chronic disease. *Journal of Clinical Nursing*; 12: 744-751.
- Kyngäs, H., Kukkurainen, M. & Mäkeläinen, P. 2004. Potilasohjaus nivelreumaa sairastavien potilaiden arvioimana. *Hoitotiede*; 16(5): 225-234.
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede*; 23 (2): 138-148.
- Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. (PDF Download Available). Available from: https://www.researchgate.net/publication/261723764_Sisallanalyysi_suomalaisessa_hoitotieteellisessa_tutkimuksessa [accessed Mar 30, 2017].
- Kähkönen, O., Kankkunen, P. & Saaranen, T. 2012. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. *Hoitotiede*; 24(3): 201-215.
- Kärkkäinen, O. & Eriksson, K. 2003. Evaluation of patient records as part of developing a nursing care classification. *Journal of Clinical Nursing*; 12(2): 198-205.
- Kärkkäinen, A. 2013. Valtakunnallinen potilastiedon arkisto. Arkiston käyttöön liittyvät yleiset toimintamallit terveydenhuollon ammattihenkilöille. *Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos*; 1-27.
- Kääriäinen, A. 2003. Lastensuojelun sosiaalityö asiakirjoina. Dokumentoinnin ja tiedonmuodostuksen dynamiikka. Sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia 1. Helsingin yliopisto. Väitöskirja.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002. *Hoitotiede*; 17(4): 208-216.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveydenhuoltohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede*; 18(1): 4-13.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Oulu. Väitöskirja.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2010. The quality of patient education evaluated by the health personnel. *Scandinavian Journal of Caring Science*; 24(3): 548-556.
- Kääriäinen, M., Kukkurainen, ML., Kyngäs, H. & Karppinen, L. 2011. Improving the quality of rheumatoid arthritis patients' education using written information. *Musculoskeletal Care*; 9(1): 19-24.
- Käypä hoito - suositus. 2016. Diabetes. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 1.5.2016. www.kaypahoito.fi.
- Käypä hoito - suositus. 2015. Unettomuus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton

- Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 1.12.2016. www.kaypahoito.fi.
- Laine, M., Bamberg, J. & Jokinen, P. 2008. Tapaustutkimuksen käytäntö ja teoria. Teoksessa Tapaustutkimuksen taito, 2. painos (toim. M. Laine, J. Bamberg ja P. Jokinen). Helsinki: Gaudeamus: 9-38.
- Laitinen, H., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Patient-focused nursing documentation expressed by nurses. *Journal of Clinical Nursing*; 19: 489-497.
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/448. Viitattu 2.2.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488>.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 3.2.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159. Viitattu 3.2.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>
- 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.
- Latham, G. & Locke, E. 2007. New developments in and directions for goal-setting research. *European Psychologist*; 12(4): 290-300.
- Lau, F., Price, M. & Keshavjee, K. 2011. From benefits evaluation to clinical adoption: making sense of health information system success in Canada. *Healthcare Quarterly*; 14(1): 39-45.
- Lawn, S., McMillan, J. & Pulvirenti, M. 2010. Chronic condition self-management: expectations of responsibility. *Patient Education and Counseling*; 84(2): 5-8.
- Leino-Kilpi, H., Mäenpää, I. & Katajisto, J. 1999. Pitkäaikaisen terveystietojen sisäinen hallinta. Potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperustan kehittäminen. Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 229. Saarijärvi. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Leino-Kilpi, H., Salanterä, S. & Virtanen, H. 2007. Empowering discourse in patient education. *Patient Education and Counseling*; 66: 140-146.
- Levin, LS. & Idler EL. 1983. Self-care in Health. *Annual Review of Public Health*; 4: 181-201.
- Liburd, LC. 2003. Food, identity, and African-American women with type 2 diabetes: an anthropological perspective. *Diabetes Spectrum*; 16(3): 160-165.
- Liebreich, T., Plotnikoff, RC., Courneya, KS. & Boulé, N. 2009. Diabetes NetPLAY: A physical activity website and linked email counselling randomized intervention for individuals with type 2 diabetes. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*; 27 (6): 6-18.
- Liljamo, P., Kaakinen, P. & Ensio, A. 2008. Opas FinCC - luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot - hanke 2007-2008.

- Liljamo, P., Kinnunen, UM. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL. Helsinki.
- Lindström, J. & Tuomilehto, J. 2003. The Diabetes Risk Scores: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care*; 26: 725-31.
- Lindström, J., Ilanne-Parikka, P., Peltonen, M., Aunola, S., Ericson, J., Hemiö, K., Hämäläinen, H., Härkönen, P., Kiukaanniemi-Keinänen, S., Laakso, M., Louheranta, A., Mannelin, M., Paturi, M., Sundvall J., Valle, T., Uusitupa, M., Tuomilehto, J. and on behalf of the Finnish Diabetes Prevention Group 2006. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet*; 368: 1673-1679.
- Lindström, J., Absetz, P., Hemiö, K., Peltomäki, P. & Peltonen, M. 2010. Reducing the risk of type 2 diabetes with nutrition and physical activity - efficacy and implementation of lifestyle interventions in Finland. *Public Health Nutrition*; 13 (6): 993-999.
- Lindström, J., Peltonen, M., Eriksson, JG., Ilanne-Parikka, P., Aunola, S., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Uusitupa, M. & Tuomilehto, J. 2013. Improved lifestyle and decreased diabetes risk over 13 years: long-term follow-up of the randomised Finnish Diabetes Prevention Study (DPS). *Diabetologia*; 56: 284-293.
- Linnarsson JR, Bubini J & Perseus KI. 2010. A meta-synthesis of qualitative research into needs and experiences of significant others to critically ill or injured patients. *Journal of Clinical Nursing*; 19(21-22): 3102-3111.
- Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos. Väitöskirjatyö.
- Littlecott, H. J., Moore, G. F., Moore, L. & Murphy, S. 2014. Psychosocial mediators of change in physical activity in the Welsh national exercise referral scheme: secondary analysis of a randomised controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 27 (11): 2-11.
- Liu, Y., Han, Y., Shi, J., Li, R., Li, S., Jin, N., Gu, Y. & Guo, H. 2015. Effect of peer education on self-management and psychological status in type 2 diabetes patients with emotional disorders. *Journal of Diabetes Investigation*; 6: 479-486.
- Locke, EA. & Latham, GP. 2002. Building a Practically Useful Theory of Goal Setting and Task Motivation. A 35-years Odyssey. *American Psychologist*; 57(9): 705-717.
- Lommi, M., Matarese, M., Alvaro, R., Piredda, M. & De Marinis, MG. 2015. The experiences of self-care in community-dwelling older people: A meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies*; 12: 1854-1867.
- Lorig, K. & Holman, HR. 2003. Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*; 26(1): 1-7.

- Lorig, K., Ritter, PL., Villa, FJ. & Armas, J. 2009. Community-based peer-led diabetes self-management: a randomized trial. *Diabetes Educator*; 35(4):641-651.
- Lunnela, J., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2010. The views of compliant glaucoma patients on counselling and social support. *Scandinavian Journal of Caring Science*; 24(3): 490-498.
- Lunnela, J. 2011. Internet-perusteisen potilasohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikutus glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa. Oulun Yliopisto. Oulu. Väitöskirja.
- Luszczynska, A. & Schwarzer, R. 2005. Multidimensional health locus of control: Comments on the construct and its measurement. *Journal of Health Psychology* 10: 633-642.
- Löfvenmark, C., Saboonchi, F., Edner, M., Billing, E. & Mattiasson, A. 2013. Evaluation of an educational programme for family members of patients living with heart failure: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*; 22(1): 115-126.
- Magee, M., Bowling, A., Copeland, J., Fokar, A., Pasquale, P. & Youssef, G. 2011. The ABCs of diabetes: diabetes self-management education program for African Americans affects A1C, lipid-lowering agent prescriptions, and emergency department visits. *Diabetes Education*; 37: 95-103.
- Markland, D., Ryan, RM., Tobin, VJ. & Rollnick, S. 2005. Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*; 24: 811-831.
- Marrero, DG., Ard, J., Delamater, AM., Peragallo-ittko, V., Mayer-Davis, EJ., Nwankwo, R. & Fisher EB. 2013. Twenty-first century behavioral medicine: a context for empowering clinicians and patients With diabetes: a consensus report. *Diabetes Care*; 36(2): 463-470.
- Marttila, J. 2007. Käyttäytyminen ei muutu käskystä. *Diabetes ja lääkäri*; 36(4): 18-22.
- Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. *Acta Universitatis Tamperensis* 1107. Väitöskirja.
- May, S. 2010. Self-management of chronic low back pain and osteoarthritis. *Nature Reviews Rheumatology*; 6(4):199-209.
- McBroom, LA. & Enriquez, M. 2009. Review of family-centered interventions to enhance the health outcomes of children with type 1 diabetes. *The Diabetes Educator*; 35: 428-438.
- MacPherson, SL., Joseph, D. & Sullivan, E. 2004. The benefits of peer support with diabetes. *Nursing Forum*; 39: 4-12.
- Mahomed, R., St John, W. & Patterson, E. 2012. Understanding the process of patient satisfaction with nurse-led chronic disease management in general practice. *Journal of Advanced Nursing*; 68(11): 2538-2549.
- Mbabazi, P. & Cassimjee, R. 2006. The quality of nursing documentation in a hospital in Rwanda. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*; 8: 31-42.

