

Opinnäytetyö (YAMK)

Kliininen asiantuntija, omahoidon ohjaus ja kansantaudit

2022

Tuula Kuuskeri

**TERVEYS- JA HOITOSUUNNITELMA  
DIABETESHOITAJAN TYÖVÄLINEEKSI**



Opinnäytetyö (YAMK) | Tiivistelmä

Turun ammattikorkeakoulu

Kliininen asiantuntija, omahoito ja kansantaudit

Toukokuu 2022 | 72 sivua

Tuula Kuuskeri

## TERVEYS- JA HOITOSUUNNITELMA DIABETESHOITAJAN TYÖVÄLINEEKSI

Diabetestä sairastaa arviolta yli 500 000 suomalaista. Omahoito on tärkeä osa diabeteksen hoitoa ja potilaslähtöinen hoitosuunnitelma on keskeinen työkalu omahoidon ohjauksessa. Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli tehostaa tyypin 2 diabetesta sairastavien potilaiden omahoidon ohjausta. Projektin kohderyhmänä oli 5 diabeteshoitajaa Hollolan, Asikkalan ja Padasjoen terveysasemilta.

Projektin päätavoitteena oli juurruttaa terveys- ja hoitosuunnitelman laadinta diabeteshoitajan omahoidon ohjauksen työvälineeksi tyypin 2 diabetestä sairastaville potilaille. Osatavoitteina oli kouluttaa diabeteshoitajat uuden terveys- ja hoitosuunnitelmasovelluksen käyttöön ja luoda hoitotyön näkökulmasta kirjaamisen avuksi mallipohja, joka yhtenäistää ja nopeuttaa kirjaamista rakenteiseen muotoon.

Projektin soveltavan tutkimuksen osuus muodostui teemahaastattelusta, jossa kartoitettiin diabeteshoitajien tietoja, taitoja ja asenteita hoitosuunnitelmaa kohtaan. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla saatuja tuloksia hyödynnettiin hoitosuunnitelman käyttöönoton koulutuksessa.

Kehittämisprojektin tuloksena hoitosuunnitelmia tehtiin tarkastelujankohtana kolmen kuukauden aikana 29 kappaletta. Kirjaamisessa käytettiin apuna yhdessä diabeteshoitajien kanssa suunniteltua mallipohjaa, joka yksinkertaisti ja helpotti hoitosuunnitelman kirjaamista. Mallipohjan avulla hoitajat oppivat hahmottamaan hoitoprosessin eri vaiheet ja hoitosuunnitelmista muodostui potilaslähtöisiä. Terveys- ja hoitosuunnitelman juurruttaminen pysyväksi työvälineeksi vaatii säännöllistä kohdennettua kouluttamista jatkossakin.

Asiasanat:

terveys- ja hoitosuunnitelma, terveyshyötymalli, tyypin 2 diabetes, hoitotyön kirjaaminen, hoitotyön prosessimalli

Bachelor's / Master's Thesis | Abstract

Turku University of Applied Sciences

Master of Health Care | Advanced Nursing Practice

May 2022 | number of pages 72

Tuula Kuuskeri

## A health and care plan as a tool for diabetes nurses

More than 500,000 Finns suffer from diabetes. Self-care is an important part of diabetes treatment and the patient-oriented care plan is a key tool for self-care guidance. The need of this project was to improve self-care guidance for patients suffering from the type 2 diabetes. The target group of the project was 5 diabetes nurses at Hollola, Asikkala and Padasjoki health centers.

The main goal was to establish a care plan as a self-care guidance tool for patients with type 2 diabetes. Part of the goal was to coach diabetes nurses in the use of the new Lifecare care plan application and to create a template that unifies and speeds up recording in a structured format.

The target of the applied research was to obtain information about the knowledge, skills and attitudes of diabetes nurses in relation to the care plan. This was made by thematic interview. The information was used in coaching the implementation of the care plan.

As a result of the development project 29 care plans were made during the three review periods. With the help of the template, nurses learned more of the process thinking of nursing and the care plans became patient-oriented. The health and care plan as a permanent tool will require regular targeted training.

Keywords:

health and care plan, chronic care model, type 2 diabetes, nursing recording, process thinking of nursing

# Sisältö

<b>1 Johdanto</b>	<b>7</b>
<b>2 Kehittämiprojektin lähtökohdat</b>	<b>8</b>
2.1 Tarve kehittämisprojektille	8
2.2 Kohdeorganisaation kuvaus	10
2.3 Projektiorganisaatio	11
2.4 Kehittämisprojektin tavoite ja tarkoitus	12
<b>3 Kehittämisprojektin tietoperusta</b>	<b>13</b>
3.1 Tyypin 2 diabetes sairautena, hoidon tavoitteet ja hoito	13
3.2 Hoitotyön kirjaaminen	15
3.2.1 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen	15
3.2.2 Kirjaaminen hoitotyön prosessimallin mukaisesti	16
3.3 Terveystyömalli tyypin 2 diabetestä sairastavan hoidon viitekehyksenä	17
3.4 Terveys- ja hoitosuunnitelma	20
3.4.1 Terveys- ja hoitosuunnitelma potilaan omahoidon tukena	20
3.4.2 Terveys- ja hoitosuunnitelman vaikuttavuus ja terveystyö	24
3.4.3 Kokemuksia terveystyö- ja hoitosuunnitelman käyttöönotosta	25
3.4.4 Terveystyö- ja hoitosuunnitelman kirjaamisen haasteet	27
<b>4 Kehittämisprojekti prosessina</b>	<b>30</b>
4.1 Kehittämisprojektin aikataulu	30
4.2 Kehittämis- ja arviointimenetelmät	31
<b>5 Kehittämisprojektin soveltavan tutkimuksen osa</b>	<b>32</b>
5.1 Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimusongelmat	32
5.2 Tutkimusmenetelmä, kohderyhmä, aineiston hankinta	32
5.3 Aineiston analyysi	34
5.4 Tutkimustulokset	35
5.4.1 Kohderyhmää koskevat taustatiedot	35
5.4.2 Hoitosuunnitelman käyttöönottoa estävät ja edistävät tekijät	36
5.4.3 Terveystyö- ja hoitosuunnitelman prosessiajattelun hallinta	39

5.4.4 Terveys- ja hoitosuunnitelman hyödyt potilaan omahoidolle ja omahoidon ohjaukseen	43
5.5 Johtopäätökset ja pohdinta	46
5.6 Tutkimukseen liittyvät eettiset kysymykset	49
5.7 Tutkimuksen luotettavuuteen liittyvät kysymykset	50
<b>6 Kehittämishankkeen eteneminen soveltavan tutkimuksen jälkeen</b>	<b>52</b>
6.1 Kehittämishankkeen kuvaus	52
6.2 Kehittämishankkeen tulokset	54
6.2.1 Työvälineeksi juurruttaminen	54
6.2.2 Kouluttaminen	55
6.2.3 Mallipohja	56
<b>7 Arviointi ja pohdinta</b>	<b>61</b>
7.1 Kehittämishankkeeseen liittyvät eettiset ja luotettavuuskysymykset	61
7.2 Kehittämishankkeen arviointi	63
<b>Lähteet</b>	<b>66</b>

## **Liitteet**

Liite 1. Terveys- ja hoitosuunnitelman auditointiohje

Liite 2. Teemahaastattelun kysymysrunko

Liite 3. Osa PowerPoint esityksestä 9.2.2022

Liite 4. Hoitosuunnitelma, esimerkki 1

Liite 5. Hoitosuunnitelma, esimerkki 2

## **Kuvat**

Kuva 1. Päijät-Hämeen kunnat (Päijät-Hämeen liitto). ..... 10

## Kuviot

Kuvio 1. Terveys- ja hoitosuunnitelmien määrän kehittyminen Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän alueella vuosina 2019-2020 (Hokkanen 2021).....	9
Kuvio 2. Terveysshyötymalli (Innokylä).....	18
Kuvio 3. Terveysshyötymalli digiaikaan päivitettyinä (Laivuori & Ilanne-Parikka 2018, 2274).....	19
Kuvio 4. Projektin etenemisaikataulu. ....	30
Kuvio 5. Hoitosuunnitelmien määrä projektijakson aikana. ....	54
Kuvio 6. SWOT-analyysi. ....	62

## Taulukot

Taulukko 1. Tavoitteet tyypin 2 diabeteksen (T2D) hoidossa (Yki-Järvinen 2022).....	14
Taulukko 2. Terveys Lifecaren terveys- ja hoitosuunnitelman kirjaamisohje (Päijät-Sote).....	22
Taulukko 3. Hoitosuunnitelman käyttöönottoa estävät ja edistävät tekijät. ....	36
Taulukko 4. Hoitotyön prosessiajattelun hallinta. ....	40
Taulukko 5. Hyödyt omahoidolle ja omahoidon ohjaukselle.....	43

# 1 Johdanto

Vuonna 2019 diabeteksen esiintyvyys maailman aikuisväestöstä oli 9,3 %, se on yksi nopeimmin yleistyvistä kansansairauksista. Diabetesta sairastaa arviolta yli 500 000 suomalaista, joista 75 % sairastaa tyypin 2 diabetestä. (Koski 2021, 10.)

Tyypin 2 diabetestä sairastavan potilaan omahoidolla tarkoitetaan potilaan ottamaa vastuuta oman sairautensa hoidosta, omahoidon osaamisesta, terveyteen vaikuttavan käyttäytymisen tiedostamisesta ja käyttäytymisen muutosta terveyttä tukevaksi. Diabeteksen omahoidon ohjauksen tarkoituksena on tukea diabeetikon fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. (Tyypin 2 diabetes: Käypä hoito -suositus, 2020.)

Kehittämisprojektin tarkoituksena oli tyypin 2 diabetesta sairastavan potilaan omahoidon ohjauksen tehostaminen Päijät-Soten kolmessa sotekeskuksessa Hollolassa, Asikkalassa ja Padasjoella. Tyypin 2 diabeetikoille ei hoitosuunnitelmia oltu juurikaan tehty, vaikka tämän potilasryhmän hoidossa painottuu erityisesti potilaan omahoidon ohjaus. Terveys- ja hoitosuunnitelman juurruttaminen osaksi työtappaa on myös yhtenä tavoitteena tulevaisuuden sote-uudistuksessa (Sote-uudistus).

Diabeteshoitaja uransa alkutaipaleella olevan hoitajan lausahdus ”tein siitä montasivusen jutun ja ajattelin että hohhohhoijakkaa” kuvaa monen ammattilaisen mietteitä hoitosuunnitelmasta. Se mielletään työlääksi ja hankalaksi tehdä ja myös sen tuottamaa terveyshyötyä on kyseenalaistettu (Mikkola ym. 2018). Projektiin liittyvässä soveltavassa tutkimuksessa tavoitteena oli saada tietoa diabeteshoitajien tiedoista, taidoista ja asenteista terveys- ja hoitosuunnitelmaan liittyen. Tätä tietoa hyödynnettiin terveys- ja hoitosuunnitelman käyttöönoton koulutuksessa, joka pyrittiin muodostamaan käytännönläheiseksi. Hoitosuunnitelmien teossa apuna käytettiin hoitotyön kirjaamisen prosessimallin mukaista mallipohjaa.

## 2 Kehittämiprojektin lähtökohdat

### 2.1 Tarve kehittämiprojektille

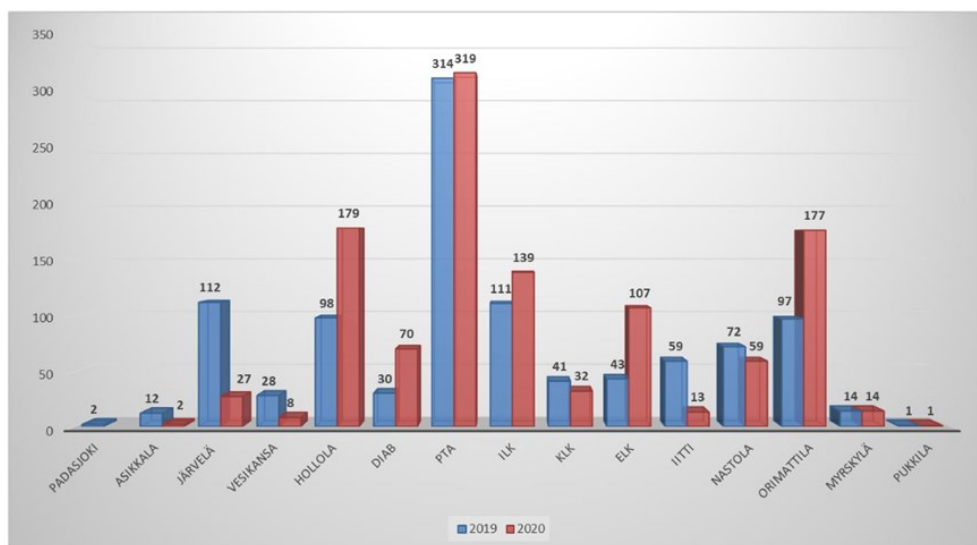
Hoitosuunnitelmien laadintaa ohjataan Suomessa säädöksillä. Terveystieteidenhuoltolaissa mainitaan, että hoidon ja kuntoutuksen toteutukselle on tarvittaessa laadittava hoito- ja palvelusuunnitelma. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa, että terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa ja lääkinällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma. (Terveystieteidenhuoltolaki 1326/2010; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos on ohjeistanut viranomaisasolla hoitosuunnitelmien teosta ja sisällöstä (Korhonen 2018, 12).

Terveystieteiden- ja hoitosuunnitelman juurruttaminen osaksi työtapaa on yhtenä tavoitteena tulevaisuuden sote-uudistuksessa. Sosiaalihuollossa tehdään asiakkaalle palvelu-, hoito- tai kuntoutussuunnitelma, jonka tarkoitus on varsin samanlainen kuin terveystieteidenhuollon hoitosuunnitelman. (Sote-uudistus.) Potilaalle saatetaan laatia useita erilaisia hoito- ja asiakassuunnitelmia eri sosiaali- ja terveystieteiden toimijoiden tekemänä, potilas itsekään ei ole niistä aina tietoinen, eivätkä myöskään ammattilaiset. Suunnitelmat voivat poiketa toisistaan sisällöltään ja tavoitteiltaan. Yhdessä potilaan kanssa laadittu suunnitelma ja siihen kirjatut tavoitteet tulisi olla kaikkien osapuolten tiedossa. (Miettunen 2019, 57-58.) Sosiaali- ja terveystieteidenhuollon palvelusuunnitelmat ehdotetaan jatkossa yhdistettäväksi (Sote-uudistus). Tässä projektissa keskitytään pelkästään avosairaanhoidon terveystieteiden- ja hoitosuunnitelmaan.

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän toimintaa kehitettiin yhdessä koko henkilöstön kanssa vuosina 2018-2019. Yhtenä kolmesta kärkihankkeesta luotiin yhdenmukainen terveystieteiden- ja hoitosuunnitelman laadinnan, seurannan ja käyttöönoton toimintatapa. Sen avulla pyritään hallitsemaan pitkäaikais- ja monisairaiden asiakkaiden palveluprosesseja. (Rautiainen 2019.) Kuviossa 1 on esitetty terveystieteiden- ja hoitosuunnitelmien määrän kehittyminen tämän kehittämiprojektin jälkeen. Terveystieteiden- ja hoitosuunnitelman juurruttaminen käytäntöön on onnistunut



kuitenkin vain osittain Hollolan, Asikkalan ja Padasjoen terveysasemilla, se on jäänyt muutamien aktiivisten hoitajien ja lääkärin työtavaksi. Tyypin 2 diabeetikoille ei hoitosuunnitelmia ole juurikaan tehty, vaikka juuri tämän potilasryhmän hoidossa painottuu erityisesti potilaan omahoidon ohjaus.



Kuvio 1. Terveys- ja hoitosuunnitelmien määrän kehittyminen Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän alueella vuosina 2019-2020 (Hokkanen 2021).

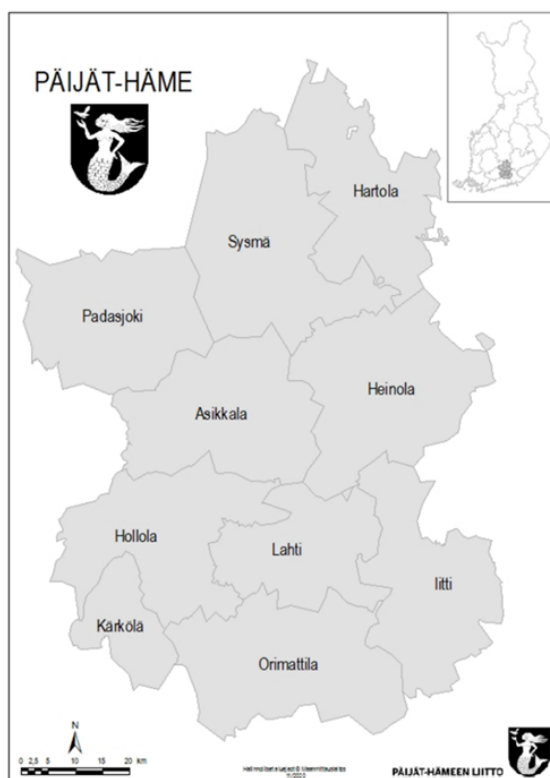
Vuoden 2021 alussa hyvinvointiyhtymässä tuli käyttöön uusi Terveys Lifecare-potilastietojärjestelmän terveys- ja hoitosuunnitelmasovellus, joka on uusi askel rakenteisempaan hoidon kirjaamiseen. Osa potilaan tiedoista kirjautuu automaattisesti hoitosuunnitelmaan, tosin edellyttäen että ne on kirjattu oikein toisaalla tietojärjestelmässä, esimerkiksi pysyvät diagnoosit ja lääkitystiedot (Päijät-Sote). Sovellus perustuu Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen määrittämiin kansallisiin otsikoihin ja on helppokäyttöisempi, kuin aiempi HOITOS-lehdelle fraasien avulla kirjattu hoitosuunnitelma.