- McCloskey, J. & Flenniken, D. 2010. Overcoming cultural barriers to diabetes control: a qualitative study of southwestern New Mexico Hispanics. *Journal of cultural diversity*; 17(3): 110-115.
- McGinn, CA., Grenier, S., Duplanti, J., Shaw, N., Sicotte, C., Mathieu, L., Leduc, Y., Legare, F. & Gagnon, MP. 2011. Comparison of User Groups' Perspectives of Barriers and Facilitators to Implementing Electronic Health Records: a Systematic Review. *BMC Medicine*; 9: 46.
- Meißner, A. & Schnepf, W. 2014. Staff experiences within the implementation of computer-based nursing records in residential aged care facilities: a systematic review and synthesis of qualitative research. *BMC Medical Informatics and Decision Making*; 14.
- Melby, L. & Hellesø, R. 2010. Electronic exchange of discharge summaries between hospital and municipal care from health personnel's perspectives. *International Journal of Integrated Care*; 10(21): 1-9.
- Mensing, C., Boucher, J., Cypress, M., Weinger, K., Mucawy, K., Barta, P., Hosey, G., Kopher, W., Lasichak, A., Lamb, B., Mangan, M., Norman, J., Tanja, J., Yauk, L., Dawnwisdom, K. & Adams, C. 2005. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care*; 28: 72-79.
- Michie, S., van Stralen, MM. & West, R. 2011. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*; 6: 1-11.
- Mikkonen, I. 2009. Sairastuneen vertaistuki. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalipsykologian laitos. Kuopion yliopisto. Väitöskirjatyö.
- Moene, M., Bergbom, I. & Skott, C. 2006. Patients' existential situation prior to colorectal surgery. *Journal of Advanced Nursing*; 54(2): 199-207.
- Muehrer, R., Schatell, D., Witten, B., Gagnon, R., Becker, B. & Hofmann, R. 2011. Factors affecting employment at initiation of dialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*; 6(3): 489-496.
- Mustajoki, P. 2004. Ravitsemusneuvonta lääkärin työkaluna. *Duodecim*; 120:116-118.
- Mustajoki, P. 2016. Tyypin 2 diabeteksen hoito. *Duodecim*; 4.
- Mäkeläinen, P. 2009. Nivelreumaa sairastavan potilaan ohjaus ja potilaan hallinnan tunne. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 167. Kuopion Yliopisto. Väitöskirja.
- Männistö, S., Laatikainen, T., Vartiainen, E. 2012. Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. FINRISKI 2012 -tutkimus 2012. Viitattu 14.4.2016. www.thl.fi
- Nakagawa-Kogan, H., Garber, A., Jarrett, M., Egan, KJ. & Hendershot, S. 1988. Self-management of hypertension: predictors of success in diastolic blood pressure reduction. *Research in Nursing & Health*; 11: 105-115.
- Nagelkerk, J., Reick, K. & Meengs, L. 2006. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *Journal of Advanced Nursing*; 54(2): 151-158.
- Nielsen, D., Ryg, J., Nielsen, W., Knold, B., Nissen, N. & Brixen, K. 2010. Patient education in groups increases knowledge of osteoporosis and adherence

- to treatment: A two-year randomized controlled trial. *Patient education & Counseling*; 81(2): 155-160.
- Nikki, L. & Paavilainen, E. 2010. Läheisten hoitoon osallistuminen päivystyspoliklinikalla. *Hoitotiede*; 22(4): 312-323.
- Noar, SM. 2006. A health educator's guide to theories of health behaviour. *International Quarterly of Community Health Education*; 24: 75-92.
- Nolan, CJ., Damm, P. & Prentki, M. 2011. Type 2 diabetes across generations: from pathophysiology to prevention and management. *Lancet*; 378(9): 169-181.
- Nonaka, I. 1994. A dynamic theory of organizational knowledge creation. *Organization Science*; 5(1): 14-37.
- Noordman, J., Koopmans, B., Korevaar, JC., van der Weijden, T. & van Dulmen, S. 2013. Exploring lifestyle counselling in routine primary care consultations: the professionals' role. *Family practice*; 30 (3): 332-340.
- Norris, SL., Zhang, X., Avenell, A., Gregg, E., Bowman, B., Serdula, M., Brown, TJ., Schmid, CH. & , J. 2004. Long-term effectiveness of lifestyle and behavioral weight loss interventions in adults with type 2 diabetes: a meta-analysis. *The American Journal of Medicine*; 117: 762-774.
- Norris, SL., Zhang, X., Avenell, A., Gregg, E., Schmid, CH. & Lau J. 2009. Long-term non-pharmacological weight loss interventions for adults with prediabetes - Review. *Cochrane Library*; (1).
- Nossum, R., Rise, MB. & Steinsbekk, A. 2013. Patient education - which parts of the content predict impact on coping skills?. *Scandinavian Journal of Public Health*; 41(4): 429-435.
- Novak, M., Costantini, L., Schneider, S. & Beanlands, H. 2013. Approaches to self-management in chronic illness. *Seminars in Dialysis*; 26 (2): 188-194.
- Nuovo, J., Balsbaugh, T., Barton, S., Fong, R., Fox-Garcia, J., Levich, B. & Fenton, JJ. 2007. Interventions to support diabetes self-management: the key role of the patient in diabetes care. *Current Diabetes Reviews*; 3(4): 226-228.
- Nykänen, P. (toim.) & Junttila, K. 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. *THL*; 40.
- Oftedal, B., Karlsen, B. & Bru, E. 2010. Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*; 66(7): 1500-1509.
- Ollila, HM., Kronholm, E. & Paunio T. 2011. Unen yhteys aineenvaihdunnan häiriöihin. *Suomen Lääkärilehti*; 36 (66): 2573-2578.
- Ormandy, P. 2010. Defining information need in health – assimilating complex theories derived from information science. *Health Expectations*; 14 (1): 92-104.
- Osborne, RH., Elsworth, GR., Whitfield, K. 2007. The Health Education Impact Questionnaire: an outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions. *Patient Education and Counseling* ; 66(2): 192-201.

- Ottawa Charter for Health Promotion. 1986. WHO. Saatavissa http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
- Paans, W., Nieweg, RM., van der Schans, CP. & Sermeus, W. 2011. What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*;20 (17-18): 2386 – 2403.
- Paavilainen, E., Salminen-Tuomaala, M. & Leikkola, P. 2012. Counselling for patients and family members: a follow-up study in the emergency department. *ISRN Nursing*; 3: 1-7.
- Peel, E., Douglas, M. & Lawton, J. 2007. Self monitoring of blood glucose in type 2 diabetes: Longitudinal qualitative study of patients' perspectives. *British Medical Journal*; 335: 1-6.
- Peel, E., Douglas, M., Parry, O. & Lawton, J. 2010. Type 2 diabetes and dog walking: Patients' longitudinal perspectives about implementing and sustaining physical activity. *British Journal of General Practice*; 60: 570-577.
- Pellinen, T., Villberg, J., Raappanen, M., Leino-Kilpi, H. & Kettunen, T. 2016. Knowledge expectations of recently diagnosed patients with knee osteoarthritis. *Journal of Advanced Nursing*; 6: 1-12.
- Peltoniemi, A. 2007. Terveystenhoitohenkilöstön valmiudet ohjata hemofiliaa sairastavia ja heidän perheitään. Oulun yliopisto. Väitöskirjatyö.
- Penn, L., White, M., Oldroyd, J., Walker, M., Alberti, KG. & Mathers, JC. 2009. Prevention of type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance: the European Diabetes Prevention RCT in Newcastle upon Tyne, UK. *BMC Public Health*; 9(342): 1-14.
- Penner, JL. 2009. Psychosocial care of patients with head and neck cancer. *Seminars in Oncology Nursing*; 25 (3): 231-241.
- Pergener, TV., Surde, P., Muntner, P., Uldry, C., Courteheuse, C., Naef, AF, Jacquemet, S., Nicod, L., Rochat, T. & Assal, JP. 2002. Effect of patient education on self-management skills and health status in patients with asthma: a randomized trial. *American Journal of Medicine*; 113(1): 7-14.
- Persenius, M., Hall-Lord, ML., Bååth, C. & Larsson, B. 2008. Assessment and documentation of patients' nutritional status: perceptions of registered nurses and their chief nurses. *Journal of Clinical Nursing*; 17(6): 2125-2536.
- Peyrot, M. & Rubin, RR. 2007. Behavioral and psychosocial interventions in diabetes: A conceptual review. *Diabetes Care*; 30(10): 2433-2440.
- Pinto, A., Gorin, A., Raynor, H., Tate, D., Fava, J. & Wing, R. 2008. Successful weight loss maintenance in relation to method of weight loss. *Obesity*; 16(11): 2456-2461.
- Polit, DF. & Beck, CT. 2011. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.
- Poskiparta, M., Liimatainen, L., Kettunen, T. & Karhila, P. 2001. From nurse-centered health counseling to empowermental health counseling. *Patient Education and Counseling*; 45(1): 69-79.

- 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. 2007. Diabetesta sairastavien ravintorasvojen käytön neuvonta perusterveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*; 44: 20-28.
- Prochaska, JJ & Prochaska, JO. 2011. A review of multiple health behavior change intervention for primary prevention. *American Journal of Lifestyle Medicine*; 5 (3): 208-221.
- Prouty, A., Cooper, M., Thomas, P., Christensen, J., Strong, C., Bowie, L. & Oermann, MH. 2006. Multidisciplinary patient education for total joint replacement surgery patients. *Orthopaedic Nursing*; 25 (4): 257-261.
- Radhakrishnan, K. 2012. The efficacy of tailored interventions for self-management outcomes of type 2 diabetes, hypertension or heart disease: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*; 68(3): 496-510.
- Rankin, D., Cooke, DD., Elliott, J., Heller, SR. & Lawton, J. 2012. Supporting self-management after attending a structured education programme: a qualitative longitudinal investigation of type 1 diabetes patients' experiences and views. *BMC Public Health*; 12: 652-661.
- Ratner, R., Goldberg, R., Haffner, S., Marcovina, S., Orchard, T., Fowler, S. & Temprosa, M. 2005. Diabetes Prevention Program Research Group. Impact of intensive lifestyle and metformin therapy on cardiovascular disease risk factors in the diabetes prevention program. *Diabetes Care*; 28(4): 888-894.
- de Ridder, D., Geenen, R., Kuijjer, R. & van Middendorp, H. 2008. Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet*; 72: 246-55.
- Riegel, B. & Dickson, V. 2008. A Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*; 23(3): 190-196.
- Riegel, B., Jaarsma, T. & Stromberg, A. 2012. A Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. *Advances in Nurses Science*; 35(3): 194-204.
- Rintala, TM. 2014. Diabeteksen näkyvä ja näkymätön läsnä oleminen. Substantiivinen teoria aikuisen diabetesta sairastavan henkilön perheen arkielämästä. Tampereen Yliopisto. Tampere. Väitöskirja.
- Rise, MB., Pelleru, A., Rygg, L. & Steinsbekk, A. 2013. Making and Maintaining Lifestyle Changes after Participating in Group Based Type 2 Diabetes Self-Management Educations: A Qualitative Study. *PLOS ONE*; 8: 1-7.
- Robertson, SM., Stanley, MA., Cully, JA. & Naik, AD. 2012. Positive emotional health and diabetes care: Concepts, measurement, and clinical implications. *Psychosomatics*; 53: 1-12.
- Robinson, PB., Stimpson, DV., Huefner, JC. & Hunt, HK. 1991. An attitude approach to the prediction of entrepreneurship. *Entrepreneurship Theory and Practice*; 15(4): 13-31.
- Robotham, D. & Jubb, R. 1996. Competences: measuring the unmeasurable. *Management Development Review* ; 9 (5) :25 - 29.

- Rollnick, S. & Mille, WR. 1995. What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*; 23: 325-334.
- Rollnick, S., Butler, C., McCampridge, J., Kinnersley, P., Elwyn, G. & Resnicow, K. 2005. Consultations about changing behaviour. *British Medical Journal*; 331(7522): 961-963.
- Roos, M., Rantanen, A. & Koivula, M. 2012. Sepelvaltimotautipotilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu ja perheeltä saatu tuki. *Hoitotiede*; 24(3): 189-200.
- Rosenquist, JN., Murabito, J., Fowler, JH. & Christakis, NA. 2010. The spread of alcohol consumption behavior in a large social network. *Annals of Internal Medicine*; 152(7): 426-433.
- Rosland, AM., Kieffer, E., Israel, B., Cofield, M., Palmisano, G., Sinco, B., Spencer, M. & Heisler, M. 2008. When is social support important? The association of family support and professional support with specific diabetes self-management behaviors. *Journal of General Internal Medicine*; 23: 1992-1999.
- Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen - mistä on kyse? *Lääkätieteellinen aikakausikirja Duodecim*; 125(21): 2351-2359.
- Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2010. Pitkäaikaissairaalan omahoidon opastus. *Suomen Lääkärilehti*; 65(21): 1917-1923.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. 2005. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*; 55: 305-312.
- Ruderfelt, D. & Axelsson, L. 2004. Patientundervisning vid diabetes: Faktorer och åtgärder av betydelse för förändring av kostvanor. *Vård i Norden*; 24(4): 9-14.
- Ryan, P. & Sawin, KJ. 2009. The Individual and Family Self-Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*; 57: 217-225.
- Ryhänen, A., Rankinen, S., Siekkinen, M., Saarinen, M., Korvenranta, H. & Leino-Kilpi, H. 2012. The impact of an empowering Internet-based breast cancer patient pathway programme on breast cancer patients' knowledge: A randomised control trial. *Patient Education and Counseling*; 88(2): 224-231.
- Saaristo, TE., Barengo, NC., Korpi-Hyövälti, E., Oksa, H., Puolijoki, H., Saltevo, JT., Vanhala, M., Sundvall, J., Saarikoski, L., Peltonen, M. & Tuomilehto, J. 2008. High prevalence of obesity, central obesity and abnormal glucose tolerance in the middle-aged Finnish population. *BMC Public Health* 8(423): 1-8.
- Saaristo, T., Oksa, H., Peltonen, M. & Etu-Seppälä L. (toim.) 2009. Loppuraportti. Dehko 2D -hanke (D2D) 2003-2007. Suomen Diabetesliitto ry.
- Saba, VK. 2007. *Clinical Care Classification (CCC) System Manual; A Guide to Nursing Documentation*. Springer Publishing Company, New York.

- Saba, VK. 2012. Clinical Care Classification (CCC) System, Version 2.5. User's Guide. 2nd Edition, Springer Publishing Company, New York.
- Salmela, S. 2012. Elintapaohjauksen lähtökohtia korkeassa diabetesriskissä olevilla henkilöillä tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn toimeenpanohankkeessa (D2D) : elintapaohjaus ennen D2D-hanketta, koettu ohjaustarve ja sovitut interventiomuodot. *Studies in sport, physical education and health* 185. Jyväskylän Yliopisto. Väitöskirjatyö.
- Salminen-Tuomaala, M., Kurikka, S., Korkiamäki, K. & Paavilainen, E. 2008. Potilaan saattajien ohjauksen tarve päivystyspoliklinikalla. *Hoitotiede*; 20(5): 258-266.
- Salyers, WJ., Mansour, A., El-Haddad, B., Golbeck AL. & Kallail, KJ. 2007. Lifestyle Modification Counseling in Patients With Gastroesophageal Reflux Disease. *Gastroenterology Nursing*; 8 (6): 302-304
- Saranto, K & Kinnunen, UM. 2009. Evaluating Nursing Documentation – Research Designs and Methods: Systematic Review. *Journal of Advanced Nursing*; 65(3): 464-476.
- Sarwer, DB., von Sydow, GA., Vetter, ML. & Wadden, TA. 2009. Behavior therapy for obesity: where are we now? *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes & Obesity*; 16(5): 347-352.
- Saveman, BI. 2010. Family Nursing Research for practice: The Swedish perspective. *Journal of Family Nursing*; 16 (1): 26-44.
- Schram, M. T., Sep, S. J. S., van der Kallen, C. J., Dagnelie, P. C., Koster, A., Schaper, N., Henry, R. M. A., Stehouwer, C. D. & A. 2014. The Maastricht Study: an extensive phenotyping study on determinants of type 2 diabetes, its complications and its comorbidities. *European Journal of Epidemiology*; 29 (6): 439-51.
- Seppälä, A & Nykänen P. 2014. Suomalaisten omahoito - ja terveystaltioratkaisujen tarkastelua kansallisen kehityksen näkökulmasta. Tampere. Informaatitieteiden yksikön raportteja 32/2014.
- Silverman, D. 2013. Doing qualitative research. A practical handbook. 4th edition. Sage. London.
- Shah, M., Adams-Huet, B., Brinkley, L., Grundy, SM. & Garg, A. 2007. Lipid, glycemic, and insulin responses to meals rich in saturated, cis-monounsaturated, and polyunsaturated (n-3 and n-6) fatty acids in subjects with type 2 diabetes. *Diabetes Care*; 30(12): 2993-2998.
- Sharpe, L., Butow, P., Smith, C., Mcconnell, D. & Clarke, S. 2005. The relationship between available support, unmet needs and caregiver burden in patients with advanced cancer and their carers. *Psycho-Oncology*; 14 (2): 102-114.
- Shaw, K., Gennat. H., O'Rourke, P. & Del Mar C. 2006. Exercise for overweight or obesity. *Cochrane Database Systematic Reviews*. Viitattu 1.12.2015. <http://www.thecochranelibrary.co>
- Shen, W., Punyanitya, M., Chen, J., Gallagher, D., Albu, J., Pi-Sunyer, X., Lewis, CE., Grunfeld, C., Heshka, S. & Heymsfield, SB. 2006. Waist circumference