Tämän projektin avulla pyrittiin juurruttamaan uusi terveys- ja hoitosuunnitelmasovellus diabeteshoitajan omahoidon ohjauksen työvälineeksi Asikkalan, Hollolan ja Padasjoen terveysasemilla. Potilasryhmäksi rajattiin tyypin 2 diabetestä sairastavat potilaat, joilla ei vielä ollut sydän- tai verisuonisairautta tai runsaasti muita sairauksia. Tämä rajaus tehtiin helpottamaan hoitosuunnitelmien tekoa alkuvaiheessa. Kun kokemusta ja näkemystä hoitosuunnitelmien teosta karttuu,

mahdollistuu monisairaana, paljon palveluita käyttävän potilaan hoitosuunnitelman teko. Tätä rajausta puolsivat myös kokemukset aiemmista terveys- ja hoitosuunnitelman käyttöönoton kehittämisprojekteista esimerkiksi Mikkelissä (Miettinen 2019) ja Rovaniemellä (Mikkola ym. 2018).

## 2.2 Kohdeorganisaation kuvaus

Projekti toteutettiin Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän kolmessa sotekeskuksessa Hollolassa, Asikkalassa ja Padasjoella. 1.10.2021 alkaen sotekeskukset ovat toimineet tiimityö -mallin mukaisesti. Kohderyhmäksi valikoituivat näiden sotekeskusten kaikki 5 diabeteshoitajaa, heistä 4 on töissä Hollolan sotekeskuksessa, Asikkalassa ja Padasjoella on yksi yhteinen diabeteshoitaja. Hollolassa 2 diabeteshoitajaa tekee kokoaikaisesti diabetestyötä ja 2 diabeteshoitajaa tekee myös muuta vastaanotto- ja tiimityötä.



Kuva 1. Päijät-Hämeen kunnat (Päijät-Hämeen liitto).

### 2.3 Projektioorganisaatio

Projektioorganisaatio vastaa projektille annettujen tavoitteiden saavuttamisesta, aikataulussa ja budjetissa pysymisestä. Tehtäviin kuuluu myös projektin dokumentointi ja tiedottaminen sekä ulkoisesti että sisäisesti. Projektioorganisaatio muodostuu projektipäälliköstä, projektiryhmästä ja ohjausryhmästä. Lisäksi projektissa voi olla mukana tuki- eli niin sanottu neuvonantajaryhmä. (Silfverberg 2013, 49.)

Projektipäällikkö on projektin vetäjä, jolla on päävastuu projektin onnistumisesta. Hän vastaa työsuunnittelusta, hankkeen seurannasta ja sisäisestä arvioinnista, muutosesityksistä, henkilöstöhallinnasta, raportoinnista ja tiedottamisesta. (Silfverberg 2013, 49.) Tässä projektissa projektipäällikkönä toimi Turun ylemmän ammattikorkeakoulun kliinisen asiantuntijuuden opiskelija.

Projektiryhmä eli projektitiimi huolehtii omasta selkeästi rajatusta osuudestaan projektissa (Silfverberg 2013, 49). Tämän projektin projektiryhmän muodostivat projektipäällikkö, 5 diabeteshoitajaa ja asiantuntijalääkäri.

Ohjausryhmä tarkoittaa tärkeimmistä sidosryhmistä koottua johto- / ohjausryhmää, joka valvoo, arvioi, hoitaa tiedonkulkua ja tukee projektipäällikköä projektin suunnittelussa ja koordinoinnissa (Silfverberg 2013, 49). Projektin ohjausryhmä muodostui toimintaorganisaation hallintoylihoitajasta, Turun ylemmän ammattikorkeakoulun tutoropettajasta ja työelämän mentorista, joka on asiantuntijasairaanhoidaja kohdeorganisaation terveyden edistämisen ja kehittämisen yksiköstä.

Neuvonantaja- / tukiryhmänä toimi tarvittaessa Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän hoitosuunnitelmien kehittämissuuryhmä.

## 2.4 Kehittämiprojektin tavoite ja tarkoitus

Kehittämiprojektin päätavoite oli:

- juurruttaa terveys- ja hoitosuunnitelman laadinta diabeteshoitajan omahoidon ohjauksen työvälineeksi tyypin 2 diabetestä sairastaville potilaille.

Kehittämiprojektin osatavoitteita olivat:

- kouluttaa diabeteshoitajat uuden terveys- ja hoitosuunnitelmasovelluksen käyttöön.
- luoda hoitotyön näkökulmasta kirjaamisen avuksi mallipohja, joka yhtenäistää ja nopeuttaa kirjaamista rakenteiseen muotoon.

Kehittämiprojektin tarkoitus:

- tyypin 2 diabetesta sairastavan potilaan omahoidon ohjauksen tehostaminen.

### 3 Kehittämiprojektin tietoperusta

#### 3.1 Tyypin 2 diabetes sairautena, hoidon tavoitteet ja hoito

Diabetes ei ole yhtenäinen sairaus, tyypin 1 ja tyypin 2 diabetes ovat sairauden ääripäitä ja näiden välissä on potilaita molemmista pääryhmistä. Diabeteksessa plasman glukoosipitoisuus on kroonisesti suurentunut, syynä tähän on insuliinin puute, insuliinin heikentynyt vaikutus tai molemmat. Diabetekseen voi liittyä äkillisiä tai kroonisia komplikaatioita, jotka vaikuttavat diabeetikon elämänlaatuun ja ennusteeseen. (Tyypin 2 diabetes: Käypä hoito, 2020.)

Käypä hoidon mukaan tyypin 2 diabeteksen diagnoosikriteerit ovat:

- plasman glukoosipitoisuuden suurentunut paastoarvo (vähintään 7 mmol/l)
- glukoosirasituskokeen suurentunut 2 tunnin arvo (yli 11 mmol/l)
- tai HbA1c  $\geq$  48 mmol/mol (6,5 %).

Tavallisesti sairaus alkaa aikuisiässä, potilas on usein ylipainoinen ja hänellä on kohonnut verenpaine tai rasva-aineenvaihdunnan häiriö. Taustavaikuttajia ovat perimä ja ympäristötekijät. (Tyypin 2 diabetes: Käypä hoito, 2020.)

Diabeteksen hoidon päätavoitteena on ehkäistä valtimotaudin, retino-, nefro- ja neuropatian sekä vakavan maksasairauden kehittyminen. Hoidon kohteita ovat hyperglykemia, dyslipidemia, kohonnut verenpaine, lisääntynyt hyytymistäipumus, ylipaino ja liikunnan vähyys, sekä tupakoinnin lopettaminen. Lisäksi hoidon ja omahoidon ohjauksen tavoitteina ovat hyvä ja normaalin pituinen elämä, komplikaatioiden välttäminen ja sujuva arki. Hoidon konkreettiset tavoitteet määritetään yksilöllisesti huomioiden potilaan elämäntilanne ja voimavarat, numeeristen ja toiminnallisten omahoitotavoitteiden tulee olla selkeitä, ks. taulukko 1. Nämä tavoitteet tulee kirjata hoitosuunnitelmaan. Hoidon ja elintapamuutosten onnistumisessa keskeistä on motivoiva, voimavaroja tukeva ja moniammatillinen omahoidon ohjaus ja tuki. (Tyypin 2 diabetes: Käypä hoito, 2020.)

Taulukko 1. Tavoitteet tyypin 2 diabeteksen (T2D) hoidossa (Yki-Järvinen 2022).

Suure	Yleiset tavoitteet, joita säädetään yksilöllisesti
HbA <sub>1c</sub>	< 53 mmol/mol (< 7.0 %)
Plasman glukoosi	4–7 mmol/l ennen aterioita < 10 mmol/l aterian jälkeen
P-Kol-LDL	< 2.6 mmol/l – kohtalaisen riskin potilas < 1.8 mmol/l – suuren riskin potilas < 1.4 mmol/l – erityisen suuren riskin potilas
Verenpaine	< 140/80 mmHg (kotimittaustaso < 135/80 mmHg) < 130/80 mmHg (kotimittaustaso < 125/80 mmHg), jos diabeettinen munuaissairaus tai suuri tautiriski ja tavoite voidaan haitatta saavuttaa
Paino	Normaali (BMI < 25)
Elintavat	Arkiaktiivisuus ja säännöllinen liikunta, istumisen välttäminen Sydänterveyttä ja glukoosinhallintaa edistävät ruokavalinnat Riittävä lepo ja uni Tupakoimattomuus Enintään kohtuullinen alkoholinkäyttö

Tyypin 2 diabeteksen hoito perustuu terveellisiin elintapoihin, painonhallintaan ja lääkehoitoon. Ruokavalio on samanlainen kuin muullekin väestölle suositeltava eli runsaasti kasviksia, täysjyväviljaa ja vähän suolaa, sokeria, valkoista viljaa sisältäviä ruokia ja juomia sekä niukasti kovaa rasvaa. Diabeetikon liikuntasuositus muodostuu kohtuukuormitteisesta kestävyysliikunnasta ja lihasvoimaa ja -kestävyyttä lisäävästä liikunnasta. Liikunnalla on useita positiivisia vaikutuksia diabeetikon terveyteen, se muunmuassa vähentää insuliiniresistenssiä ja parantaa glukoositasapainoa ja vaikuttaa edullisesti sydän- ja verenkiertoelimistön ja keuhkojen toimintaan. Diabeetikolle suositellaan alkoholin kohtuukäyttöä ja tupakoinnin lopettamista. (Diabetestalo.) Diabeteslääkkeitä ovat biguanidit, SGLT2:n estäjät, GLP-1-analogit, insuliiniherkisteet, insuliinierityksen lisääjät, DPP-4-estäjät ja insuliini. Biguanideihin kuuluvaa metformiinia suositellaan usein ensisijaislääkkeeksi. (Yki-Järvinen 2022.)

## 3.2 Hoitotyön kirjaaminen

### 3.2.1 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen

Hoitotyön keskeistä osaamisaluetta on kirjaaminen. Kirjaamisen tulee kuvata hoitotyön osaamista ja potilaan hoitoa hoitotyön periaatteiden mukaisesti kunnioittavasti, yksilöllisesti ja potilaslähtöisesti. (Rautava-Nurmi ym. 2019, 55-56.) Kansallinen hoitotyön kirjaamismalli muodostuu hoitotyön ydintiedoista, suomalaisesta hoitotyön luokituskokonaisuudesta eli FinCC:stä ja hoitotyön prosessista (Mykkänen 2019, 33). Hoitotyön ydintietoja ovat hoidon tarve, toiminnot, tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto (Liljamo ym. 2012, 10). FinCC:n avulla hoitotyön kirjattu sisältö rakenteistuu sähköisessä järjestelmässä (Mykkänen 2019, 33). Hoitotyön prosessia kuvataan kappaleessa 3.2.2.

Rakenteinen kirjaaminen perustuu lähtökohtaan, jossa tieto kirjataan vain kerran tietojärjestelmään ja sen jälkeen tieto on uudelleen käytettävissä hakutoimintojen kautta organisaation omassa tai toisen organisaation tietojärjestelmässä. Rakenteisen kirjaamisen avulla potilaan tiedot ovat helpommin haettavissa ja löydettävissä, tätä kautta potilasturvallisuus ja hoidon laatu paranevat. Potilas voi tarkistaa omia tietojaan Kantapalveluiden kautta, tämä vähentää tulkintaepäselvyyksiä ammattilaisten ja potilaiden välillä. Lisäksi rakenteista tietoa voidaan käyttää tutkimustyössä ja rekisteri- ja tilastotiedon keräämisessä. (Jokinen & Virkkunen 2018, 14–15.)

Rakenteisen tiedon hyödyt jäävät saavuttamatta, jos hoitotyötä kirjataan edelleen manuaalisella tekstillä, myös hoitoprosessin vaiheiden kirjaaminen voi jäädä tällöin puutteelliseksi (Liljamo ym. 2012, 55). Hoitajat kirjaavat vapaan tekstin avulla paljon sellaistaakin tietoa, jota voitaisiin ilmaista rakenteisesti tai valmiiden fraasien avulla. Toisaalta tiedon rakenteistaminen voi rajoittaa hoitajien ilmaisuvoimaa. ”Hoitokertomusten tekstit ovat ihmisten ihmisistä ihmisille tekemiä ja ihmisenäkökulmaa on vaikea ylläpitää ilman ihmisen kirjoittaman vapaan kertovan tekstin mahdollisuutta.” (Simonen-Fallieras 2019, 111.)

### 3.2.2 Kirjaaminen hoitotyön prosessimallin mukaisesti

Prosessimallin mukaisesti rakenteisesti etenevässä, näyttöön perustuvassa hoitotyön kirjaamisessa toteutuvat kirjaamisen laatuksiteerit. Tällainen kirjaaminen ohjaa hoitosuositusten noudattamiseen, tukee hoidon jatkuvuutta, takaa ajantasaisen tiedon riippumatta hoitavasta organisaatiosta, parantaa potilaan oikeusturvaa, potilasturvallisuutta ja vähentää tulkintaepäselvyyksiä potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön välillä (Mäkelä-Bengs & Vuokko 2014, 28).

Käytännön hoitotyössä hoitotyön prosessi toimii hoidon suunnittelun ja päätöksenteon perustana (Rautava-Nurmi ym. 2019, 55). Prosessiajattelun avulla potilaalle muodostuu yksilöllinen ja tavoitteellinen hoitosuunnitelma, joka koostuu keskeisten rakenteisten tietojen kirjaamisesta standardoituja termistöjä ja luokituksia, sekä niitä täydentäviä kertovia vapaita tekstejä käyttäen (Anttila ym. 2015). Hoitosuunnitelman tarkoituksena on hoidon järjestämisen ja hoidon jatkuvuuden turvaaminen. Suunnitelman päivitys ja ajantasaisuus ovat edellytyksiä tiedonsaannille ja hoidon turvallisuudelle. Hoitosuunnitelma elää potilaan hoitoa toteutettaessa prosessimallin mukaisesti, sen teossa on huomioitava potilaan oikeus osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Rautava-Nurmi ym. 2019, 55–56.)

Hoitotyön prosessin vaiheita ovat hoidon tarpeen määrittäminen, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Prosessissa sen eri vaiheisiin liittyvät päätökset vaikuttavat prosessin seuraaviin vaiheisiin tai jopa prosessin keskeyttämiseen. Prosessi etenee syklinä, sen edetessä potilaasta ja hänen tilanteestaan saadaan uutta tietoa, muutosten vaikutuksia tulee arvioida kaikkiin prosessin vaiheisiin. (Rautava-Nurmi 2019, 55-56.)

Hoidon tarve on kuvaus potilaan terveydentilassa olemassa olevista tai tulevaisuudessa mahdollisesti ilmenevistä ongelmista. Tarpeen määrittämiseksi potilaasta kerätään tietoa haastattelun, havainnoinnin ja mittaustulosten avulla, tarpeet voivat olla fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia. Olennaisiksi muodostuvat hoidon tarpeet kirjataan hoitokertomukseen. (Rautava-Nurmi 2019, 56.)



Hoidon tarpeille asetetaan tavoitteet, joilla hoidon tarpeita pyritään vähentämään tai poistamaan. Hoidon tavoitteen tulee olla määritelty potilaskeskeisesti ja konkreettisesti, ei kuvauksena hoitajan toiminnasta tai toimenpiteistä. Hoitotyön toiminnot ovat hoitotyön auttamismenetelmiä, jotka valitaan hoitotyön periaatteiden ja potilaan voimavarojen mukaan. (Rautava-Nurmi 2019, 57).

Hoidon toteutus -vaiheessa suunnitellut hoitotyön toiminnot toteutetaan hoidon auttamis- ja ohjaustilanteissa. Hoidon toteutus vaatii hoitajalta monenlaista ammatillista osaamista, esimerkiksi kädentaitoja, havainnointi- ja kommunikointitaitoja, kykyä ohjata ja antaa psykososiaalista tukea. (Iivanainen & Syväoja 2016, 17.) Olennaista on potilaan tukeminen ja ohjaaminen potilaan voimavarat huomioiden. Hoidon toteutuksen kirjaamisen tulee olla potilaslähtöistä ja arvioivaa. (Rautava-Nurmi 2019, 58–59.)

Hoidon arviointi on hoitoprosessin viimeinen vaihe, jolloin arvioidaan potilaskeskeisesti, onko potilaan hoidon tarpeeseen vastattu, saavutettiinko asetettu hoidon tavoite ja millainen muutos potilaan voinnissa on tapahtunut. Arviointia tulee tehdä hoitoprosessin kaikissa vaiheissa sekä hoidon päättyessä. (Rautava-Nurmi 2019, 58.)