- correlates with metabolic syndrome indicators better than percentage fat. *Obesity*; 14 (4): 727-736.
- Shishani, K. 2008. Chronically ill adults' educational needs on self-medication. *Applied Nursing Research*; 21(2): 54-59.
- Sigurdardottir, AK. 2005. Self-care in diabetes: model of factors affecting self-care. *Journal of Clinical Nursing*; 14: 301-314.
- Sigurdardottir, AK. & Jonsdottir, H. 2008. Empowerment in diabetes care: towards measuring empowerment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 22: 284-291.
- Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun yliopisto. Kasvatus-tieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Skelly, AH., Dougherty, M., Gesler, WM., Soward, AC., Burns, D. & Arcury, TA. 2006. African American beliefs about diabetes. *Western Journal of Nursing Research*; 28(1): 9-29.
- Skinner, TC., Davies, MJ., Faroqi, AM., Jarvis, J., Tringham, JR. & Khunti, K. 2005. Diabetes screening anxiety and beliefs. *Diabetic Medicine*; 22: 1497-502.
- Slavin, JL. 2009. Position of the American Dietetic Association: Health implications of dietary fiber. *Journal of the American Dietetic Association*; 109(2): 350.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Opas ydintietojen, otsikoiden ja näkyminen toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 2.2 31.1.2007. Viitattu 1.12.2015. <http://www.kanta.fi/documents/3430315/0/opas-spk-ydintiedot-2007-01-31.pdf/cfb6bd9-1764-4054-bff6-bd9d18f2ac53>
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Viitattu 3.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>
- Spears, J. 2008. Emotional support given by ward-based nurses to sarcoma patients. *European Journal of Oncology Nursing*; 12 (4): 334-341.
- Spender, JC. 1996. Making knowledge the basis of a dynamic theory of the firm. *Strategic Management Journal*; 17: 45-62.
- Stanford Medicine. 2016. Diabetes Self-Management Program. Viitattu 25.1.2016. <http://patienteducation.stanford.edu/programs/diabeteseng.html>
- Steindal, S., Wergeland, S., Brendal, I. & Lerdal, A. 2011. Agreement in documentation of symptoms, clinical signs, and treatment at the end of life: a comparison of data retrieved from nurse interviews and electronic patient records using the Resident Assessment Instrument for Palliative Care. *Journal of Clinical Nursing*; 21(9-10): 1416-1424.
- Steinsbekk, A., Rygg, L., Lisulo, M., Rise, MB. & Fretheim, A. 2012. Group based diabetes selfmanagement education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. A systematic review with meta-analysis. *BMC Health Services Research*; 12: 213.
- Strickland, PAO., Hudson, SV., Piasecki, A., Hahn, K., Cohen, D., Orzano, J., Parchman, MI. & Crabtree, BF. 2010. Features of the Chronic Care Model (CCM) Associated with Behavioral Counseling and Diabetes Care in

- Community Primary Care. *The Journal of the American Board of Family Medicine*; 23: 295-305.
- Strom, J.L. & Egede, L.E. 2012. The Impact of Social Support on Outcomes in Adult Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review. *Current Diabetes Reports*; 12(6): 769-781.
- Suhonen, R., Nenonen, H., Laukka, A. & Välimäki, M. 2005. Patients' informational needs and information received do not correspond in hospital. *Journal of Clinical Nursing*; 14(10):1167-1676.
- Sund, R. & Koski, S. 2009. FinDM II. Diabeteksen ja sen lisäsairauksien esiintyvyyden ja ilmaantuvuuden rekisteriperusteinen mittaaminen - Tekninen raportti. Suomen Diabetesliitto.
- Sung, K.C., Jeong, W., Wild, S.H. & Byrne, C.D. 2012. Combined Influence of Insulin Resistance, Overweight/Obesity, and Fatty Liver as Risk Factors for Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*; 35 (4): 717-22.
- Tang, T.S., Gillard, M.L., Funnell, M.M., Nwankwo, R., Parker, E., Spurlock, D. & Anderson, R.M. 2005. Developing a new generation of ongoing diabetes self-management support interventions: a preliminary report. *Diabetes Education*; 31: 91-97.
- Tanttu, K. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Acta Wasaensia, Vaasa. Väitöskirja.
- Thoolen, B.J., de Ridder, D., Bensing, J., Gorter, K. & Rutten, G. 2009. Beyond good intentions: The role of proactive coping in achieving sustained behavioral change in the context of diabetes management. *Psychology & Health*; 24(3): 237-254.
- Tiililä, U. 2007. Tekstit viraston työssä. Tutkimus etuuspäätösten kielestä ja kontekstista. Helsinki: SKS.
- 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. *New England Journal of Medicine*; 344(18): 1343-1350
- Tveiten, S. & Knutsen, I.R. 2011. Empowering dialogues - the patients' perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 25(2): 333-340.
- Tyreman, S. 2005. An expert in what?: The need to clarify meaning and expectations in "The Expert Patient". *Medicine, Health Care Philosophy*; 8: 153-157.
- Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003 - 2010 (Finnish National Prevention Program of Type 2 Diabetes). 2003. Suomen Diabetesliitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Ulen, C.G., Huizinga, M.M., Beech, B. & Elasy, T.A. 2008. Weight regain prevention. *Clinical Diabetes*; 26(3): 100-113.
- Uusitupa, M. 2005. Gene-diet interaction in relation to the prevention of obesity and type 2 diabetes: Evidence from the Finnish Diabetes Prevention Study. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*; 15 (3): 225-233.

- Valta, M. 2013. Sähköisen potilastietojärjestelmän sosiotekninen käyttöönotto Seitsemän vuoden seurantatutkimus odotuksista omaksumiseen. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio. Väitöskirja.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014. Terveyttä ruoasta. Suomalaiset ravitsemussuositukset. Juvenes Oy. Helsinki.
- Vandelanotte, C., Reeves, MM., Brug, J. & De Bourdeaudhuij, I. 2007. A randomized trial of sequential and simultaneous multiple behavior change interventions for physical activity and fat intake. *Preventive Medicine*; 46(3): 232-237.
- Vanstone, M., Giacomini, M., Smith, A., Brundisini, F., DeJean, D. & Winsor, S. 2013. How diet modification challenges are magnified in vulnerable or marginalized people with diabetes and heart disease: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Ontario Health Technology Assessment Series*; 13(14): 1-40.
- Varidee, M. 2012. The UK "Expert Patient Program" and self-care in chronic disease management: An analysis. *European Geriatric Medicine*; 3: 201-205.
- Vermunt, PWA., Milder, IEJ., Wielaard, F., Baan, CA., Schelfhout, JDM., Westert, GP. & van Oers, HAM. 2013. Behavior change in a lifestyle intervention for type 2 diabetes prevention in Dutch primary care: opportunities for intervention content. *BMC Family Practice*; 14: 2-8.
- Vihijärvi, S. 2008. Perheiden kokemuksia ja toiveita nivelreuman hoidon ohjauksesta. *Tutkiva Hoitotyö*; 6(4): 16-22.
- Vincent, D., Clark, L., Zimmer, LM. & Sanchez, J. 2006. Using focus groups to develop a culturally competent diabetes self-management program for Mexican Americans. *Diabetes Education*; 32(1): 89-97.
- Virkkunen, H., Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R. (toim.) 2015. Terveystieteiden rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertoimurakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Osa I. Terveystieteiden ja Hyvinvoinnin laitos.
- Virtanen, P., Paavilainen, E., Helminen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan tiedonsaanti päivystyspoliklinikalla. *Hoitotiede*; 22(4): 302-311.
- Vuksan, V., Rogovik, AL., Jovanovski, E. & Jenkins, AL. 2009. Fiber facts: Benefits and recommendations for individuals with type 2 diabetes. *Current Diabetes Reports*; 9(5): 405-411.
- Wadden, TA., Butryn, ML. & Wilson, C. 2007. Lifestyle modification for the management of obesity. *Gastroenterology*; 132(6): 2226-2238.
- Waller, K. 2011. Leisure-time physical activity, weight gain and health. A prospective follow-up in twins. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 175. University of Jyväskylä. Väitöskirja.
- Wamsteker, E., Greenen, R., Iestra, J., Larsen, JK., Zelissen, PMJ. & van Staveren, W. 2005. Obesity-related beliefs predict weight loss after an 8-week low-calorie diet. *Journal of the American Dietetic Association*; 105: 441-444.