### 3.3 Terveysyhyötymalli tyypin 2 diabetestä sairastavan hoidon viitekehystenä

Terveysyhyötymalli eli Chronic care model on kehitetty Yhdysvalloissa, kun havaittiin, että pitkäaikaissairaita hoidettiin akuutin hoitomallin mukaisesti eli sairaus- ja lääkärikeskeisesti. Terveysyhyötymallissa (kuviokuva 2) toiminta on potilas- ja tiimikeskeistä, ennaltaehkäisevää ja tarkoituksena on voimaannuttaa potilasta. Potilaalle tarjotaan monimuotoisia omahoidon tukikeinoja ja hoitotiimillä on käytössä ajantasaiset tiedot potilaasta, tuki päätöksenteolle ja voimavarat korkealaatuisen hoitoon. Potilaan ja hoitotiimin välisellä yhteistyöllä tuotetaan potilaalle terveysyhyötyä. (Innokylä.)



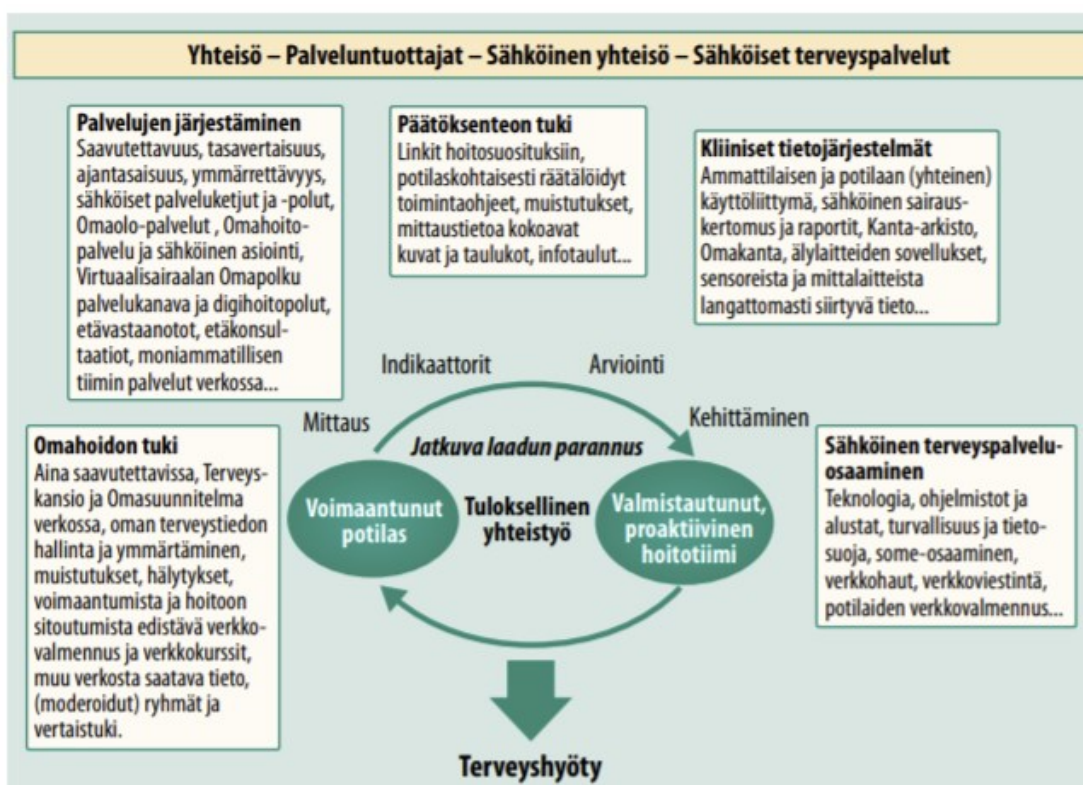
Kuvio 2. Terveishyötymalli (Innokylä).

Tyyppin 2 diabeteksen hoito muodostuu elintapa-, oma- ja lääkehoidosta. Omahoidon ohjauksella ja tuella autetaan diabeetikkoa omaksumaan omahoidossa tarvittavat tiedot ja taidot. Lisäksi diabeetikkoa tuetaan hoidon haasteissa ja sairauteen sopeutumisessa. (Laivuori & Ilanne-Parikka 2018, 2273-2274.) Omahoito on potilaslähtöistä toimintaa, jossa ammattilainen toimii valmentajana. Yhdessä potilaan kanssa räätälöidään lääkehoidon ja elintapojen muutokset juuri tälle potilaalle sopiviksi. Ammattilainen tukee potilaan hoitopäätöstä, vaikka se ei ammattilaisen näkökulmasta olisikaan aina paras vaihtoehto. Omahoito perustuu potilaan omaan motivaatioon, ammattilainen opastaa omahoidon taitojen vahvistamisessa, voimaantumisessa ja hoidon toteuttamisessa. Keskeinen työväline omahoidon tukemisessa on potilaslähtöinen terveys- ja hoitosuunnitelma. (Innokylä.)

Tyyppin 2 diabeteksen esiintyvyyden lisääntyminen aiheuttaa haasteita perusterveydenhuoltoon. Potilaan hoito, ohjaus ja omahoidon tukeminen vievät paljon resursseja. Jo nyt ja tulevaisuudessa yhä enemmän hyödynnetään digitaalisia työkaluja paremman ja tasavertaisemman hoidon saatavuuteen sekä terveyshyödyn lisäämiseen. (Laivuori & Ilanne-Parikka 2018, 2273.) Ammattilaisten mielestä etähoitoa ja digitaalisuutta tulisi kehittää nykyistäkin

enemmän, kuten myös moniammatillista yhteistyötä. Sote-uudistus nähdään mahdollisuutena tuoda hoitoprosessi lähemmäksi potilasta. (Koski 2021, 43.)

Terveyshyötymallin moniammatillinen yhteistyö vaatii helppokäyttöisiä työkaluja, joiden avulla potilaasta kerätty ja tuotettu tieto on sekä potilaan itsensä sekä ammattilaisten käytössä. Näitä työkaluja ovat mm. tekoälyn hyödyntäminen, etävastaanotot, chat-tyyppinen viestikanava, sähköinen ajanvaraus ja sähköiset palvelukanavat. Potilas voi aiempaa helpommin jakaa esimerkiksi verenpaine- ja verensokerituloksensa sekä aktiivisuusrannekkeensa tiedot ammattilaiselle. Uudet työkalut ovat perinteisen vastaanoton vaihtoehtoja ja täydentäjiä. Digiajan hoitamista ja omahoidon tukea on kuvattu digiaikaan päivitettyssä terveyshyötymallissa kuviossa 3. (Laivuori & Ilanne-Parikka 2018, 2273-2274.)



Kuvio 3. Terveyshyötymalli digiaikaan päivitettyinä (Laivuori & Ilanne-Parikka 2018, 2274).

Digitaaliset ratkaisut haastavat vanhat ajatusmallit ja luovat innovatiivisia kommunikaatio- ja työskentelytapoja. Niiden potentiaali pitkäaikaissairauksia sairastavien hoidossa on valtava ja ne mahdollistavat parannuksen niukkoihin

perusterveydenhuollon resursseihin. Toisaalta tyypin 2 diabeetikoista yli puolet on yli 65-vuotiaita, valtaosa huomattavankin iäkkäitä sekä paljon palveluita tarvitsevia. Perinteisen vastaanoton tarve ei heidän kohdallaan häviä, kaikilla ei ole voimavaroja tai valmiuksia käyttää digiajan älylaitteita eikä muita sähköisiä työkaluja. (Laivuori & Ilanne-Parikka 2018, 2278.)

### 3.4 Terveys- ja hoitosuunnitelma

#### 3.4.1 Terveys- ja hoitosuunnitelma potilaan omahoidon tukena

Omahoidon tukemisen tärkeimpänä työkaluna on terveys- ja hoitosuunnitelma. THL:n vuonna 2016 järjestämässä kyselyssä terveys- ja hoitosuunnitelman kehittämisestä ammattilaisista 57 % ilmoitti käyttävänsä terveys- ja hoitosuunnitelmaa omassa työssään tai se oli toteutettuna vastaajan potilastietojärjestelmässä. Hoitosuunnitelmaksi miellettiin moninaisesti useat erilaiset suunnitelmat, esimerkiksi kuntoutus- ja palvelusuunnitelma, fysioterapiasuunnitelma, asiakassuunnitelma, voimavarakartoitus ja koulutussuunnitelma. Vastaajista vain noin 12% ilmoitti käyttävänsä rakenteista terveys- ja hoitosuunnitelmaa hoidon suunnitteluun yhdessä potilaan kanssa. (Mäkelä-Bengs ym. 2016, 12.) Potilaalle saatetaankin laatia useita erilaisia hoito- ja asiakassuunnitelmia eri sosiaali- ja terveystieteen toimijoiden tekemänä, potilas itsekään ei ole niistä aina tietoinen, eivätkä myöskään ammattilaiset. Suunnitelmat voivat poiketa toisistaan sisällöltään ja tavoitteiltaan. Yhdessä potilaan kanssa laadittu suunnitelma ja siihen kirjatut tavoitteet tulisi olla kaikkien osapuolten tiedossa. (Miettunen 2019, 57-58.)

Terveys- ja hoitosuunnitelman juurruttaminen osaksi työtappaa on yhtenä tavoitteena tulevaisuuden sote-uudistuksessa. Sosiaalihuollossa tehdään asiakkaalle palvelu-, hoito- tai kuntoutussuunnitelma, jonka tarkoitus on varsin samanlainen kuin terveydenhuollon hoitosuunnitelman. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusuunnitelmat ehdotetaankin jatkossa yhdistettäväksi. (Sote-uudistus.)

Terveys- ja hoitosuunnitelma laaditaan yhdessä potilaan kanssa omahoidon, hoidon suunnittelun ja koordinoinnin tueksi (Korhonen 2018, 12). Hoitosuunnitelmaa tarvitsevat erityisesti suurimmassa riskissä olevat monisairaat potilaat, joille tulisi laatia heidän näkökulmastaan lähtevä hoitosuunnitelma, joka olisi kaikkien hoitoon osallistuvien ammattilaisten käytössä (Koskela 2020, 2207).

Suunnitelman avulla pyritään voimaannuttamaan ja motivoimaan potilasta huolehtimaan omasta terveydestään. Suunnitelman rakenteinen tieto muodostuu potilaan perustiedoista, hoidon tarpeesta, tavoitteista, toteutuksesta ja keinoista, tuesta, seurannasta ja arvioinnista sekä lisätiedoista. (Korhonen 2018, 12.) Kysymyksessä on siis aikaisemmin esitelty hoitotyön prosessimalli, joka etenee hoidon tarpeesta tavoitteiden kautta toteutukseen ja arviointiin. Erona pitkäaikaissairaana terveys- ja hoitosuunnitelman tekemiseen on lähinnä vain se, että suunnitelma tehdään omahoidon tueksi, mikä edellyttää potilaan aktiivisista osallistumisista sen laadintaan.

Perustiedot muodostuvat potilaan pysyvistä diagnooseista ja hoitoa koordinoivasta vastuuhenkilöstä. Hoidon tarve tarkoittaa potilaan terveydentilaan liittyviä jo olemassa olevia tai tulevaisuudessa mahdollisesti ilmaantuvia ongelmia, esim. sydän- ja verisuonisairauden ennaltaehkäisy sekä toiminta- ja työkykyyn liittyviä tarpeita. Tavoitteeksi asetetaan ammattihenkilön yhdessä potilaan kanssa tunnistettu hoidon tavoite, johon potilas on valmis sitoutumaan, esim. painonhallintatavoite tietyssä ajassa. Tavoitteen tulisi olla konkreettinen ja riittävän pieni, jotta potilas pystyy sen tavoittamaan. Ammattihenkilö määrittelee tavoitteen yksilöivän tekijän, esim. fysiologisen mittaustavoitteen. (Korhonen 2018, 12.)

Hoidon toteutus ja keinot mietitään yhdessä potilaan kanssa, keinojen tulee olla yksinkertaisia ja konkreettisia. Suunniteltu tuki ja seuranta tarkoittaa ammattihenkilöiden antamaa tukea potilaalle tavoitteiden saavuttamiseksi, esimerkiksi omahoitajan puhelu. (Korhonen 2018, 14.) Hoitosuunnitelman toteutumista arvioidaan tarkistamalla, miten potilaan tavoitteet ovat toteutuneet, missä on onnistuttu ja missä on parantamisen varaa (Diabetestalo). Lisätiedot sisältävät potilaan tilaa ja hoitoa kuvaavia tietoja, esimerkiksi potilaan riskitiedot

ja lääkitys (Korhonen 2018, 14). Nykylääkityksen kartoitus ja lääkehoidon suunnitelma ovatkin yksi tärkeä osa hoitosuunnitelmaa (Brinkmann & Laine 2021, 533). Taulukossa 2 on esitetty Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän Lifecare-potilastietojärjestelmän terveys- ja hoitosuunnitelmasovelluksen kirjaamisohje.

Taulukko 2. Terveys Lifecaren terveys- ja hoitosuunnitelman kirjaamisohje (Päijät-Sote).

<p>Hoitopolku Hoidon syy</p> <p>Koordinoiva ammattihenkilö</p>	<p>Terveys- ja hoitosuunnitelma. Potilaan pitkäaikaissairauksien diagnoosit. Jos potilaalle on potilastietojärjestelmään kirjattu rakenteisesti pysyvät diagnoosit saa haettua napista ”Hae potilaan pysyvät diagnoosit”. Potilaan hoitoa koordinoiva ammattihenkilö, esim. nimetty vastuuhoitaja tai lääkäri.</p>
<p>Hoidon tarpeet</p>	<p>Mitkä sairaudet, oireet tai riskitekijät aiheuttavat potilaalla hoidon tai seurannan tarvetta nyt tai tulevaisuudessa? Mitkä ovat potilaalle tärkeitä asioita? Mitä tarpeita potilas tuo esille?</p>
<p>Hoidon tavoitteet</p>	<p>Mitkä ovat niitä yksilöllisiä tavoitteita, mihin potilaan kanssa sovitulla hoidolla pyritään? Pyritäänkö oireiden hoitoon vai ennaltaehkäisyyn? Mihin tavoitteisiin potilas on valmis sitoutumaan? Nimeäkö potilas konkreettisia tavoitteita? Mittaristo: Onko hoidon tavoitteisiin liittyen mitattavia tavoitteita, kuten verenpaine-, paino- tai laboratorio-kokeiden arvot?</p>
<p>Hoidon toteutus ja keinot</p>	<p>Millä konkreettisilla tavoilla pyritään saavuttamaan asetetut tavoitteet? Mitä omahoidon keinoja potilas voi itse toteuttaa?</p>
<p>Tuki, seuranta ja arviointi</p>	<p>Millaista seurantaa potilas toteuttaa kotona? Millaisia kontroleja tarvitaan ammattihenkilön toimesta? Mitä verikokeita tai mittaustuloksia seurataan? Mihin potilas ottaa yhteyttä tarvittaessa?</p>
<p>Käynnin lisätiedot</p>	<p>Käyntikohtaiset lisätiedot, esim. riskitiedot, lääkitys.</p>

Potilas voi tarkastella omaa hoitosuunnitelmaansa sähköisessä muodossa Omakannasta tai tarvittaessa suunnitelma annetaan hänelle tulosteena. Terveystieteiden ammattihenkilö on vastuussa terveystieteiden- ja hoitosuunnitelman ylläpidosta. (Korhonen 2018, 15.)

Yksilöllinen terveystieteiden- ja hoitosuunnitelma on työkalu omahoidon tukemiseen, sen perusteella räätälöity seuranta auttaa kohdentamaan moniammatilliset resurssit todellisen tarpeen mukaan. Sähköinen hoitosuunnitelma muodostuu yhä suuremmalta osin automaattisesti eri puolille tietojärjestelmää kirjattujen tietojen pohjalta. (Laivuori & Ilanne-Parikka 2018.) Hoitosuunnitelma on väline potilaan omahoidon tehostamiseen. Motivoivien keskustelujen avulla muodostuva hoitosuunnitelma vastuuuttaa potilasta ja tukee omahoidon toteutumista. Terveystieteiden ammattilaiselta tämä edellyttää valmennustaitoja. Ammatillaisen perehtyessä kokonaisvaltaisesti potilaan tilanteeseen muodostuu kokonaiskuva potilaan hoitokokonaisuudesta, hoitosuunnitelma on tiivistelmä tästä kokonaisuudesta. (Winell ym. 2019, 41.)

Diabeteksen omahoidossa painottuvat elintavat sekä verensokerin ja verenpaineen omaseuranta. Ammatillainen asettaa omahoidon tavoitteet yhdessä potilaan kanssa, motivaatio lähtee potilaasta, mutta ammatillainen voi tukea ”personal trainerin” tapaan. Yhdessä vuorovaikutteisesti mietitään, mitä terveystieteiden asioille voisi tehdä. Ammatillainen haastaa potilaan itse pohtimaan, millaisesta tuesta olisi hyötyä juuri nyt. Hoitosuunnitelma on työkalu paitsi potilaan motivoimiseen, myös hoidon koordinoimiseen ja järkevään resursointiin. (Huttu 2019, 26-28.) Hoitosuunnitelma on ajateltu työkaluksi erityisesti diabeteksen hoidossa parantamaan hoitotuloksia ja potilaan elämänlaatua. Sen tarkoituksena on voimaannuttaa potilasta ja aktivoida häntä oman diabeteksensä asiantuntijaksi. Hoitosuunnitelma sisältää selkeät yhdessä sovitut numeeriset tavoitteet seurantatuloksille ja laboratorioarvoille. Hoitosuunnitelman tarkoituksena on toimia siltana hoitosuosittelujen ja yksittäisen potilaan hoidon välillä ja ohjata ammattilaista diabeetikon kokonaisvaltaiseen hoitoon. (Winell ym. 43-44.)

### 3.4.2 Terveys- ja hoitosuunnitelman vaikuttavuus ja terveyshyöty

Terveys- ja hoitosuunnitelman vaikuttavuutta ja potilaalle muodostuvaa terveyshyötyä on tutkittu sekä kansainvälisesti että kotimaassa. 2015 julkaistun Cochrane-katsauksen mukaan yksilöllinen hoitosuunnitelma johtaa todennäköisesti pieniin parannuksiin fysiologisissa mittaustuloksissa, esimerkiksi diabeetikolla verensokeri- ja verenpainemittausten tuloksien muutokset. Lisäksi hoitosuunnitelma paransi potilaan itseluottamusta ja terveyden hallinnan taitoja. Sen sijaan sillä ei ollut vaikutusta kolesteroliarvoihin, painoindeksiin tai elämänlaatuun. Henkilökohtaisella hoitosuunnitelmalla ei ole todettu olevan haittoja potilaalle. Hoitosuunnitelman teko prosessina sujui parhaiten, kun sen teko oli integroitu rutiinihoitoon kuten vastaanottokäynnin yhteyteen ja sisälsi intensiivisesti ammattilaisen tukea. (Coulter ym. 2015.)

Hollantilaisessa tutkimuksessa hoitosuunnitelma oli tehty yhteistyössä potilaan kanssa sisältäen tavoitteiden asettamisen, ongelmanratkaisun, hoidon tuen ja seurannan. Potilaat, joille oli tehty yksilöllinen hoitosuunnitelma, kokivat hoitonsa potilaskeskeisemmäksi, ennakkoidummaksi ja suunnitellummaksi. (Jansen ym. 2015.) Samankaltaiseen johtopäätökseen tultiin englantilaisessa tutkimuksessa, jossa potilaat, joiden kanssa oli tehty hoitosuunnitelma, kokivat käyneensä hoidon suunnittelua koskevaa vuorovaikutteista keskustelua ja saaneensa siitä hyötyä (Burt ym. 2012, 64-71).

Kansainvälisessä 10 000 potilaan poikkileikkaustutkimuksessa puolestaan tutkittiin, liittyykö henkilökohtaisen hoitosuunnitelman käyttö parempiin kliinisiin tuloksiin tyypin 2 diabeteksen hoidossa. Kerättäviä potilastietoja olivat tupakointi, tietyt laboratoriotulokset, systolinen verenpaine ja statiinien käyttö. Tutkimuksen johtopäätöksenä todettiin, että verenpaine- ja kolesteroliarvot olivat paremmat niillä potilailla, joilla oli hoitosuunnitelma tehtynä ja he myös käyttivät statiineja lääkehoitona todennäköisemmin kuin potilaat, joilla ei suunnitelmaa ollut. Potilaalle annettava paperinen tuloste hoitosuunnitelmasta tehosti hyviä vaikutuksia. (Mikkola ym. 2020, 137-138.)



Jyväskylän yliopistossa vuosina 2012-2016 tehdyssä tutkimuksessa osoitettiin hoitosuunnitelman terveydellinen ja taloudellinen hyöty. Kokonaisriskiä arvioitaessa käytettiin FINRISK-mittaria, jossa riski-indikaattoreina olivat ikä, sukupuoli, kokonaiskolesteroli, HDL, systolinen verenpaine sekä tupakointi. Potilailla, joille oli tehty hoitosuunnitelma, riski sairastua tai kuolla sydäninfarktiin tai aivohalvaukseen pieneni. Taloudellista säästöä tuli vuosittain 500 000 euroa näiden potilaiden hoidossa. Kontaktit lääkäriin ja suunnittelemattomat käynnit terveydenhuollossa laskivat, yhteydenotot hoitajien ja asiakkaiden välillä puhelimitse puolestaan nousivat. (Korpela & Ruohonen 2018, 18-19.)

Kansainvälisestikin siis suositellaan hoitosuunnitelman käyttöönottoa työkaluksi pitkä-aikaissairaiden hoidossa, mutta käytännössä terveyshyödytä, suosituksista ja lainsäädännöstä huolimatta hoitosuunnitelma on jalkautunut varsin hitaasti käytäntöön Suomessa sekä ulkomailla. Käyttöönottoa hidastavat tietojärjestelmien kankeus, hoitosuunnitelman laatimisen viemä aika ja potilaskeskeisyyden näkökulman sisäistäminen. (Mikkola ym. 2018, 25.) Jos hoitosuunnitelma on tehty yhden sairauden näkökulmasta, se toimii vastoin sen alkuperäistä tarkoitusta. Hoitosuunnitelmaan tulee sisältyä potilaan ja ammattilaisen yhteinen päätöksenteko ja sen tulee huomioida potilaan omat tavoitteet ja toiveet potilaskeskeisesti. Näin muotoiltuna se on oiva työkalu perusterveydenhuollossa. (Young ym. 2016.)

### 3.4.3 Kokemuksia terveys- ja hoitosuunnitelman käyttöönotosta

Potku-hankkeessa hoitosuunnitelman laatimisen havaittiin vähentävän merkittävästi monikävijöiden käyntejä. Suunnitelman saaneet pitkäaikaissairaat olivat myös muita tyytyväisempiä saamaansa hoitoon. Potilaalle syntyi luottamus, että hänen asiaansa on mietitty. Hankkeessa todettiin, että pitkäaikaissairaana hoidossa diagnostisen informaation sijaan on keskityttävä potilaan voimaantumiseen ja omahoidon tukemiseen. Potilas on oman hoitonsa keskiössä. Hankkeessa suunniteltiin omahoitolomake, jonka avulla potilas pystyy valmistautumaan hoitosuunnitelmakäynnille. (Oksman ym. 2014.)

Rovaniemen terveysasemalla aloitettiin hoitosuunnitelman jalkauttaminen käytäntöön vuonna 2014 Hyvä Potku -hankkeen inspiroimana ja yhteisen tahtotilan avulla. Hoitosuunnitelmia alettiin laatia tyyppin 2 diabetestä sairastaville. Vuosien 2015-2017 aikana terveysasemalla tilastoitiin noin 5700 uutta tai päivitettyä hoitosuunnitelmaa. Sen jälkeen hoitosuunnitelmien määrä on vakiintunut noin 140:een kuukaudessa. Toiminnan jalkautus vei noin kolme vuotta, sen tuloksena noin 80-90 %:lle hoidettavista diabeetikoista on laadittu hoitosuunnitelma. (Mikkola ym. 2018.)

Suurin osa Rovaniemen terveysaseman hoitajista ja lääkäreistä pitää hoitosuunnitelmaa hyvänä asiana, pitkäaikaissairaiden hoidon koettiin hoitosuunnitelman avulla tulleen jäsenellymmäksi, yksilöllisemmäksi, tavoitteellisemmäksi ja potilaskeskeisemmäksi. Toisaalta hoitosuunnitelmien teon koetaan olevan työlästä ja vievän liikaa aikaa, saavutettua terveyshyötyä on kyseenalaistettu. Potilaat ovat suhtautuneet hoitosuunnitelmiin pääosin positiivisesti, mutta omahoitolomakkeen täyttö ennen vastaanottoa on todettu työlääksi tehtäväksi. Laatutumittausten perusteella on todettu useiden kliinisten mittareiden parantuneen hoitosuunnitelman käyttöönoton myötä. (Mikkola ym. 2018.)

Essote:n hyvinvointialueella Mikkelissä kehiteltiin 20 sairauskohtaista hoitosuunnitelma-mallipohjaa organisaation Efficapotilastietojärjestelmän yhteisiin fraaseihin. Mallipohjissa on THL:n perusotsakkeiden lisäksi valmiina ranskalaisilla viivoilla yleistettäviä hoidon tavoitteita, keinoja ja seurantasapluuna. Riittävän valmis mallipohja säästää aikaa suunnitelman yksilöllistämiseen vastaanotolla. Mallipohjat on koettu hyviksi, ne nopeuttavat kirjaamista ja jäsentävät hoitoa niin potilaalle kuin ammattilaiselle. Mallipohjien avulla on Mikkelissä tehty hoitosuunnitelma noin 16-18 %:lle eli yli 9000 potilaalle. Mallipohjan avulla kirjaaminen on kuitenkin herättänyt epäilyä siitä, onko hoitosuunnitelma enää yksilöllinen ja potilaslähtöinen. Ammattilainen kuitenkin pystyy tekemään hoitosuunnitelmasta yksilöllisen pienillä muutoksilla. (Miettinen 2020.)

Päijät-Hämeen hyvinvointialueella vuonna 2018 aloitetun kehittämisprojektin lähtötilanteessa todettiin, että terveys- ja hoitosuunnitelman tekeminen ei ollut

yhtenäistä, sille ei ollut selkeitä ohjeita, eikä potilastietojärjestelmä tukenut sen käyttöönottoa. Hoitosuunnitelmien tekemisen kulttuuri, rutiini, työnjako ja selkeät prosessit puuttuivat. Henkilöstön perehdytys oli vajavaista, josta seurasi tietämättömyyttä, osaamisen puutetta sekä sitoutumattomuutta. Terveys- ja hoitosuunnitelmien kirjaaminen koettiin hankalaksi, myös tilastoinnissa oli epäselvyyttä, tilastoiduiksi tuli vain osa hoitosuunnitelmista. Potilaiden osallisuus oman terveys- ja hoitosuunnitelman tekemiseen oli vähäistä. (Rautiainen 2019.)

Projektin yhteydessä henkilöstöä perehdytettiin hoitosuunnitelmien tekoon, ja tietoisuus hoitosuunnitelmista lisääntyi. Lääkäreiden ja hoitajien työnjakoa selkiinnytettiin ja terveys- ja hoitosuunnitelmia alettiin tehdä enemmän, ks. kuvio 1. Potilaita pyrittiin osallistamaan oman terveys- ja hoitosuunnitelman tekemiseen esitietolomakkeen avulla. Jatkokehittämiskohteiksi todettiin mm. potilaskokemusten ja työntekijöiden palautteiden käyttö kehittämistyössä ja potilastietojärjestelmien / tekniikan kehittyminen. (Rautiainen 2019.) Projektin jälkeen hyvinvointiyhtymän terveys- ja hoitosuunnitelmasta vastaavan kehittämistyöryhmän vetäjät tuottivat hoitosuunnitelman perehdytyskokonaisuuden Duodecimin Oppiporttiin otsikolla ”Hoitosuunnitelma ja hoidon linjaukset” (Brinkmann ym. 2020).

#### 3.4.4 Terveys- ja hoitosuunnitelman kirjaamisen haasteet

Hoitotyön kirjaamisessa on todettu monenlaisia haasteita. Kirjaaminen on todettu vajavaiseksi, kirjaamiseen ei ole tarpeeksi resursseja eikä aikaa. Hoitajien kirjaamistaidoissa ja -tiedoissa on parannettavaa, kirjaaminen ei ole järjestelmällistä eikä selkeästi hahmottunutta, kirjaamiskäytännöt vaihtelevat. Kirjaamiseen tarkoitettujen potilastietojärjestelmien ja ohjelmistojen käyttöön ei ole kaikilla riittävää osaamista. (Moldskred ym. 2021.) Hoitotyön tarpeet, toteutus ja päätöksentekoon vaikuttavat tekijät eivät ole selkeästi kirjattu ja arvioinnin kirjaamisessa on puutteita. Nämä epäkohdat vaikeuttavat tiedon kulkua. Ongelmien taustalla on kiire hoitotyössä, työpisteen rauhattomuus, meluisuus, sekä työntekijän asenteet ja osaamattomuus. (Asmirajanti ym. 2019.)

Potilastietojärjestelmät aiheuttavat oman haasteensa hoitotyön kirjaamiseen. Vuonna 2020 Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen yhdessä Itä-Suomen yliopiston, Aalto-yliopiston ja Helsingin yliopiston kanssa teettämässä kyselyssä selvitettiin, miten asiakas- ja potilastietojärjestelmät, kuten Lifecare, tukevat sairaanhoitajien työtä. Tulosten perusteella sairaanhoitajat olivat mm. tyytyväisiä tietojärjestelmien kykyyn tukea yhteistyötä ja tiedonkulkua sekä sairaanhoitajien kesken organisaation sisällä että sairaanhoitajien ja lääkäreiden välillä. Tietojärjestelmän tuen sairaanhoitajien ja potilaiden väliselle vuorovaikutukselle ei koettu parantuneen, tämä koettiin jatkossa tärkeäksi resurssoinnin kohteeksi etenkin julkisessa terveydenhuollossa, koska useimmat suomalaiset käyttävät jo arjessaan sähköisiä terveydenhuollon palveluita. Tietojärjestelmät vaikuttavat kuitenkin positiivisesti potilaiden hoitoon, erityisesti hoidon jatkuvuuteen ja kykyyn estää lääkitysvirheitä. Sairaanhoitajilla on korkeita odotuksia järjestelmille, erityisesti niiden itsetäydentyville ja loogisille lomakkeille, jollainen terveys- ja hoitosuunnitelmakin osittain on. (Kyytsönen ym. 2020, 252, 258-259.)

Terveys- ja hoitosuunnitelman kirjaamiseen liittyy osin samanlaisia ongelmia kuin hoitotyön kirjaamiseen yleisestikin. Hoitosuunnitelmaan kirjataan kattavasti tietoja hoidon tarpeesta, tavoitteista, toteutuksesta ja keinoista, mutta seuranta- ja arviointitietoja kirjataan vähemmän. Toisaalta potilaan itsensä tunnistamia hoidon tarpeita kirjataan vain vähän, tarve on kirjattu ammattilaisen näkökulmasta. THL:n ohjeistaman otsikkorakenteen lisäksi hoitosuunnitelmiin kirjataan myös muita tietoja, kuten työ- ja toimintakykytietoja. Hoitosuunnitelma on käytössä vain paikallisesti, ei vielä laajasti kansallisesti. Hoitosuunnitelman käyttötarkoitus ei ole selvillä aina ammattilaisellakaan. (Mäkelä-Bengs ym. 2016, 25-26.)

Järvisen (2017) väitöskirjassa tutkittiin diabeteshoitajien toteuttamien tyypin 2 diabetespotilaiden omahoidon ohjauksen kirjauksia perusterveydenhuollossa sekä käyntikerta- että hoitosuunnitelmateksteissä. Tutkimuksessa todetaan, että ohjauksen kirjaamisessa näkyi vain paikoitellen potilaiden omat mietteet, toiveet ja kokemukset. Elintapojen muutoshalukkuus näkyi positiivisina aikomuksina

tulevaisuudessa, mutta kirjauksissa ei kuitenkaan seurattu olivatko nämä aikomukset toteutuneet. Kirjaukset painottuivat keskusteluihin potilaiden omahoidon onnistumisesta ja voimavarojen tukemisesta, kirjauksista ei kuitenkaan selvinnyt miten nämä keskustelut olivat vaikuttaneet omahoidon toteutukseen ja elintapamuutoksiin. Omahoidon osaamisen kirjaukset lähinnä kartoittivat potilailla jo olevaa tietoa. Niissä ei arvioitu potilaan ymmärrystä riskikäyttäytymisen seurauksista. Kirjaukset muistuttivat lähinnä muistiinpanoja, eivätkä siis kuvanneet kokonaisvaltaisesti potilaiden muutostarpeiden ja osaamisen kehittymisen arviointeja. Ohjauskokonaisuus muodostui ajoittain epäloogiseksi, jopa ristiriitaiseksi, koska aiempiin kirjauksiin ei palattu ja useat asiat jäivät avoimiksi. Tutkimuksen johtopäätöksenä heräsi epäily omahoidon ohjauksen jatkuvuudesta ja tiedon siirtymisestä eri ammattihenkilöiden välillä. Potilaan oma näkökulma olisi sisällytettävä omahoidon ohjauksen kirjaamiseen useammin kuin nykyisin tapahtuu.

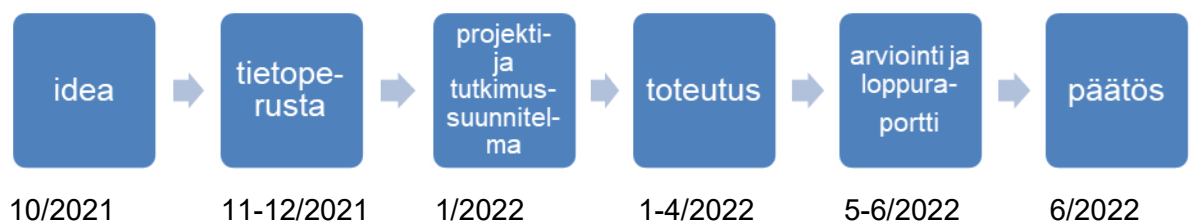
Hoitotyön kirjaamista voidaan kehittää käyttämällä valmiita kirjaamismalleja eri käyttötilanteisiin. Mallipohjien avulla kirjaaminen muodostuu yhtenäisemmäksi, ytimekkäämmäksi ja yksinkertaisemmaksi. Sen avulla kirjaaminen keskittyy oleellisiin asioihin ja määrittelee hoitoprosessin minimikirjauksen mallin. (Nykänen & Juntila 2012, 26.) Mallipohjat nopeuttavat tietojen löytymistä, selkeyttävät kirjaamista ja tekevät kirjaamisesta kattavampaa. Valmis malli ohjaa hoitotyön päätöksentekoprosessia, hoitotyö on suunnitelmallisempaa ja potilaturvallisuus paranee. (Bail ym. 2021.)

Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen työpaikoilla vaatii jatkuvaa sisäistä koulutusta sekä ajantasaista ja riittävää perehdytystä kirjaamiskäytäntöjen ja osaamisen varmistamiseksi (Saranto ym. 2021). Samoin käyttöön otettavan potilastietojärjestelmän oppimiselle ja osaamiselle on koulutuksella suuri merkitys, koulutustarve on yksilöllinen ja koulutuksen tulee olla jatkuvaa. Työyksiköissä tapahtuva vierikoulutus edistää parhaiten järjestelmän käytön oppimista käytännön työssä. Työntekijöiden asenteet ja henkilökohtainen työn kehittämishalukkuus vaikuttavat onnistuneeseen järjestelmän käyttöönottoon. (Valta 2013, 171.)

## 4 Kehittämiprojekti prosessina

### 4.1 Kehittämiprojektin aikataulu

Kehittämiprojekti alkoi projekti-ideasta ja tietoperustaan perehtymisestä. Projektin käytännön toteutus tapahtui laaditun projektisuunnitelman mukaisesti. Lopuksi projekti arvioitiin ja päätettiin. Kehittämiprojektin eteneminen kokonaisuudessaan on kuvattu kuviossa 4.



Kuvio 4. Projektin etenemisaikataulu.

Aikataulu:

- alustavan projekti-idean esittely työnantajalle, projektiryhmälle ja ohjausryhmälle 10/2021
- tietoperustaan ja tutkimustietoon perehtyminen 11-12/2021
- projekti- ja tutkimussuunnitelma 1/2022
- projektin toteutusvaihe 1-4/2022
  - o diabeteshoitajien teemahaastattelu 1/2022
  - o Teams-palaveri: terveys- ja hoitosuunnitelmasovelluksen esittely, aikaisempien projektien tuloksien, mallipohjien ja fraasistojen tarkastelua 2/2022
  - o työpaja Hollolassa ja Asikkalassa / Padasjoella 2/2022
  - o ”learning by doing” 2-4/2022
  - o itse- ja vertaisarviointi, tilastot 4/2022
- projektin arviointi ja loppuraportointi 5-6/2022
- projektin päätös 6/2022

## 4.2 Kehittämisen- ja arviointimenetelmät

Kehittämisen projektin käytännön toteutus alkoi teemahaastattelulla, jonka avulla kartoitettiin diabeteshoitajien tietoja, taitoja ja asenteita terveys- ja hoitosuunnitelman tiimoilta. Tutkimuksen jälkeen siirryttiin kouluttamaan diabeteshoitajia osallistavien menetelmin, joita olivat dialoginen keskustelu ja työpajat.

Dialoginen keskustelu on avointa ja suoraa. Erilaisille näkemyksille annetaan tilaa. Aidon dialogin avulla saadaan käyttöön ihmisten luovuus, osaaminen ja motivaatio. (Salonen ym. 2017, 61.) Työpajalla eli workshopilla tarkoitetaan tapaamista, seminaaria tai tapahtumaa, jossa osallistujat ovat vuorovaikutteisessa yhteistoiminnassa (Salonen ym. 2017, 63). Työpajoissa harjoiteltiin hoitosuunnitelman tekemistä käytännössä ”learning by doing” -menetelmällä eli tekemällä oppien. Sen perusta on Deweyn pragmatismina tunnettu kasvatustieteellinen filosofia, joka painottaa käytäntöä merkityksen perustana ja tiedon saavuttamista reflektoidun kokemuksen kautta (Laitinen ym. 2014, 31).

Projektin arviointia voidaan tehdä etukäteen, projektin aikana tai sen päättyttyä. Arviointi voidaan toteuttaa itsearviointina, ulkoisena arviointina tai näiden yhdistelmänä. Itsearvioinnissa arvioinnin kohteena on arvioija itse, yksilö, työyhteisö tai organisaatio. Itsearviointia voidaan toteuttaa eri menetelmillä, esimerkiksi benchmarkingin eli vertaisarvioinnin, strategiakarttojen tai matriisien avulla, paras tulos saavutetaan yleensä yhdistelemällä eri menetelmiä. Itsearvioinnissa kannattaa hyödyntää valmiita aineistoja, kuten tilastoja, julkaisuja tai raportteja. Aineistoa arviointia varten voidaan kerätä myös erikseen mm. palautteiden ja haastattelujen muodossa. Yksinkertaisin arvioinnin käytäntö on asioiden listaaminen, tavoitteita verrataan jo toteutuneisiin asioihin. (Hautala ym. 2012, 35-36.) Tässä projektissa tehtyjä hoitosuunnitelmia arvioitiin itse- ja vertaisarvioinnin avulla. Itsearvioinnissa hyödynnettiin terveys- ja hoitosuunnitelman auditointityökalua, joka on esitelty liitteessä 1 (Päijät-Sote). Lisäksi hyödynnettiin hoitosuunnitelmien numeraalista tilastointia. Projektia kokonaisuutena arvioitiin projektin päättyessä.

## 5 Kehittämiprojektin soveltavan tutkimuksen osa

### 5.1 Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tutkimuksen tavoite:

- Saada tietoa diabeteshoitajien tiedoista, taidoista ja asenteista terveys- ja hoitosuunnitelmaan liittyen.

Tutkimuksen tarkoitus:

- Hyödyntää saatua tietoa terveys- ja hoitosuunnitelmasovelluksen käyttöönoton koulutuksessa.

Tutkimusongelmat:

1. Mitkä ovat estäviä ja edistäviä tekijöitä terveys- ja hoitosuunnitelmasovelluksen käyttöönotossa?
2. Miten diabeteshoitajat hallitsevat terveys- ja hoitosuunnitelman prosessiajattelun?
3. Mitä hyötyä diabeteshoitajat kokevat terveys- ja hoitosuunnitelmasta olevan potilaan omahoidolle ja omahoidon ohjaukseen?

### 5.2 Tutkimusmenetelmä, kohderyhmä, aineiston hankinta

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat kaikki Asikkalan, Hollolan ja Padasjoen sotekeskusten 5 diabeteshoitajaa. Tutkimusmenetelmäksi valikoitui ryhmähaastattelu teemahaastattelurungon avulla, haastattelurunko pohjautui aiheesta laadittuun kirjallisuuskatsaukseen. Haastattelun ajankohta sovittiin sähköpostitse.

Ryhmähaastattelussa haastattelija kysyy samanaikaisesti kaikilta haastateltavilta kysymyksiä valmiin kysymysrunгон mukaisesti, mutta kysyy välillä myös kysymyksiä yksittäisiltä ryhmän jäseniltä. Keskustelussa korostuvat



vuorovaikutuksellisuus ja puhe, mutta myös sanaton viestintä, kuten eleet ja ilmeet. Haastattelijan tehtävänä on käydä kaikki teemat läpi ja innostaa ryhmän jäseniä monipuoliseen, vapaamuotoiseen keskusteluun. (Menetelmäopintojen tietovaranto.)

Ryhmähaastattelun avulla saadaan tietoa samanaikaisesti usealta henkilöltä, yhteiskeskustelu auttaa muistamaan asioita, joita yksilöhaastattelussa ei tulisi esille ja puhuminen on rennompaa. Ongelmia voivat aiheuttaa useiden ihmisten aikataulujen yhteensovittaminen, ryhmän ilmapiiri ja tekniset haasteet nauhoituksessa, kun ihmiset puhuvat toistensa päälle. (Menetelmäopintojen tietovaranto.)

Ryhmähaastatteluun tutkimusmenetelmänä päädyttiin, koska diabeteshoitajia oli sopivan kokoinen, pieni asiantuntijaryhmä ja haastattelu Teams:in välityksellä mahdollisti kätevästi ryhmähaastattelun nauhoituksineen. Kokemattomalle haastattelijalle valmiiseen kysymysrunkoon pohjautuva haastattelu toi varmuutta. Aikataulujen yhteensovittamisen ongelmiin valmistauduttiin ottamalla ryhmäläisiin yhteyttä sähköpostitse hyvissä ajoin ennen haastattelun aiottua ajankohtaa. Ennen haastattelua teemahaastattelun kysymysrunkoa (liite 2) testattiin yksilöhaastattelemalla erästä varsinaiseen tutkimusryhmään kuulumatonta terveydenhoitajaa.

Haastattelu tehtiin helmikuun alussa 2022 Teams:n välityksellä, haastattelu nauhoitettiin. Nauhoituksesta tiedotettiin diabeteshoitajia etukäteen. Kaikki kutsutut osallistuivat haastatteluun, joka kesti noin 50 minuuttia. Haastateltavat osallistuivat keskusteluun avoimesti ja aktiivisesti, tutkija teki välillä muutaman tarkentavan kysymyksen haastattelurungon kysymysten lisäksi. Toisen puheen päälle puhumista ei juurikaan tapahtunut. Haastateltavien kesken muodostui sujuvaa keskustelua. Pieniä teknisiä ongelmia esiintyi, yksi haastateltava ”tippui linjoilta” hetkeksi, mutta sai nopeasti uuden yhteyden tilaisuuteen. Yksi hoitajista joutui hetkeksi poistumaan kesken haastattelun avustamaan lääkäriä. Nämä häiriöt eivät kuitenkaan vaikuttaneet merkittävästi haastattelun kulkuun. Haastattelu litteroitiin eli muutettiin kirjalliseen muotoon heti haastattelua

seuraavina parina päivänä. Kirjoitettua materiaalia kertyi noin 12 A4-kokoista arkkia (kirjainkoko 12, riviväli 1,5).

### 5.3 Aineiston analyysi

Teemahaastattelumenetelmällä saatu aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä helmikuussa 2022. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi alkaa aineiston pelkistämisestä eli redusoinnista. Analysoitava aineisto voi olla aukikirjoitettu haastatteluaineisto, asiakirja tai dokumentti. Seuraavaksi aineisto ryhmitellään eli klusteroidaan. Tällöin aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavuuksia kuvaavia käsitteitä, samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi ja nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Klusteroinnin jälkeen aineistosta luodaan teoreettiset käsitteet eli aineisto abstrahoidaan. Aineistosta erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto, valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettiset käsitteet. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-111.)

Sisällönanalyysissä aineiston luokittelu, analysointi ja tulkinta kietoutuvat yhteen, niiden painotus vaihtelee tutkimuksesta riippuen. Pelkkä luokittelu ei tarkoita aineiston analysointia, se on kerätyn materiaalin haltuunottoa. Käytännössä nämä kolme osa-aluetta tapahtuvat osittain päällekkäin ja eri vaiheista palataan takaisin aiempiin kysymyksiin niitä tarkentaen. Aineistoa tulee tarkastella kriittisesti peilaten sitä alkuperäiseen tutkimuskysymykseen. (Ruusu vuori ym. 2010.)

Tarvittaessa annettuihin teemahaastattelun vastauksiin voitiin palata uudestaan, koska haastattelu oli nauhoitettu. Pyrkimyksenä oli säilyttää mahdollisimman hyvin kaikki se, mitä haastattelussa oli sanottu. Tutkija aloitti aineiston analysoinnin lukemalla aineiston ensin useampaan kertaan ja tehden samalla muistiinpanoja. Sitten litteroitu aineisto purettiin osiin ja etsittiin aineistosta merkitykselliset ilmaukset tutkimusongelmiin perustuen, nämä ilmaisut pelkistettiin. Pelkistämisessä tiivistetään ilmaus niin, että sen olennainen sisältö säilyy (Kylmä & Juvakka 2013, 117). Pelkistetyt ilmaukset taulukoitiin, osa

ilmauksista oli samansisältöisiä keskenään, jolloin ne yhdistettiin taulukoidessa ja sulkuihin merkittiin samansisältöisten ilmauksien määrä. Pelkistyksistä muodostettiin ala- ja yläluokkia peilaten niitä tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimusongelmiin.

## 5.4 Tutkimustulokset

### 5.4.1 Kohderyhmää koskevat taustatiedot

Diabeteshoitajista yksi oli tehnyt diabeteshoitajan työtä yli 10 vuotta, kaksi 6-10 vuotta, yksi 1-5 vuotta ja yksi alle vuoden. Kahdella hoitajalla oli peruskoulutuksena terveydenhoitajan ja kolmella sairaanhoitajan koulutus, yhdellä heistä oli myös sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiskoulutus. Neljällä hoitajalla oli jatkokoulutuksena diabeteshoitajan 30. opintopisteen erikoistumiskoulutus, lisäksi yksi heistä oli käynyt aikoinaan Diabetesliiton järjestämän 5 päivää kestävästä diabeteksen hoidon peruskurssin. Yhdellä hoitajista ei ollut vielä diabeteshoitajan pätevyyttä, hän oli vastikään aloittanut erikoistumiskoulutuksen.

Terveys- ja hoitosuunnitelman teosta avosairaanhoidossa oli entuudestaan kokemusta kolmella hoitajalla, yhdellä hoitajalla oli kokemusta suunnitelman teosta erikoistumiskoulutuksen ajoilta, mutta ei työelämästä. Yhdellä hoitajista oli kokemusta hoitosuunnitelman teosta vuodeosastolta, mutta ei avosairaanhoidosta. Uudesta hoitosuunnitelmasovelluksesta ei ollut kokemuksia kenelläkään, eivätkä siitä kaikki olleet tietoisiaakaan.

*”...niinku pohja on tuttu ja yksittäisiä tehny vuosien saatossa, mutta tuo uus sovellus, siihen tarvitaan kyllä apuja, se ei oo sellanen klaari meikäläiselle...”*

*”...sit vasta huomasin, että ohhoh tänne on tullut tämmönenkin, mut en uskaltanut siinä tilanteessa ruveta sitä viel harjottelemaan, kun ajattelin, että jos tämä (koulutus) vaikka toisi eväitä sitten eteenpäin...”*

#### 5.4.2 Hoitosuunnitelman käyttöönottoa estävät ja edistävät tekijät

Hoitosuunnitelman käyttöönottoa estävät ja edistävät tekijät muodostivat yhteensä 58 kappaletta pelkistettyjä ilmauksia, nämä ilmaukset muodostivat 9 alaluokkaa ja 2 yläluokkaa, ks. taulukko 3.

Taulukko 3. Hoitosuunnitelman käyttöönottoa estävät ja edistävät tekijät.

Pelkistetyt ilmaukset (määrä)	Alaluokat	Yläluokat
monisivuisuus (5) työläs tehdä (2) turhauttava (2) vanhenee nopeasti (1) vaikea toteuttaa (3) keskeneräisyys (2)	hoitosuunnitelmaan liittyvät syyt	hoitosuunnitelman käyttöönottoa estävät tekijät
ei edennyt lääkäriellä (2) työyhteisöllä ei tietoa (2) lääkäriin arvostuksen puute (2) yhteistyön puute (2)	ammattiryhmien yhteistyöhön liittyvät ongelmat	
korkealentoisuus (1) liiallisen tiedon omaksuminen(1)	koulutukseen liittyvät syyt	
aikapula (2)	resursseihin liittyvät syyt	
suunnitelmallisuus (2) potilas paremmin perillä omahoidostaan (1)	hoitosuunnitelmasta koetut hyödyt potilaalle	hoitosuunnitelman käyttöönottoa edistävät tekijät
jäsentää (1) nopeuttaa jatkossa työtä (2) taustatiedot kartoitettu valmiiksi (3) hyödyttää jatkossa (4) suunnitelmallisuus (1)	hoitosuunnitelmasta koetut hyödyt ammattilaiselle	
lyhyt (3) ytimekäs (1) simpli (2) täydennettävissä (2)	hoitosuunnitelmaan liittyvät odotukset	
käytännölläisyys (2) koulutuksen tarve (1) innostunut kouluttaja (1)	koulutukseen liittyvät odotukset	
nopeuttaa (1) muistin tukena (1) yhtenäistää (1) helpottaa (2)	mallipohjien ja fraasien hyöty	

Pelkistetyt ilmaisut, jotka on luokiteltu yläluokkaan estävät tekijät, olivat sellaisia, joista hoitajilla oli enimmäkseen kokemuksesta kerrottavaa. Pelkistetyt

ilmaisut, jotka on luokiteltu yläluokkaan edistävät tekijät, olivat puolestaan sellaisia, joista hoitajilla oli mukana toive tai odotus tai joista olisi hoitajien mielestä hyötyä.

### **Estävät tekijät**

Hoitosuunnitelman käyttöönottoa estäviä tekijöitä olivat hoitosuunnitelmaan liittyvät syyt, ammattiryhmien yhteistyöhön liittyvät ongelmat, koulutukseen ja resursseihin liittyvät syyt.

Aiemman kokemuksen mukaan hoitosuunnitelmat ovat monisivuisia, työläitä, turhauttavia tehdä ja niihin kirjattu tieto vanhenee nopeasti tai suunnitelma jää keskeneräiseksi. Niiden teko koetaan liian vaikeaksi.