- Wang, N., Hailey, D. & Yu, P. 2011. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*; 1-18.
- Werley, HM., Devine, EC., Zom, CR., Ryan, P. & Westra, BL. 1991. The Nursing Minimum Data Set: Abstraction Tool for Standardized, Comparable, Essential Data. *American Journal of Public Health*; 81(4): 421-426.
- White, RO., Eden, S., Wallston, KA., Kripalani, S., Barto, S., Shintani, A. & Rothman, RL. 2015. Health communication, self-care, and treatment satisfaction among low-income diabetes patients in a public health setting. *Patient Education and Counseling*; 98(2): 144-149.
- WHO. 2010. Report on Chronic Disease. Viitattu 11.11.2015 http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/
- WHO. 2015. Diabetes. Viitattu 20.12.2015. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/diabetes>
- Winblad, I., Hyppönen, H., Väsnkä, J., Reponen, J., Viitanen, J., Elovainio, M. & Lääveri, T. 2010. Potilastietojärjestelmät tuotemerkeittäin arvioitu. Kaikissa on kehitettävää. *Suomen Lääkärilehti*; 65: 4185- 4193.
- Wing, R. & Phelan, S. 2005. Long-term weight loss maintenance. *American Journal of Clinical Nutrition*; 82(1): 222-225.
- Wing, R., Papandonatos, G., Fava, J., Gorin, A., Phelan, S., McCaffery, J. & Tate, D. 2008. Maintaining Large Weight Losses: The Role of Behavioral and Psychological Factors. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*; 76(6): 1015-1021.
- Wu, T., Gao, X., Chen, M. & van Dam, RM. 2009. Long-term effectiveness of diet-plus-exercise interventions vs. diet-only interventions for weight loss: a meta-analysis. *Obesity Reviews*; 10: 313-323.
- van der Wulp, I., de Leeuw, JRJ., Gorter, KJ. & Rutten, GEHM. 2012. Effectiveness of peer-led self-management coaching for patients recently diagnosed with Type 2 diabetes mellitus in primary care: a randomized controlled trial. *Diabetic Medicine*; 29: 390-397.
- van der Wulp, I., de Leeuw, JRJ., Gorter, KJ. & Rutten, GEHM. 2012. Effectiveness of peer-led self-management coaching for patients recently diagnosed with Type 2 diabetes mellitus in primary care: a randomized controlled trial. *Diabetic Medicine*; 29: 390-397.
- Zaher, ZM., Zambari, R., Pheng, CS., Muruga, V., Ng, B., Appannah, G. & Onn, LT. 2009. Optimal cut-off levels to define obesity: body mass index and waist circumference, and their relationship to cardiovascular disease, dyslipidaemia, hypertension and diabetes in Malaysia. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*; 18(2): 209-216.
- Zakrisson, A. & Hägglund, D. 2010. The asthma/COPD nurses' experience of educating patients with chronic obstructive pulmonary disease in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Science*; 24(1): 147-155.

- Zhang, X., Norris, SL., Gregg, EW. & Beckles, G. 2007. Social support and mortality among older person with diabetes. *Diabetes Education*; 33(2): 273-281.
- Zwar, N., Harris, M., Griffith, R., Dennis, S., Davies, GP. & Hasan, I. 2006. A systematic review of chronic disease management. Research Centre for Primary Health Care and Equity, School of Public Health and Community Medicine, UNSW Available from: http://www.anu.edu.au/aphcri/Domain/ChronicDiseaseMgmt/Approved_25_Zwar.pdf
- Yagil, D., Luria, G., Admi, H., Moshe-Eilon, Y. & Linn, S. 2010. Parents, spouses, and children of hospitalized patients: evaluation of nursing care. *Journal of Advanced Nursing*; 66(8): 1793-1801.
- Yeh, ML., Chen, HH. & Liu, PH. 2005. Effects of multimedia with printed nursing guide in education on self-efficacy and functional activity and hospitalization in patients with hip replacement. *Patient Education and Counseling*; 57(2): 217-224.
- Yon, BA., Johnson, RK., Harvey-Berino, J., Gold, BC. & Howard, AB. 2007. Personal digital assistants are comparable to traditional diaries for dietary self-monitoring during a weight loss program. *Journal of Behavioral Medicine*; 30(2):165-175.
- Österlund Efraimsson, E., Hillervik, C. & Ehrenberg, A. 2008. Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary health care clinic. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 22(2): 178-185.

LIITE 1 Diabetesta sairastavan hoitosuunnitelma Käypä hoito-suunnitelman (2016) mukaan

Esitiedot potilaasta:

ikä, diagnosoidut sairaudet, pituus, paino, BMI, diabetekseen sairastumisvuosi

Säännöllinen lääkitys ja huomiot lääkkeiden käytöstä:

käyttää säännöllisesti, unohtaa käyttää

Liikkuminen:

päivittäinen aktiviteetti, ajokyky

Ravitsemus:

ruuan määrä, laatu ja rytmi

Mahdolliset laboratorioetulokset

Omamittaukset:

tekekö ateriaparimittauksia, onko hypoglykemioita

seuraako verenpainetta, onko verenpaine koholla

Potilasta mietityttävät asiat:

esim. pelkotilat

Hoitotavoitteet:

HbA1c

Glukoositaso

LDL

Verenpaine

Painon lasku

Paastoglukoosi joka aamu, 1-2 x viikko ateriapari- ja yöparimittaus.

(Kun arvot tavoitteessa: paastoglukoosi x2/vko, ateria- ja yöparimittaus x1/vko)

Lääkkeiden otto säännölliseksi

Terveysten liittyvien pelkojen väheneminen

Keinot, joilla tavoitellaan hoitotavoitteita:

Lääkkeiden ottoon ja verensokerimittaukseen muistin tueksi kännykkämuistutus.

Lääkeannoksen nostaminen/laskeminen

Osallistuminen vertaistukiryhmään/potilasyhdistykseen

Kävelyn lisääminen: työmatkat kävelen x3/vko.

Huomioi aterian koko: Lautasmalli käyttöön.

Kevytmaidon vaihto rasvattomaan. Vain lasi maitoa/ateria.

Jatkohoito:

Diabeteshoitajan tapaaminen XX kk kuluttua, edeltävästi HbA1c, lipidit.

Lääkärin vastaanotto vuoden kuluttua, edeltävästi laboratoriotulokset.

Yhteys lääkäriin aiemmin, esim. puhelimitse, jos laboratoriotuloksissa 4 kk:n kohdalla aiemmin määritellyt tavoitteet eivät täyty



Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake

1. Ikä

Alle 45 v. (0 p.)

45–54 v. (2 p.)

55–64 v. (3 p.)

Yli 64 v. (4 p.)

5. Kuinka usein syöt kasviksia, hedelmiä tai marjoja?

Päivittäin (0 p.)

Harvemmin kuin joka päivä (1 p.)

2. Painoindeksi
(Laske oma painoindeksisi.
Laskuohje seuraavalla sivulla)

Alle 25 kg/m² (0 p.)

25–30 kg/m² (1 p.)

Yli 30 kg/m² (3 p.)

6. Oletko koskaan käyttänyt säännöllisesti verenpainelääkkeitä?

En (0 p.)

Kyllä (2 p.)

3. Vyötärönympärys mitattuna kylkiluiden alapuolelta (yleensä navan kohdalta)

MIEHET	NAISET	
<input type="checkbox"/> Alle 94 cm	<input type="checkbox"/> Alle 80 cm	(0 p.)
<input type="checkbox"/> 94–102 cm	<input type="checkbox"/> 80–88 cm	(3 p.)
<input type="checkbox"/> Yli 102 cm	<input type="checkbox"/> Yli 88 cm	(4 p.)

7. Onko verensokerisi joskus todettu olevan koholla (esim. terveystarkastuksessa, jonkin sairauden yhteydessä, raskauden aikana)?

Ei (0 p.)

Kyllä (5 p.)