*”...tein siitä montasivusen jutun ja ajattelin että hohhohhoijakkaa...”*

*”...että ei semmosta puolentoista sivun epistolaa, ei sitä jaksa oikeesti itsekkää, ei jaksa tehdä enkä eikä ehkä asiakas pysty kaikkee sulattamaan, saatikka sitten lääkärit...”*

Hoitosuunnitelmien tekoa on aiemmin estänyt myös ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön liittyvät ongelmat. Hoitajan tehtyä oman osuutensa hoitosuunnitelmasta, se ei olekaan edennyt lääkäriellä toivotusti ja suunnitelma on jäänyt ”roikkumaan” keskeneräiseksi. Hoitajat ovat myös kokeneet, että lääkärit eivät ole arvostaneet heidän tekemiään suunnitelmia. Työyhteisö ei ole ollut tietoinen hoitosuunnitelmien teosta ja niiden tarkoituksesta.

*”...se ei niinku edenny lääkäriellä, sehän tökkäs meillä siihen, että me yritettiin innolla tehdä, mutta sitten kun lääkäri ei ottanu koppia näistä sen vastuualueista, ne jäi roikkumaan ja niitä keskeneräisiä raakileita siellä varmasti on tänä päivänäki...”*

*”...ja sitte se että se ei olis yhden hoitajan vastuulla, vaan että lääkäri tarkistaa tietyt asiat ja hoitaja tietyt asiat...”*

*”...että siitä tietäs sitte lääkärikuntakin ja kollegat kanssa. Tiedon levittäminen, että se ei jäis vaan pyörimään tähän meidän, meidän ja asiakkaan välille. Että lääkärikin sitten noteeraisi sen...”*

Koulutukseen liittyviä syitä olivat aiempien koulutuksien korkealentoisuus ja liiallinen tiedon määrä, jota ei kuitenkaan ole pystytty soveltamaan käytäntöön.

*”...tietooahan sieltä tuli ihan vietävästi, mutta se että tuota tän käytännön tasolle nin tuota...”*

Resursseihin liittyen mainittiin aikapula, mutta tämä ei noussut keskeiseksi estäväksi tekijäksi.

*”...sit vaan se käytännössä se aika...”*

### **Edistävät tekijät**

Hoitosuunnitelman käyttöönottoa edistäviä tekijöitä olivat hoitosuunnitelmasta koetut hyödyt potilaalle ja ammattilaiselle, hoitosuunnitelmaan ja koulutukseen liittyvät odotukset sekä ja mallipohjista ja fraaseista koettu hyöty.

Hoitosuunnitelman avulla potilas on paremmin perillä omasta jatkohoidostaan ja omahoidon keinoista

*”...Ja sitten että asiakas ite sen kirjallisesti näkis, että mitä tässä on sovittu, koska kyllä aika moni on ymmyrkäisenä, että ajaa onko hän jotakin luvannut tehdä...”*

Ammattilaisen näkökulmasta hoitosuunnitelma jäsentää potilaan hoitoa. Se nopeuttaa ja hyödyttää seuraavaa vastaanottokäyntiä tai hoitopuhelua, sillä taustatiedot on jo kartoitettu valmiiksi. Hoitosuunnitelma luo nimensä mukaisesti suunnitelmallisuutta potilaan hoitoon.

*”...siinä tulis kartotettua ne asiakkaan taustatiedot, niitä ei tarttis käyä vastaanotolla läpi ja sitä on noi lääkäritkin pyytäneet...”*

*”...kun taustatiedot on siellä hyvin, nopeuttaa sitten tulevaisuudessa vastaanottoa...”*

Hoitosuunnitelman toivottiin jatkossa olevan lyhyt, ytimekäs, simppele ja helposti toisen ammattilaisen täydennettävissä.

*”...välillä kuuluu joku ihan hirvee kolina tuolla...niin tuota, se pitäis olla todella niin simppele, että sitä pystys hyödyntämään...”*

*”... ja jotenkin niin napakka, et se mahtuis yhdelle A4:lle...”*

*”...vois jotenki niinku hyväksyä sen, että mä teen oman osuuteni tästä ja sitten toinen täydentää, sitte jos vaikka on astmahoitajan tai muuten että ei tarvii olla täydellinen kerralla...”*

Hoitosuunnitelma koulutuksen toivottiin olevan käytännönläheistä ja kouluttajan innostuneisuus asiaan koettiin positiivisena asiana. Ylipäätään toivottiin lisää koulutusta hoitosuunnitelmien teosta.

*”...koulutukset on sinänsä ollu hyviä, siellä on aina ollu innostuneita, asiaan vihkiytyneitä kouluttajia...”*

Mallipohjat ja fraasit on koettu kirjaamista helpottaviksi ja nopeuttaviksi. Ne yhtenäistävät kirjaamista ja toimivat samalla hoitajalle muistilistana.

*”...kaikki tommonen on hyvä, mikä niinku jäsentää ja auttaa niin ilman muuta ilolla otetaan vastaan...”*

#### 5.4.3 Terveys- ja hoitosuunnitelman prosessiajattelun hallinta

Prosessiajattelun hallintaan liittyviä pelkistettyjä ilmaisuja muodostui yhteensä 41 kappaletta, nämä ilmaukset muodostivat 4 alaluokkaa ja yhden yläluokan, ks. taulukko 4.

Litterointivaiheessa huomattiin, että teemahaastattelussa oli epähuomiossa hypätty kysymysrunгон hoidon toteutus ja keinot -kysymyksen yli. Hoidon toteutukseen ja keinoihin liittyviä ilmaisuja ei esiintynyt muuallakaan aineistossa. Tämän vuoksi tähän alaluokkaan ei valitettavasti saatu ollenkaan aineistoa.

Taulukko 4. Hoitotyön prosessiajattelun hallinta.

Pelkistetyt ilmaisut (määrä)	Alaluokat	Yläluokka
vaikeaa (4) mihin hoitoa tarvitaan (1) asiakkaan näkökulma (2)	hoidon tarve	prosessiajattelun hallinta
yksilöllisyys ja potilaskeskeisyys (10) realistisuus (3) lääketieteelliset tavoitteet (3)	hoidon tavoite	
-	hoidon toteutus ja keinot	
hoidon jatkuvuus (6) yhteyshenkilön tiedot (1) omaseurannan ohjeet (4) tiedonlähteet (7)	hoidon tuki, seuranta ja arviointi	

### Hoidon tarve

Hoidon tarpeen sanoittaminen koettiin vaikeaksi. Pienen mietinnän jälkeen hoidon tarpeeksi nimettiin se asia, mihin potilas kokee hoitoa tarvitsevänsä. Näkökulmaksi nimettiin nimenomaan potilaan oma näkemys. Tähän kysymykseen jätti osa vastaajista vastaamatta.

*”...teit vaikean...pää on nyt kyllä ihan tyhjä...”*

*”...näähän on ehkä nimenomaan just niitä, mitä jää niinku liikaa pähkäämään, että mitä näillä ikään kuin tarkoitetaan...”*

*”...asiakkaan näkökulmasta tiettenki...”*

*”...no hoidon tarve pitäis olla just se mitä asiakas kokee että mikä tota, että mihin hoitoa tarvitaan...”*

### Hoidon tavoitteet

Hoidon tavoitteisiin tuli runsaasti vastauksia, keskeisiä ilmauksia olivat tavoitteiden yksilöllisyys ja potilaskeskeisyys, realistisuus sekä lääketieteelliset tavoitteet.

Yksilöllisyyteen ja potilaskeskeisyyteen viittaavissa ilmauksissa pohdittiin diabeteksen yksilöllisiä hoidon tavoitteita verrattuna valtakunnallisiin tavoitteisiin



ja sitä, mitä potilas on itse valmis tekemään. Vastauksissa korostettiin potilaan omaa näkemystä hoitoonsa.

*"...onko potilaalla luotu vaikka yksilöllisiä diabeteksen hoidon tavoitteita vai riittääkö tämmöset valtakunnalliset tai onko tiukemmat vai löysemmät tavoitteet..."*

*"...eihän sillä ole mitään merkitystä mitä me (hoitajat) niinku siihen ajatellaan..."*

*"...että nimenomman kun menee niin vietävän tiukaks, kun tavoitteena mun mielestä on, että asiakas pystyy elämään..."*

*"...se voi olla hyvin simppeli tavoite jolleki, ku jollakin pystyy pistämään sitte hyvinki laaja ja kattava tavoiterimpu siihe..."*

Tavoitteiden realistinen asettaminen koettiin tärkeäksi. Tavoitteiden tulee olla potilaan saavutettavissa ja potilaan itsensä asettamia, ei hoitajan sanelemia.

*"...tokihan me voidaan vaik mitä hienoja tavoitteita asettaa, mut se että onko ne realistisia..."*

*"...ihan turha sellaisia korkealentoisia tavoitteita laittaa jos tiedetään että näin ei tule käymään, niin eihän se silloin toimi se suunnitelmakaan..."*

Lääketieteellisistä tavoitteista mainittiin muutamia fysiologisia mittaustavoitteita. Liikaa numeraalisia tavoitteita ei hoitosuunnitelmaan toivottu, vain keskeiset, merkitykselliset arvot. Potilaan omat laboratorio-, sokeri- ja verenpaine tulokset merkitään potilaan käyntitekstiin HOI-lehdelle ja myös DIA-lehdelle.

*"...HbA1c-tavoite ja aika monestihan näkee nää paastotavoitteet ja muut, verenpaine tavoite, en mä hirveesti muuta siihen tuppais sen enempää..."*

## Hoidon tuki, seuranta ja arviointi

Hoidon tukeen, seurantaan ja arviointiin liittyvissä ilmauksissa nousivat keskeisiksi hoidon jatkuvuus ja omaseurannan ohjeet. Lisäksi mainittiin tärkeäksi yhteyshenkilön tiedot. Potilasohjauksessa käytettäviä tiedonlähteitä mainittiin useampi.

Hoidon jatkuvuutta kuvaavissa ilmauksissa viitattiin konkreettisiin hoidon seurantaan liittyviin tekijöihin, esimerkiksi milloin on lääkärin tai hoitajan vastaanotto. Tämä on myös ammattilaiselle merkittävä tieto hoidon jatkuvuuden kannalta ja helpottaa ammattilaisten välistä yhteistyötä.

*”...meneekö lääkärille, kirjaan onko lääkärin vastaanottoa ja kuinka usein ja sitte hoitajavastaanottoa, laboratoriokeet...”*

*”...että joku toinen joka lukee sitä tekstiä, niin tietää heti että ahaa, nyt se on lääkärin vastaanotto, kun se soittaa aikaa tai onko puhelinaika lääkärille, tai tuota onko joku muu meno siellä sitten...”*

*”...mitä tapahtuu seuraavaks ja se jatkuvuus...”*

Vastauksissa korostettiin omaseurannan ohjeistusta ja sen merkitsemistä hoitosuunnitelmaan. Potilaalla tulee olla ohje, miten ja kuinka usein hän omaseurantaa kotona tekee.

*”...miten on ajateltu sitä omaseuranta et tekee, et verenpaineen tai sokerin seurantaa niinku minimissänsä ehkä...”*

Yhteyshenkilön tietojen näkyminen koettiin tärkeäksi.

*”...sit ehkä jos kirjais kehen potilas ottaa yhteyttä, jos tarvii niinku vastaanottojen välillä niinku, että kehen voi sitte olla yhteydessä, onks se diabeteshoitaja vai tiimihoitaja, vai kuka...”*

Haastattelussa kysyttiin hoitotyön keinoihin liittyen erikseen potilasohjauksessa käytettävistä tiedonlähteistä. Potilaiden ohjauksessa kerrottiin käytettävän perinteisesti kirjallista materiaalia, mutta myös nettisivustoja yhä enenevässä

määrin. Mainittuja www-sivustoja olivat diabetestalo.fi, painonhallintatalo.fi, diabetesliitto.fi, syöhyvää.fi ja tarvittaessa myös Sydänliiton sivut. Potilasta ohjattiin etsimään oikeaa tietoa näiltä sivuilta.

#### 5.4.4 Terveys- ja hoitosuunnitelman hyödyt potilaan omahoidolle ja omahoidon ohjaukseen

Hoitosuunnitelman hyödyistä omahoidolle ja omahoidon ohjaukseen koostui pelkistettyjä ilmauksia yhteensä 27 kappaletta, nämä ilmaukset muodostivat 2 alaluokkaa ja yhden yläluokan.

Taulukko 5. Hyödyt omahoidolle ja omahoidon ohjaukselle.

Pelkistetyt ilmaisut (määrä)	Alaluokat	Yläluokka
konkreettiset tavoitearvot (3) turvallisuus (3) motivoi(4) muistin tuki (3) hoitosuunnitelma tekee omahoidon näkyväksi (2) digitaalisuus mahdollistaa etäseurannan (6)	hyöty omahoidolle	hyöty omahoidolle ja omahoidon ohjaukseen
olennaiseen keskittyminen (4) kertoo hoitajalle sen, mihin potilas on sitoutunut (2)	hyöty omahoidon ohjaukseen	

#### Hyödyt omahoidolle

Terveys- ja hoitosuunnitelman hyötyjä omahoidolle ovat konkreettiset tavoitearvot ja turvallisuuden tunne. Lisäksi hoitosuunnitelma motivoi potilasta omahoitoon ja tuo sen näkyväksi. Hoitosuunnitelma toimii asiakkaan muistin tukena. Terveystuon digitalisoituminen tuo tullessaan sekä hyötyjä että uhkakuvia.

Omahoitoon tuovat selkeyttä kirjallisesti esitetyt, konkreettiset tavoitearvot. Näiden avulla potilas pystyy tarkkailemaan hoitonsa edistymistä.

*”...kun tietää ne numeraaliset arvot mihin niinku pyritään...”*

Hoitosuunnitelma luo omahoitoon turvallisuuden tunnetta, kun ammattilaisen kanssa on mietitty, mihin hoidossa pyritään. Vaikka suunnitelma muuttuisikin, on potilaalla kuitenkin olemassa selkeä kirjallinen runko, mihin tukeutua.

*"...ja sellaista turvaaki potilaalle, ku on niinku mietitty, että mitä vuoden aikana tapahtuu... ja tiedän et voin välis soittaa..."*

*"...ehkä sitten semmosta turvaaki ja tietää, että olen käsis..."*

Hoitosuunnitelman tavoitteet motivoivat potilasta ja omaseurantaohjeet kannustavat mittamaan kotona seurattavia arvoja.

*"...niin jotkut voi olla sen tyyppisiä, että se niinku motivoi heti, tietää niinku mihin tavotellaan tai pyritään..."*

*"...monet potilaat sanoo, että ku on jotain suunnitelmaa ja on jatkoja, niin että sit se ehkä pistää itteensäki tsemppaamaan ja mittaamaan, muuten ei sitte niin tulis tehtyä..."*

Hoitosuunnitelmaan kirjatut omahoidon ohjeet toimivat myös muistin tukena, kun hoitosuunnitelma on tulostettu potilaalle paperisena kotiin.

*"...ei välttämättä iäkkäämmät, jos ei nuoremmatkaa muista että hetkinen mitähän ne (tavoitearvot) pitäis olla..."*

*"...jos lääkärin vastaanotolta lähtee, niin ne soittaa perrään, että mitähän se lääkäri sanoi ja mitähän sinne on laitettu niin jos on niinku todella paperia nenän alla tai omakannasta kattoo..."*

Terveysthuollon digitalisoituessa terveys- ja hoitosuunnitelma voi olla omahoidon perustana, ohjelmarunkona, jonka pohjalta potilas hahmottaa paremmin sen, kuinka isossa roolissa omahoito ja yhteistyö ammattilaisen kanssa on. Terveysthuollon digitalisoituminen ja sen myötä etäyhteydellä asiointi koettiin hyötynä hoitosuunnitelmien seurannassa. Erityisesti työikäisten koetaan hyötävän digitaalisista vaihtoehdoista.

*”...jos on hyvä napakka hoitosuunnitelma, niin sehän siinä on pohja, sen pohjalta pystyy sitten kyllä diginäkin hoitaa...”*

*”...kyl varmaan noita välikontrolleja työikäiset ihmiset varmaan hyötyy, kun ainakin osan voi hoitaa etänä...”*

Toisaalta digitalisoituminen herättää uhkakuvia ja epäilyksiä. Vastauksissa koettiin, että fyysistä vastaanottoa ei voi täysin korvata digitaalisilla kanavilla, erityisesti ikääntyneiden potilaiden kohdalla. Myös potilailta itseltään on tullut viestiä, jossa toivotaan hoitajien fyysisten vastaanottojen jatkuvan tulevaisuudessakin.

*”...sinnehä voi ihan kirjoittaa ja sanoa ihan mitä vain, mutta jos asiakas tulee vastaanotolle niin jos ei se teksti kohtaa ja mitä on livenä niin...”*

*”...niiinku nuo asiakkaat sanoo, että toivottavasti te ette vielä häviä tuonne bittiavaruuteen...”*

*”...hyvä hoitosuunnitelma tekee sen ainakin jollain lailla mahdolliseksi ainakin osittain, mut mikäähän ei korvaa sitä fyysistä vastaanottoa...”*

### **Hyödyt omahoidon ohjaukselle**

Terveys- ja hoitosuunnitelman avulla ammattilainen pystyy ohjauksessa keskittymään olennaiseen ja tietää mihin potilas on sitoutunut.