4. Sisältykö jokaiseen päivääsi yleensä vähintään puoli tuntia liikuntaa työssä ja/tai vapaa-ajalla ns. arkiliikunta mukaan lukien?

Kyllä (0 p.)

Ei (2 p.)

8. Onko perheenjäsenilläsi tai sukulaissilläsi todettu diabetesta (tyypin 1 tai 2 diabetesta)?

Ei (0 p.)

Kyllä: isovanhemmilla, vanhempien sisaruksilla tai serkuilla (mutta ei omilla vanhemmilla, sisaruksilla tai lapsilla) (3 p.)

Kyllä: vanhemmilla, sisaruksilla tai omilla lapsilla (5 p.)



Riskipisteitä yhteensä

Riski sairastua tyypin 2 diabetekseen kymmenen vuoden kuluessa on

alle 7 Pieni: arviolta yksi sadasta sairastuu

7–11 Jonkin verran lisääntyne: arviolta yksi 25:stä sairastuu

12–14 Kohtalainen: arviolta joka kuudes sairastuu

15–20 Suuri: arviolta joka kolmas sairastuu

yli 20 Hyvin suuri: arviolta puolet sairastuu

(jatkuu)

(jatkuu)

MITÄ VOIT TEHDÄ SAIRASTUMISRISKIN PIENENTÄMISEKSI?

Et voi vaikuttaa ikääsi, etkä perinnölliseen alttiuteen. Sen sijaan muut diabetekselle altistavat tekijät – liika-paino, vatsakuuus, vähäinen liikunta, ruokatornutukset ja tupakointi – ovat omia valintojasi. Elämäntapoi-hisi liittyvillä valinnoilla voit joko ko-konaan ehkäistä tai ainakin siirtää tyypin 2 diabetesta mahdollisimman myöhäisiin vuosiin.

Jos suvussasi on diabetesta, ole erityisen tarkka siinä, että painosi ei pääse vuosien mittaan nousemaan. Erityisesti vyötärönmitan kasvaminen merkitsee riskin lisääntymistä. Koh-tuullinen ja säännöllinen liikunta las-kee diabetetriskiä. Kiinnitä huomiota myös ruokavalioosi: nauti päivittäin runsaasti kuitupitoisia viljatuotteita ja kasviksia. Jätä pois ylimääräiset ko-

vat rasvat ja suosi pehmeitä kasviras-voja.

Tyypin 2 diabetes ei alkuvaiheessa yleensä aiheuta mitään oireita.

JOS SAIT TESTISSÄ 7–14 PISTETTÄ

- Sinun kannattaa pohtia liikunta- ja ruokatornutuksiasi ja kiinnittää huomiota painoosi estääksesi dia-beteksien kehittymistä.
- Ota yhteyttä terveyskeskukseen tai työterveyshuoltoon saadaksesi lisäneuvoja.

JOS SAIT TESTISSÄ 15–20 PISTETTÄ

- Hakeudu terveyden- tai sairaan-hoitajan tai työterveyshoitajan vas-taanotolle sairastumisriskisi tar-keampaan arviointiin.

JOS SAIT TESTISSÄ YLI 20 PISTETTÄ

- Hakeudu ensi tilassa terveyden-tai sairaanhoitajan tai työterveys-hoitajan vastaanotolle verensoke-rin mittaukseen (sekä paastoarvo että sokerirasituksen tai aterian jäl-keinen arvo) mahdollisen oireetto-man diabeteksien toteamiseksi.

Suomen Diabetesliitto julkaisi tyypin 2 diabeteksien riskitestin vuonna 2007. Testin ovat suunnitelleet professori Jaakko Tuomilehto Helsingin yliopistosta ja dosentti Jaana Lindström Terveyden ja hyvinvoinnin laitok-sesta. Testi perustuu laajaan tutkimusaineistoon.

PAINOINDEKSI

Normaalipainon arvioinnissa käytetään paino-indeksiä, joka lasketaan siten, että paino jaetaan piteuden neliöllä. Esimerkki: jos pi-tuutta on 165 cm ja painoa 70 kg, on painoin-deksi $25,7 (70 / (1,65 \times 1,65) = 25,7)$.



Kun painoindeksi on 25–30, laihduttamisesta on hyötyä, ja erityisesti kannattaa huolehtia, et-tei paino ainakaan nouse. Kun painoindeksi on yli 30, lihavuuden terveydelliset haitat alkavat selvästi lisääntyä ja laihduttaminen on tärkeää.



Painoindeksi- eli BMI-taulukko

Pituus (cm)

200	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
190	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
180	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
170	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
160	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
150	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
140	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
130	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
120	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43
110	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
100	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
90	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46
80	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
70	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48
60	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
50	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
40	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51
30	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
20	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53
10	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54
0	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55

normaalipaino	lievä lihavuus	merkittävä lihavuus	vakava lihavuus	erittäin vakava lihavuus
18,5–24,9	25–29,9	30–34,9	35–39,9	40–49,9

K. Vartiainen

LIITE 3 Diabetesta sairastavan aikuisen alkukartoitus- ja arviokäynnin sisältö Käypä hoito – suosituksen (2016) mukaisesti

Alkukartoitus	6-12 kuukauden välein	Vuosittain	1-3 vuoden välein
<p>Laboratoriokokeet: HbA1c, lipidit, ALAT, Krea, K, Alb, TSH, PVK, EKG (sekä valikoidusti GAD-vasta-aineet ja C-peptidi)</p> <p>Diabeteksen sukurasitus, Diabeetikon etninen syntyperä</p> <p>Muut sairaudet ja lääkitykset</p> <p>Sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijät: sukurasite verenpaine, pulssi, lipidit, paino, painoindeksi, vyötärön ympäryys</p> <p>Työ ja harrastukset, Elämäntilanne Voimavarat: mieliala, jaksaminen Elintavat: ruokailu- ja liikuntatottumukset Tupakointi Päihteiden käyttö</p> <p>Diabeteksen oireet ja niiden kesto: jano, virtsaamäärät, laihtuminen, väsymys näköhäiriöt, näkökyky (kliininen tutkimus)</p> <p>Jalkojen tarkistus Silmänpohjakuvaus (kaikeille yli 10-vuotiaille)</p> <p>Suun ja hampaiden kunto</p>	<p>Laboratoriokokeet: HbA1c, Hypoglykemiaat, ketoasidoosi</p> <p>Omahoidon toteutuminen, siinä jaksaminen, sen haasteet, mieliala</p> <p>Verenpaineen oma- mittauksissa</p> <p>Pistospaikat</p> <p>Jalkojen kunto</p>	<p>Laboratoriokokeet: Krea, eGFR, Alb, PVK, P-K, Na (verenpainelääkitystilalla)</p> <p>Jalkojen kunto</p> <p>Suun terveys</p> <p>Verenpaine ja syke</p> <p>Ajoterveys</p>	<p>Laboratoriokokeet: Alat, Lipidit</p> <p>Silmänpohjakuvaus, näkökyky</p> <p>Aikuisilla sydänfilmi (EKG)</p> <p>Fyysinen suorituskyky</p>

LIITE 4 Esittely tutkimuksesta potilaalle**Tyypin 2 diabetespotilaan elintapaohjauksen dokumentointi perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidon yhteisessä hoitoketjussa**

Arvoisa potilas

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää millaisia elintapaohjaukseen liittyviä asioita terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat kirjanneet tyypin 2 diabetespotilaiden elintapaohjauksesta ja miten dokumentointi edistää paitsi ohjauksen yksilöllistämistä ja syventämistä, myös sen jatkuvuutta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää potilasohjauksen kirjaamista ja vaikuttaa näin myönteisesti tyypin 2 diabetespotilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon.

Pyydän kohteliaimmin suostumustanne potilasasiakirjojenne tutkimiseen XXX keskussairaalassa ja perusterveydenhuollon hoitopaikassanne. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista, eikä potilasasiakirjatietojen antamisesta kieltäytymisellä ole vaikutusta saamaanne hoitoon. Tutkimukseen suostuneiden henkilöiden potilasasiakirjoista kerätään terveydenhuollon ammattihenkilöiden hoitohenkilöstön, lääkäreiden, fysioterapeuttien ja ravitsemusterapeuttien) elintapaohjausta koskevat kirjaukset perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa vuodelta 2005 alkaen.

Tutkimusaineistoa täydennetään haastattelulla, johon valitaan pieni osa tutkimukseen osallistuneista. Haastattelussa halutaan saada tieto potilaiden kokemuksista tiedon siirtymisestä. Haastateltavien potilaiden valinta tehdään vapaaehtoisista, tällä lomakkeella suostumuksen antaneista potilaista, joihin tutkija ottaa henkilökohtaisesti yhteyttä kevään 2013 aikana. Haastattelu tapahtuu yksilöhaastatteluna, joka kestää noin tunnin. Haastattelutilanne nauhoitetaan.