Yhdessä potilaan kanssa suunniteltu hoitosuunnitelma auttaa ammattilaista kohdentamaan omahoidon ohjauksen juuri niihin kohtiin, missä potilaalla kohennettavaa on.

*”...on kuitenkin suunniteltu jotain ja sit jos näyttää, et se ei toteudu, niin mistä se vois johtuu ja mitä me sit ehkä pystytään auttaa ammattilaisena siitä eteenpäin, et hän pääsis siihen tavoitteeseensa...”*

*”...jos sieltä löytyy niitä ongelma, haastekohtia, niin niihin pystytään sitten enempi paneutumaan...”*

*”...ettei tarviis käydä koko palettia läpi... sitte sais tarkemmin kohdennettua sen ohjauksen...”*

Hoitosuunnitelmaan yksilöllisesti ja potilaskeskeisesti mietitty tavoite viestii ammattilaiselle, mihin potilas on omahoidossaan sitoutunut.

*”...että tietäis, mitä hän on sitoutunut tekemään...”*

## 5.5 Johtopäätökset ja pohdinta

Keskeiseksi hoitosuunnitelmien tekoa estäväksi tekijäksi koettiin hoitosuunnitelmaan liittyvät hankaluudet. Hoitosuunnitelma on monisivuinen, työläs ja turhauttava tehdä, ylipäättään sen teko koetaan liian vaikeaksi. Samanlaisia kokemuksia ilmeni Rovaniemellä tehdyssä projektissa (Mikkola ym. 2018) ja aiemmassa hyvinvointiyhtymän omassa projektissa (Rautiainen, 2019). Hoitosuunnitelmasta toivottiin lyhyttä, ytimekästä ja yksinkertaista.

Aiemmin on hoitosuunnitelmien teossa ollut ammattiryhmien - hoitajien ja lääkärrien - välillä yhteistyön ongelmia, vaikka yhdessä potilaan kanssa laadittu suunnitelma ja siihen kirjatut tavoitteet tulisi olla kaikkien osapuolten tiedossa (Miettunen 2019, 57-58). Myöskään työyhteisö ei ole ollut selvillä hoitosuunnitelmien teosta ja niiden tarkoituksesta. Samoin on todettu esimerkiksi Miettusen (2019) Pro gradu-tutkimuksessa ”Paljon sosiaali- ja terveystalvveluja käyttävien autetuksi tuleminen”, hoitosuunnitelmasta ei ole aina potilas itsekään selvillä, eivätkä myöskään ammattilaiset.

Hoitosuunnitelman käyttöönottoa edistäviä tekijöitä olivat puolestaan hoitosuunnitelmasta koetut hyödyt potilaalle ja ammattilaiselle. Hoitosuunnitelman avulla potilas on paremmin perillä omasta jatko- ja omahoidostaan, samankaltaisiin johtopäätöksiin on tultu Jansenin (2015) ja Burtin (2012) tutkimuksissa. Diabeteshoitajat suhtautuivat positiivisesti hoitosuunnitelman tuomiin hyötyihin, sen terveyshyötyä ei epäilty, toisin kuin

Rovaniemellä tehdyssä projektissa (Mikkola ym. 2018). Diabeteshoitajat kokivat, että ammattilaisen kannalta hoitosuunnitelma jäsentää potilaan hoitoa, nopeuttaa ja hyödyttää seuraavaa vastaanottoa ja tuo suunnitelmallisuutta potilaan hoitoon. Hoitosuunnitelman tarkoituksena onkin hoidon jatkuvuuden turvaaminen (Rautava-Nurmi ym. 2019, 55-56).

Kolmas tutkimusongelma käsitteli myös terveyst- ja hoitosuunnitelmasta koituvia hyötyjä, mutta omahoidon ja omahoidon ohjauksen näkökulmasta. Diabeteshoitajien näkemyksen mukaan hoitosuunnitelma motivoi potilasta omahoitoon, tuo turvallisuuden tunnetta ja kirjalliset, selkeät ja konkreettiset tavoitearvot. Näin todettiin myös Cochrane-katsauksessa 2015, hoitosuunnitelman todettiin parantavan potilaan itseluottamusta ja terveyden hallinnan taitoja (Coulter ym. 2015). Hoitosuunnitelman avulla hoitaja pystyy omahoidon ohjauksessa keskittymään olennaiseen ja tietää, mihin potilas on sitoutunut.

Toisessa tutkimusongelmassa etsittiin vastausta siihen, miten diabeteshoitajat hallitsevat terveyst- ja hoitosuunnitelman prosessiajattelun. Tulosten perusteella prosessiajattelun hallinnassa kokonaisuutena on epäselvyyttä. Hoidon tarpeen määrittely koettiin erityisen hankalaksi ja selkeästi hoidon arviointiin liittyviä vastauksia ei tullut ollenkaan. Myös THL:n mukaan hoitosuunnitelmissa kirjataan vain vähän potilaan itsensä tunnistamia hoidon tarpeita, tarve on kirjattu ammattilaisen näkökulmasta (Mäkelä-Bengs ym. 2016, 25-26). Hoidon tavoitteissa tuli selkeästi esiin fysiologiset mittaustavoitteet, muutoin tavoitteiden yksilöllisyyttä, potilaskeskeisyyttä ja realistisuutta pidettiin merkittävänä. Samoin todettiin Potku-hankkeessa (Oksman ym. 2014).

Prosessimallin mukaisesti rankenteisesti etenevässä hoitotyön kirjaamisessa toteutuvat kirjaamisen laatukriteerit (Mäkelä-Bengs & Vuokko 2014, 28). Miksi hoitoprosessin hallinnassa sitten tuntuu olevan ongelmia? Diabeteshoitajan käyntikertakirjauksissa käytetään eri otsikoita (käyntisyys, diagnoosi, esitiedot, fysiologiset mittaukset, hoitotyön toiminnot, terveyteen vaikuttavat tekijät, suunnitelma), kuin hoitosuunnitelmassa. Eli ei ole totuttu käyttämään hoidon tarve, toteutus, tavoite ja seuranta/arviointi otsikoita, eikä ole ehkä sen vuoksi

täysin sisäistetty niiden sisältöä. Käyttöönoton koulutuksessa tullaan paneutumaan prosessimallin sisäistämiseen.

Terveystieteiden digitalisoituminen tuo mukanaan sekä hyötyjä että uhkakuvia. Diabeteshoitajat kokivat työikäisten hyötyvän eniten etävastaanotoista ja muista digitaalisista palveluista. Hoitosuunnitelman rooli on toimia omahoidon runkona. Ikäihmisille fyysinen vastaanotto on ensisijainen vaihtoehto ja myös iäkkäiltä potilailta on tullut samaa viestiä ja toivetta. Samoin ovat todenneet Laivuori ja Iltanen-Parikka (2018, 2278) ikäihmisten osalta.

Tutkimuksen tarkoituksena oli hyödyntää saatua tietoa terveys- ja hoitosuunnitelmasovelluksen käyttöönoton koulutuksessa. Aiemmat hoitosuunnitelmakoulutukset oli koettu liian korkealentoisiksi, niiden antia ei oltu pystytty hyödyntämään käytännön työssä olemassa olevilla aikaa liittyvillä resursseilla. Tutkimuksesta saadun tiedon perusteella hoitosuunnitelman käyttöönoton koulutus muodostetetaan käytännönläheiseksi vierikoulutukseksi. Myös Vallan (2013,171) mukaan, vierikoulutuksen on todettu olevan uuden sovelluksen oppimiselle tehokkain menetelmä. Hoitosuunnitelman teko liitetään vastaanottokäynnin yhteyteen. Hoitosuunnitelma ei näy vielä potilaalle Kantatiedoista, joten potilaalle lähetetään vastaanottokäynnin jälkeen hoitosuunnitelma paperisena tulosteena. Tämän on todettu tehostavan hoitosuunnitelman hyviä vaikutuksia (Mikkola ym. 2020, 137-138).

Hoitajien ja lääkäreiden yhteistyötä parannetaan käytännönläheisillä ratkaisuilla. Hoitajat sopivat aluksi kukin omissa tiimeissään yhden lääkärin, jonka kanssa lähtevät tekemään yhteistyötä. Tiimeissä on lääkäreiden kirjaamista ohjaamassa projektissa mukana oleva asiantuntijalääkäri ja hoitosuunnitelmien kehittämistyöryhmän lääkäri järjestää hoitosuunnitelmakoulutusta koko työyhteisölle. Hoitosuunnitelmien käyttöönotto kokonaisuutena on tarkoitus toteuttaa matalalla kynnyksellä, tekemällä oppien ja yhteistyötä hiomalla. Käyttöönotossa hyväksytään tosiasia, että hoitosuunnitelmien jalkauttaminen työtavaksi voi viedä vuosia. Näin on todettu aiemmissakin hoitosuunnitelman jalkauttamisprojekteissa (Mikkola ym. 2018).



Kirjaamisessa käytetään tukena yhdessä mietittyä mallipohjaa. Mallipohjien on todettu yhtenäistävän kirjaamista, niiden avulla kirjaaminen keskittyy oleellisiin asioihin (Nykänen & Junttila 2012, 26) ja selkeyttää kirjaamista (Bail ym. 2021). Valmis mallipohja helpottaa ja nopeuttaa kirjaamista ja havainnollistaa kirjaamisen prosessia potilaslähtöisillä kysymyksillä, esimerkiksi Mitä teen saavuttaakseni tavoitteeni? Mallipohjan muodostamisessa hyödynnetään teemahaastattelusta saatua tietoa esimerkiksi tiedonlähteistä. Mallipohjan perustana käytetään hyvinvointiyhtymän omia ohjeita hoitosuunnitelman teosta (taulukko 2), mutta painottaen erityisesti potilaskeskeisyyttä ja hoitotyön prosessimallin mukaista kirjaamista. Mallipohjien käytöstä kirjaamisessa on saatu hyviä tuloksia (Miettinen 2020), joskin mallipohjan avulla kirjaaminen on herättänyt epäilyä siitä, onko hoitosuunnitelma enää yksilöllinen ja potilaslähtöinen (Young ym. 2016).

## 5.6 Tutkimukseen liittyvät eettiset kysymykset

Tutkimusetiikka tarkoittaa hyvän tieteellisen käytännön noudattamista koko tutkimusprosessin ajan ideointivaiheesta tutkimustulosten tiedottamiseen asti. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää, että tutkijat noudattavat eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä. Tutkimuksen tavoitteet eivät saa ylittää ihmisen vapautteen liittyviä oikeuksia. (Vilkkä 2015, 41.) Tutkimuseettiset ongelmat voidaan jakaa tiedonhankintaan ja tutkittavien suojaan liittyviin kysymyksiin sekä tutkijana vastuuseen tutkimustulosten soveltamisessa. Ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksessa keskeistä on tutkittavan ihmisarvo ja itsemääräämisoikeus. Vapaamuotoinen tiedonhankintatapa, esimerkiksi avoin haastattelu, jättää tutkijalle suuremman vastuun seurauksista, joita tutkimus voi tutkittavalle aiheuttaa. (Menetelmäopintojen tietovaranto.)

Diabeteshoitajilta varmistettiin tutkimuksen ideavaiheessa heidän halukkuutensa osallistua teemahaastatteluun ja kerrottiin osallistumisen olevan vapaaehtoista. Diabeteshoitajia informoitiin myös kirjallisesti tutkimuksesta ja osallistumisesta pyydettiin kirjallinen suostumus. Lisäksi tutkittavia informoitiin kirjallisesti heidän henkilötietojensa käsittelystä tutkimuksessa tietosuojaselosteella.

Teemahaastattelun tallennetta ei käytetty muuhun tarkoitukseen ja tallenne sekä sen litterointi hävitettiin asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua. Haastattelun tulokset loppuraportissa ilmaistiin niin, että yksittäinen haastateltava ei ole niistä tunnistettavissa.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan tutkimuksessa tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa. Muiden tutkijoiden työtä ja saavutuksia tulee kunnioittaa ja viitata heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla. Tutkimuksen tekemiseen on hankittava tarvittavat tutkimusluvut ja kaikkien osapuolten oikeudet ja velvollisuudet on sovittava ennen tutkimuksen aloitusta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta.) Ennen kehittämisprojektin alkua selvitettiin työnantajalta, pitääkö opinnäytetyötä varten hakea tutkimustoiminnalle lupa. Tutkimus katsottiin toimipaikan sisäiseksi kehittämiseksi, tästä syystä erillistä lupaa ei tarvittu.

### 5.7 Tutkimuksen luotettavuuteen liittyvät kysymykset

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuus ilmentää tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta. Tutkimustulosten tulee vastata tutkimukseen osallistuneiden käsityksiä tutkittavasta asiasta. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-128.) Teemahaastattelun nauhoitus mahdollisti, että haastateltavien keskusteluun oli mahdollista palata uudestaan aineiston sisällönanalyysin aikana, tämä lisäsi tutkimuksen uskottavuutta.

Vahvistettavuutta voidaan lisätä kuvaamalla tutkimusaineiston perusteella, miten on päädytty tiettyihin tuloksiin ja johtopäätöksiin. Vahvistettavuus ei ole yksiselitteinen kriteeri, koska laadullisessa tutkimuksessa tutkijat eivät aina päädy samaan tulkintaan saman aineiston pohjalta. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tutkimusmenetelmä, aineiston keruu ja analysointi sekä tutkimustulokset kuvattiin tarkasti loppuraportissa, jonka teossa hyödynnettiin myös tutkimusprosessin aikana kertyneitä oivalluksia ja muistiinpanoja.

Reflektiivisyyden perustana on, että tutkija on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkijana ja kuvaa nämä lähtökohdat tutkimusraportissaan (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Reflektiivisyys laadullisessa tutkimuksessa tarkoittaa esimerkiksi sitä, että tutkija on selvillä omista tutkittavaan asiaan liittyvistä ennakkokäsityksistään ja pystyy ne ilmaisemaan (Menetelmäopintojen tietovaranto). Tutkijalla on omakohtaista kokemusta terveyst- ja hoitosuunnitelmien teosta yli 10. vuoden ajalta, lisäksi tutkija on mukana Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän hoitosuunnitelmien kehittämistyöryhmässä. Aihe oli siis tutkijalle tuttu ja merkityksellinen. Tutkija tiedosti oman esiyymmärryksensä ja pyrki tietoisesti kontrolloimaan, etteivät tutkijan oma kokemus ja asenteet vaikuttaneet haastatteluun ja aineistonkeruuseen.

Siirrettävyydellä ilmaistaan tutkimustulosten siirrettävyyttä vastaaviin tilanteisiin. Tutkimuksessa on oltava riittävästi kuvausta tutkimukseen osallistujista ja ympäristöstä, muutoin lukija ei voi arvioida tulosten siirrettävyyttä toiseen paikkaan ja aikaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Loppuraportissa kuvattiin tutkimuksen toimintaympäristö, kohdeorganisaatio ja diabeteshoitajat kohderyhmänä.

Tutkimuksen luotettavuutta varmistettiin myös testaamalla teemahaastattelun kysymysrunko ennen ryhmähaastattelua. Tämä tapahtui yksilöhaastattelemalla erästä varsinaiseen tutkimusryhmään kuulumatonta terveydenhoitajaa. Esihaastattelun avulla varmistuttiin, että haastattelurungon kysymyksillä saadaan tietoa, jota niillä tavoiteltiin ja kysymykset olivat vastattavissa. Samalla tutkimuksen tekijä sai harjoitusta haastattelijan roolista sekä Teams yhteyden ja nauhoituksen toimivuudesta.

## 6 Kehittämiprojektin eteneminen soveltavan tutkimuksen jälkeen

### 6.1 Kehittämisprosessin kuvaus

Soveltavan tutkimuksen jälkeen projektissa lähdettiin etenemään projektisuunnitelman mukaisesti. Käyttöönoton koulutuksessa ja myös mallipohjan suunnittelussa hyödynnettiin tutkimuksen tuloksia. Projektinvetäjä esitteli helmikuussa 2022 terveys- ja hoitosuunnitelman ja Lifecaren sovelluksen diabeteshoitajille Teams-palaverissa Power Point esityksen avulla (liite 3). Sovelluksesta käytiin avointa dialogia. Palaverissa käytiin läpi hyvinvointiyhtymän valmiita ohjeita, mallipohjia ja fraasistoja, joita on aiemmin käytetty hoitosuunnitelman kirjaamisen tukena. Lisäksi tarkasteltiin, millä tavalla hoitosuunnitelmia on tehty muualla Suomessa, kuten Rovaniemellä ja Mikkelissä. Lopuksi päätettiin mallipohja, jonka pohjalta diabeteshoitajat alkoivat hoitosuunnitelmia tehdä. Mallipohjan perustana käytettiin hyvinvointiyhtymän omia ohjeita hoitosuunnitelman teosta (taulukko 2), mutta painottaen erityisesti potilaskeskeisyyttä THL:n ohjeiden mukaisesti ja hoitotyön prosessimallin mukaista kirjaamista. Mallipohjasta käytiin palaverin jälkeen keskustelua sähköpostin välityksellä, siihen myös palattiin työpajoissa. Mallipohjaa kehiteltiin jatkuvasti toimivammaksi diabeteshoitajilta saadun palautteen avulla.