Potilasasiakirjoista kerätty tutkimusaineisto luokitellaan koodeilla, jolloin yksittäisen potilaan tiedot eivät tule näkyviin missään vaiheessa, eikä potilaita voida niistä tunnistaa. Tutkimusaineisto säilytetään lukollisessa kaapissa, johon vain tutkijalla on avain. Tutkija sitoutuu noudattamaan voimassa olevia tutkimusaineiston säilyttämiseen ja tietosuojalainsäädäntöön liittyviä ohjeita. Tutkimustuloksista valmistuu väitöskirjoja ja siitä kirjoitetaan englanninkielisiä artikkeleita kansainvälisiin tieteellisiin julkaisuihin. Tutkimusaineisto hävitetään silppuamalla asianmukaisin keinoin tutkimusten valmistuttua.

Tutkimus on osa Jyväskylän Yliopiston terveystieteiden laitoksen laajempaa tutkimuskokonaisuutta "Potilaslähtöinen omahoidon ohjaus. Palvelujärjestelmän ohjauskäytäntöjen arviointi ja kehittämistutkimus", jota johtaa professori Tarja Kettunen.

Sari Järvinen, tohtorikoulutettava
Osastonhoitaja, TtM
Puh: 050-4955569
s-posti: sajojarv(at)gmail.com

Tarja Kettunen, professori
Jyväskylän Yliopisto
puh: 040-805 3560
tarja.h.kettunen(at)jyu.fi

LIITE 5 Potilaan suostumuslomake

Suostumus potilastietojen luovuttamiseen

Minua on pyydetty antamaan suostumukseni potilasasiakirjojeni tarkasteluun XXX keskussairaalassa ja perusterveydenhuollon hoitopaikassani tyypin 2 diabetespotilaan elintapaohjauksen dokumentointi perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidon yhteisessä hoitoketjussa - tutkimusta varten. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää tyypin 2 diabetesta sairastavien elintapaohjauksen kirjaamista potilasasiakirjoihin hoitoketjun perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Olen lukenut tutkimustiedotteen ja minulle on 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 hoitoon tai kohteluun terveydenhuollon piirissä.

Allekirjoittamalla tämän suostumusasiakirjan annan vapaaehtoisesti suostumukseni elintapaohjaukseen liittyvien terveydenhuollon ammattihenkilöiden (hoitohenkilöstön, lääkäreiden, fysioterapeuttien ja ravitsemusterapeuttien) tekemien kirjausten keräämiseen potilasasiakirjoistani XXX keskussairaalassa ja perusterveydenhuollon hoitopaikassani sekä niiden käyttämiseen tutkimustarkoitukseen.

Nimi:

Henkilötunnus:

Osoite:

Päiväys ja Paikka:

Allekirjoitus

Nimenselvennys

Minua saa haastatella

Kyllä, puhelinnumero haastattelua varten:

Ei

LIITE 6 Esimerkkejä ilmaisujen tulkinnoista analyysissä

Alkuperäinen ilmaisu:

"Ajoittain *kertoo* tulevan ahmimiskohtauksia, aiemmin niihin liittyi oksentelua" p15
"Kerta-annokset vieläkin suuria, esim. hedelmiä 6 kpl kerralla...*sanoo*" p40
"Paastot *kuuua* korkeiksi 7-14 välillä myös ruokailua edeltävät arvot kuvaav korkeiksi" p59
"Rokotuksista *kyselee*" p24
"Alaselässä, pakaroissa, reisissä kipua ja jäykkyyttä eteenkin öisin liikkeelle lähdössä. *Epäilee*
kolesterolilääkettä" p47
"Kokee itsensä väsyneeksi" p44

Tutkijan tulkinta:

Potilas ilmaisee
Potilas kyselee
Potilas epäilee
Potilas kokee

"Matalan verensokerin oireista ja ensiavusta hieman *keskusteltu*" p2
"Käyty *yhdessä* verensokerimittarin toiminta lävitse" p44
"Verenpaine seurannan palautus *sovitettu*" p40
"Kerrattu vielä verensokerimittaukset" p47
"Harjoitettu pistosta paikan päällä" p24

Tutkijan tulkinta:

Suunnittelu

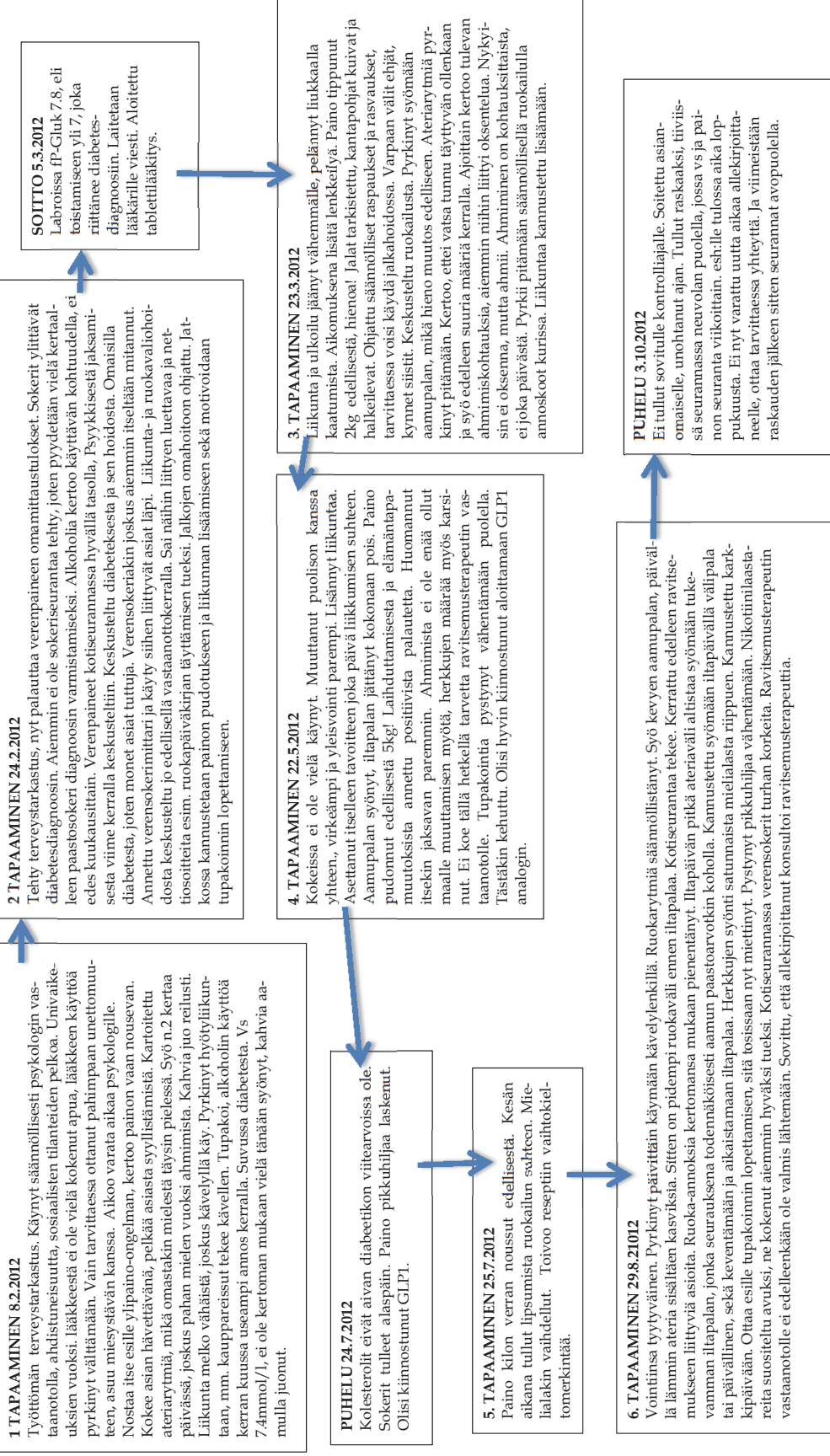
Alkuperäinen ilmaisu:

"Välipaloja niukalti" p23
"Potilas osaa insuliinisäädöt" p32
"Verenpaineet kotiseurannassa hyvällä tasolla olleen 110-120/55-68" p15
"Muistivihkoa ei ole mukana" p32
"Omaseurantavilhko mukana...verensokereita mitannut ja hyvin sokeri laskenut" p58
"Tavoitearvot potilaalle kerrottu" p5
"Saa uutta kirjallisuutta oppaaksi mitä verensokerit kertovat" p47
"Nyt ohjattu ottamaan ateriaparimittauksia ennen lääkarille menoa" p22
"Sai ohjeeksi seurata verenpainetta kotona ahkerammin" p39
"Nyt tavoitteenaan saada ruokailutapoja terveellisemmiksi" p58

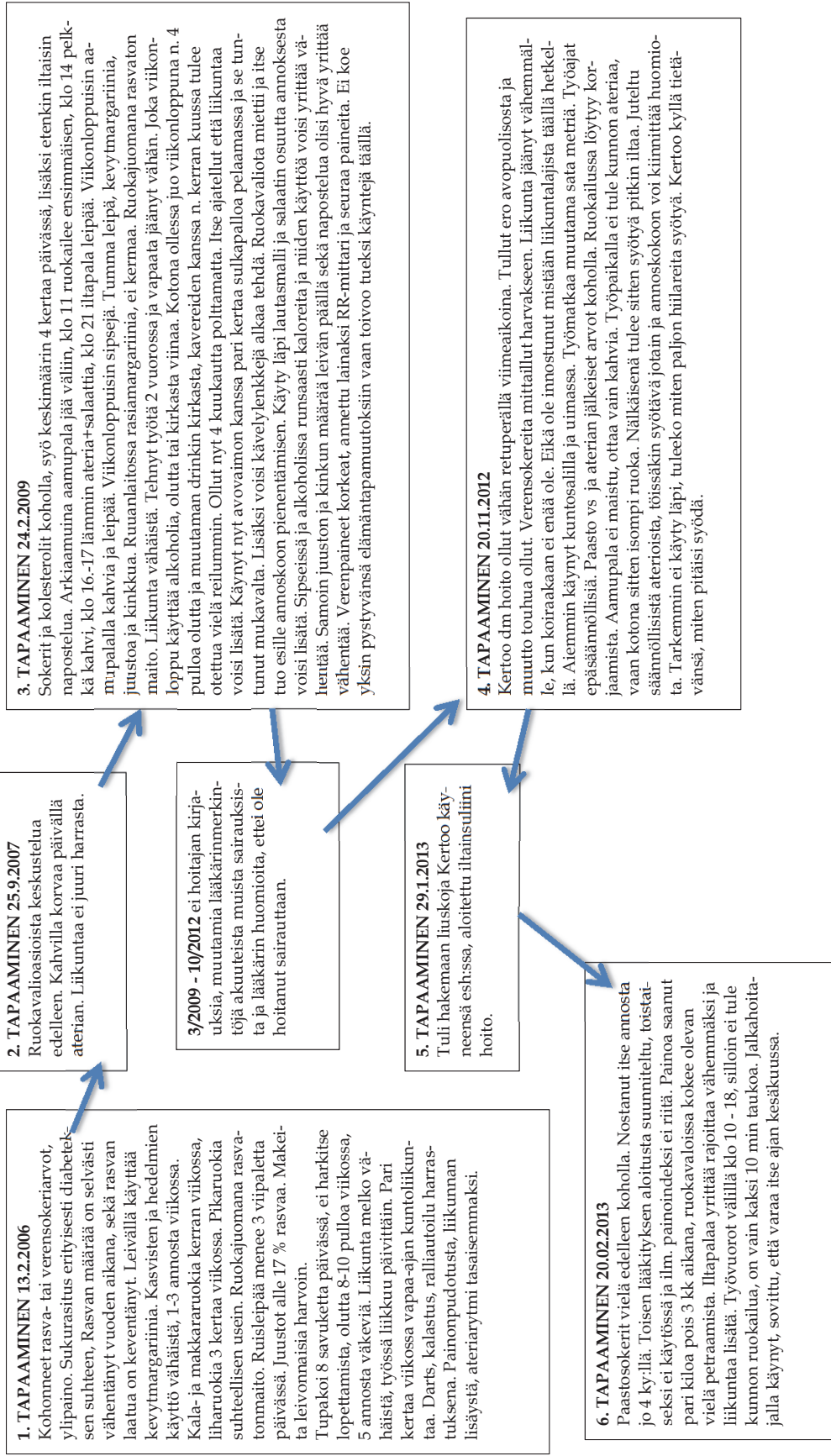
Tutkijan tulkinta:

Hoitaja arvioi
Hoitaja tekee huomion
Hoitaja tarjoaa suullista tietoa
Hoitaja tarjoaa kirjallista tietoa
Hoitajan neuvo
Hoitajan suositus
Hoitaja asettaa muutostavoitteen

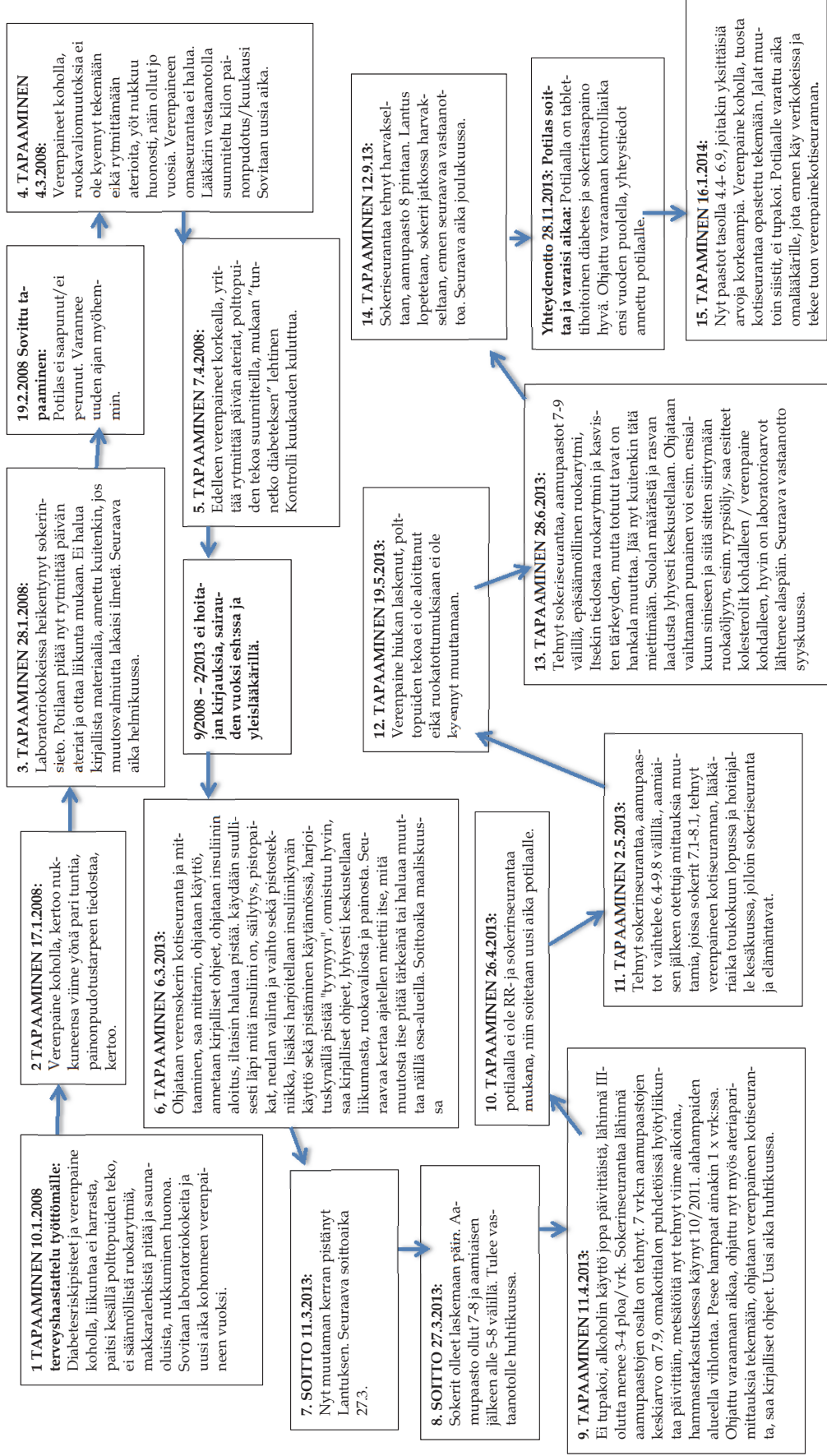
LIITE 7 Tapaus ”onnistumisesta repsahdukseen ja paluu onnistumiseen” -osaamisen kehittyminen ajalla 2/2012–10/2012



LIITE 8 Tapaus "muutosten vaikeudesta pieneen toivoon" -osaamisen kehittyminen ajalla 2/2006-2/2013



LIITE 9 Tapaus "haluttomuudesta kohti onnistumista" - osaamisen kehittyminen ajalla 3/2008- 1/2014



LIITE 10 Tapaus ”onnistuneesta muutoksesta elämän iloon” -osaamisen kehittyminen ajalla 2/2008–11/2013