Hollolan terveysasemalla järjestettiin diabeteshoitajille projektinvetäjän toimesta 3 samansisältöistä työpajaa helmikuun aikana. Asikkalan / Padasjoen terveysasemien yhteiselle diabeteshoitajalle järjestettiin oma työpaja myös helmikuun aikana. Työpajoissa ja ohjauksessa pyrittiin tutkimuksen tulosten ohjaamana käytännönläheiseen lähestymistapaan. Myös mallipohja pyrittiin tekemään lyhyeksi ja ytimekkääksi huomioiden potilaskeskeisyys ja omahoidon tehostaminen.

Työpajoissa käytiin yksityiskohtaisesti läpi hoitosuunnitelmasovelluksen teko käytännössä, tämä tapahtui vierikouluttamalla Lifecare potilastietojärjestelmän testipotilaiden ja hoitosuunnitelman mallipohjan avulla, joka oli tallennettu

tiedostoksi tietokoneen työpöydälle. Lisäksi kerrattiin hoitosuunnitelmien tilastointi sisältömerkinnän avulla, jotta tehtyjen hoitosuunnitelmien määrää voitiin luotettavasti seurata seurantajakson aikana. Tilastointiohjeet ja tilastoinnin pikaohje lähetettiin diabeteshoitajille myös sähköpostitse. Projektinvetäjä kertoi olevansa tavoitettavissa puhelimitse ja sähköpostitse, jos jotain epäselvää tai kysyttävää ilmenisi. Myös uusi live-tapaaminen oli mahdollista.

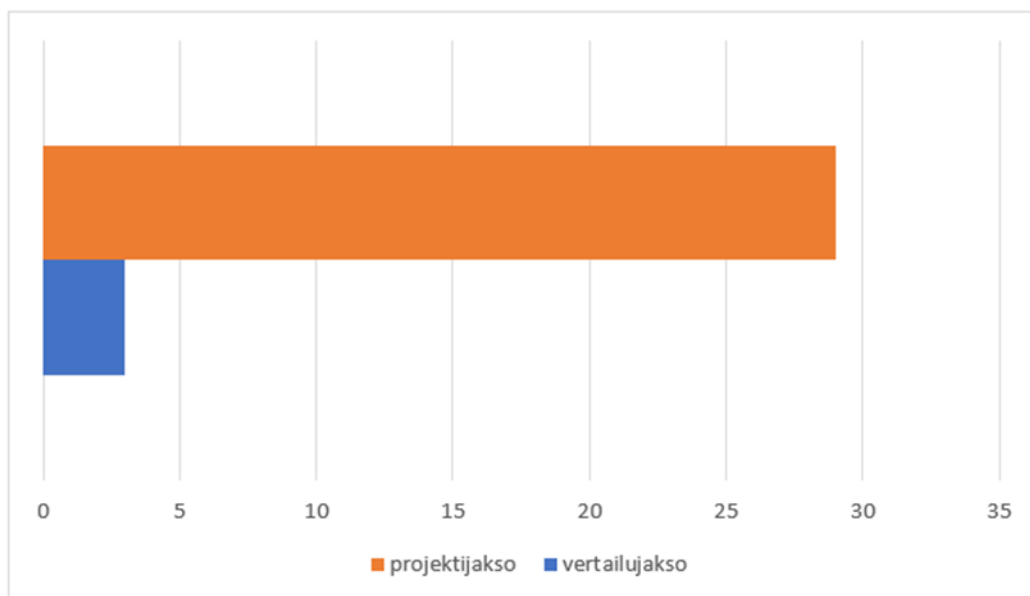
Tutkimuksessa esiin nousseita ammattiryhmien yhteistyön ongelmia pyrittiin ratkaisemaan tiedottamalla projektista työyhteisöjen esimiehille ja lääkäreille. Projektiryhmään kuuluva Hollolan terveystasemalla toimiva asiantuntijalääkäri tiedotti lääkäreille projektista lääkäreiden viikkopalaverissa ja ohjasi heitä tarvittaessa lääkärin osuuden kirjaamisessa suoraan hoitosuunnitelmaan. Lisäksi diabeteshoitajien kanssa päädyttiin siihen, että aluksi he sopivat kussakin tiimissä yhden lääkärin, jonka kanssa tekevät yhteistyötä hoitosuunnitelmien osalta. Näin pyrittiin parantamaan yhteistyötä käytännönläheisin keinoin. Lisäksi maaliskuussa 2022 hyvinvointiyhtymän terveys- ja hoitosuunnitelmien kehittämistyöryhmän asiantuntijalääkäri piti luennon hoitosuunnitelman teosta, tähän kutsuttiin mukaan myös lääkärikuntaa.

Projekti jatkui ”learning by doing” -menetelmällä eli tekemällä oppien. Diabeteshoitajat tekivät hoitosuunnitelmia yhteisesti sovittujen kriteerien mukaisille potilaille, potilasryhmäksi oli rajattu tyyppin 2 diabetestä sairastavat potilaat, joilla ei vielä ole sydän- tai verisuonisairautta tai runsaasti muita sairauksia. Projektinvetäjä toimi diabeteshoitajien ”personal trainerinä”. Edellä mainituista keinoista huolimatta hoitajien ja lääkäreiden yhteistyö takkusi jonkinverran, ongelmaksi ja ”pullonkaulaksi” muodostui teemahaastattelussa mainittu hoitosuunnitelmien keskeneräisyys. Hoitaja ei aina pystynyt viemään hoitosuunnitelmaa ”maaliin” eli potilaalle asti, koska hoitosuunnitelma ei syystä tai toisesta edennyt lääkärillä. Huhtikuun alussa järjestettiin Teams-välipalaveri, jossa käytiin yhdessä hoitajien kanssa siihenastisia kokemuksia läpi. Projektin loppupalaverissa toukokuun alussa arvioitiin tehtyjä hoitosuunnitelmia projektisuunnitelman mukaisesti sekä määrällisesti että laadullisesti itse- ja vertaisarvioimalla.

## 6.2 Kehittämiprojektin tulokset

### 6.2.1 Työvälineeksi juurruttaminen

Projektin päätavoitteena oli juurruttaa terveys- ja hoitosuunnitelman laadinta diabeteshoitajan omahoidon ohjauksen työvälineeksi tyypin 2 diabetestä sairastaville potilaille. Tähän pyrittiin projektin osatavoitteiden - kouluttamisen ja mallipohjan - toteutumisen kautta. Hoitotyön prosessin omaksumisessa auttoi valmis potilaslähtöinen mallipohja, jossa potilaalle esitettyjen kysymysten muodossa omahoitoa painottaen edettiin hoidon tarpeesta, tavoitteen ja toteutuksen kautta arviointiin. Haasteita hoitosuunnitelmien tekemiseen käytännössä toivat ajanpuute ja muut vastuualueet etenkin hoitajilla, jotka tekivät diabetestyön lisäksi myös tiimityötä. Projektin aikana tehtiin 29 hoitosuunnitelmaa, projektijakso alkoi helmikuun alussa ja päättyi huhtikuun lopussa. Vertailujaksona käytettiin projektia edeltäviä kolmea kuukautta. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Hoitosuunnitelmien määrä projektijakson aikana.

Projektin päättyessä tehtyjä hoitosuunnitelmia arvioitiin itsearvioiden auditointityökalua (ks. liite 1) hyödyntäen ja vertaisarvioiden yhdessä valmiita

hoitosuunnitelmia Teams-meetingissä. Vertaisarviointi oli samalla oppimiskokemus, vaikka mallipohjaa käytettiin, olivat lopulliset hoitosuunnitelmat kaikki hieman erilaisia, tekijänsä näköisiä. Kaikissa tarkastelluissa suunnitelmissa oli potilaan hoidon tarve, tavoite ja toteutus kirjattu potilaan näkökulmasta, osa potilaan autenttisesti kertomana tai potilaan vastauksesta tiivistettynä.

Suunnitelmia tarkasteltaessa kuitenkin huomattiin, että aina ei hoidon tarve ja tavoite edenneet loogisesti, potilas oli nimennyt hoidon tarpeekseen eri asian mikä oli mainittu hoidon tavoitteena. Hoitajat kertoivatkin, että jotkut potilaat eivät tahtoneet ymmärtää, miksi heiltä kysytään hoidon tarvetta ja tavoitetta ja mitä näillä oikein tarkoitetaan. Hoidon tavoite oli joissakin suunnitelmissa jäänyt yleiselle tasolle, esimerkiksi sokeritasapainon parantaminen eli konkreettinen, käytännönläheinen tavoite puuttui. Tavoitteen yhteydessä ei aina oltu kirjattu, millä aikavälillä tavoitteeseen on tarkoitus päästä, ks. auditointityökalu liite 1.

Hoidon toteutuksessa oli kirjattu enimmäkseen selkeitä, tavoitettavissa olevia elämäntapamuutoksen keinoja, esimerkiksi kotona olevalla soutilaitteella harjoittelu viikottain. Hoidon seurannassa puolestaan oli kirjattu selkeät, yksityiskohtaiset ohjeet potilaalle omahoidon seurannasta ja perusterveydenhuollossa tapahtuvasta seurannasta. Hoidon arviointia oli kirjattu hoidon toteutus kohtaan, esimerkiksi toteamalla terveellisen ruokavalion jo toteutuvan hyvin, mutta ei selkeästi erikseen hoidon arviointi -otsakkeen alle. Tämä johtui mallipohjan kysymyksen asettelusta ”Saavutinko edellisellä kerralla asettamani tavoitteet?” Hoidon arviointi jäi vielä työstettäväksi, kun hoitosuunnitelmaa seuraavan kerran päivitetään.

### 6.2.2 Kouluttaminen

Projektin osatavoitteena oli kouluttaa diabeteshoitajat uuden terveysterveys- ja hoitosuunnitelmasovelluksen käyttöön. Koulutusprosessi onnistui jotakuinkin aikataulussa ja ennakkosuunnitelmien mukaisesti. Koulutusprosessi alkoi hoitotyön prosessimallin ja THL:n ohjeistuksen mukaisella terveysterveys- ja

hoitosuunnitelman Power Point esittelyllä helmikuussa 2022, tästä esityksestä on osa esitetty liitteessä 3, sekä mm. tarkastelemalla hyvinvointiyhtymän omaa ohjetta hoitosuunnitelmien teosta (taulukko 2).

Vierikoulutus oli hoitajien ja projektinvetäjän mielestä tehokas tapa hoitosuunnitelman kirjaamisen kouluttamisessa ja sovelluksen teknisten haasteiden selättämisessä. Vierikoulutus oli käytännönläheistä, yhdessä oivaltamista hoitajien omassa työympäristössä.

Koulutusprosessi jatkui itseohjautuvasti, tekemällä oppien, hoitajat tekivät hoitosuunnitelmia oikeille potilaille. Projektinvetäjä toimi taustatukena ja oli tavoitettavissa puhelimitse ja sähköpostitse. Projektin keskivaiheilla pidettiin yhteinen välipalaveri, jossa päivitettiin projektin ja oppimisen senhetkinen tilanne. Projekti päättyi arviointi palaveriin, joka muodostui oppimistilanteeksi vertaisoppimisen avulla.

### 6.2.3 Mallipohja

Terveys Lifecaren hoitosuunnitelmasovellus perustuu hoitoprosessin mukaisiin otsikoihin: hoidon tarve, tavoitteet, toteutus ja keinot sekä tuki, seuranta ja arviointi. Osa potilaan tiedoista kirjautuu automaattisesti hoitosuunnitelmaan, tosin edellyttäen että ne on kirjattu oikein toisaalla tietojärjestelmässä, kuten pysyvät diagnoosit ja lääkitystiedot. Hoidon tavoite -otsikon fysiologiset mittausavoitteet on sovelluksessa esitetty taulukkomuodossa, jota on hankala ammattilaisen täyttää ja potilaan ymmärtää, siitä puuttuu helppokäyttöisyys ja selkokieliisyys. Käytännön työssä on huomattu myös teknisiä häiriöitä sovelluksen toiminnassa. Hoitosuunnitelmasovelluksessa on siis vielä kehitettävää sen tuottajan taholta. Sovellus on kuitenkin joka tapauksessa askel rakenteisempaan kirjaamiseen. Hyvinvointiyhtymässä otetaan kevään 2022 aikana käyttöön päivitetty versio Terveys Lifecare - 2021MR, mutta tämän päivityksen yhteydessä ei tule muutoksia terveys- ja hoitosuunnitelmaan. (Tietoevry.)



Projektin toisena osatavoitteena oli luoda hoitotyön näkökulmasta kirjaamisen avuksi mallipohja, joka yhtenäistää ja nopeuttaa kirjaamista rakenteiseen muotoon. Mallipohja muodostui potilaskeskeiseksi ja potilaan omahoitotoa tukevaksi yhteisen dialogin ja teemahaastattelusta saadun aineiston perusteella. Mallipohjan käyttö helpotti, yksinkertaisti ja yhtenäisti hoitosuunnitelmien tekoa varsinkin suunnitelmien teon alkuvaiheessa. Mallipohja kopioitiin otsikko kerrallaan työpöydältä ja liitettiin sovellukseen kyseessä olevan otsikon alle. Hoitaja muokkasi mallipohjan tekstiä potilaskohtaisesti joko turhaa tekstiä poistaen ja / tai vapaata tekstiä lisäten. Seuraavassa on esitetty mallipohjan sisältöä otsikoitten mukaisesti ja otteina Lifecaren hoitosuunnitelmasovelluksesta.

## Perustiedot

Perustiedot muodostuvat potilaan pysyvistä diagnooseista ja hoitoa koordinoivasta vastuuhenkilöstä, tässä kohdassa ei ollut tarvetta mallipohjan käytölle. ”Hae potilaan pysyvät tiedot” -kohdasta nousee automaattisesti esiin kaikki potilaan pysyvät diagnoosit, edellyttäen että lääkäri on ne toisaalla järjestelmässä merkinnyt oikein.

**Hoitopolku** ⓘ

Hoitopolkukuvaus • Hoitopolun alkamispäivä www-osoite

Terveys- ja hoitosuunnite 22.1.2021

Hoidon syy	Lisätiedot
T90 Diabetes, tyyppi 2	
Lisää uusi hoidon syy	

Hae potilaan pysyvät diagnoosit

Koordinoiva ammattihenkilö Koordinoiva organisaatio Lisätieto

Lääkäri Testi Lisää uusi koordinoiva ta

Hyväksy Peruuta

## Hoidon tarve

*Elämäntilanne ja toimintakyky:*

*Elintavoissa ja voimavaroissa huomioitavaa:*

Missä koen itse omahoidon tehostamisen / hoidon tarvetta?

Esitietona kirjattiin lyhyesti tietoa potilaan elämäntilanteesta ja toimintakyvystä.

Elintavoista kirjattiin vain huomiota tarvitseva elintapa, esim. potilaan tupakointi.

Ei siis ryhdytty kirjaamaan kaikkia potilaan elintapoja. Voimavaroissa huomioitiin,

onko potilaan fyysisissä, psyykkisissä tai sosiaalisissa voimavaroissa jotain sellaista, jolla voisi olla vaikutusta diabeteksen hoitoon ja potilaan jaksamiseen.

Varsinainen hoidon tarpeen selvittäminen muotoiltiin kysymyksen muotoon ja siinä painotettiin potilaan omahoidon tehostamisen tarvetta.

## Hoidon tavoitteet

*Päätavoite: valtimotautien ja diabeteksen lisäsairauksien ennaltaehkäisy*

Oma tavoitteeni:

*Mittaustavoitteet:*

*verenpaine: alle 140/80 mmHg*

*LDL (=huono kolesteroli): alle 2.5 (1.8)*



*verensokeri: - paastosokeri: 5-7 välille*

*- 2 tuntia pääaterian jälkeen: alle 10*

*- pitkäosokeri (HbA1c): alle 53*

*painonhallinta:*

Diabeteksen hoidon päätavoitteen lisäksi painotetaan potilaan omaa tavoitetta potilaan kertomana. Fysiologiset mittaustavoitteet on kirjattu diabeteksen käypähoidon mukaisesti. Lääkärin tehtävänä on yksilöidä mittaustavoitteet tarvittaessa potilaskohtaisesti. Sovelluksessa valmiina oleva ”sudokumainen” taulukko siis ohitettiin mallipohjaan valmiiksi kirjatulla mittaustavoitteilla.

Mittaristo	Tavoitteen yksilöivä tekijä	Ehto(alaraja)	Ehto(yläraja)	Lisätieto
Laboratoriotutkimus... ▾	fS-Gluukoosi	2	7	
		mmol/l		//
FinLOINC - Fysiologis... ▾	Diastolinen verenpain	70	150	
		Millimetriä elohopeaa (mmHg)		//
Valitse Mittaristo ▾	<input type="text"/>			//

## Hoidon toteutus ja keinot

*Mitä teen saavuttaakseni tavoitteeni?*

*Omahoidon keinoja:*

- säännöllinen lääkehoito
- reipasta liikuntaa päivittäin vähintään ½ tunnin ajan, esim. sauvakävelyä
- monipuolinen ja terveellinen ruokavalio:
  - päivittäin kasviksia, marjoja, hedelmiä, kokojyväviljatuotteita
  - runsaasti kolesterolia sisältävien ruoka-aineiden ja kovan eläin- ja maitorasvan välttäminen
  - liiallisen suolankäytön välttäminen
- suun terveydestä huolehtiminen
- vuosittainen influenssarokote

Hoidon toteutuksessa kysytään potilaalta, mitä hän on valmis tekemään, mihin hän on valmis sitoutumaan saavuttaakseen tavoitteensa. Omahoidon keinoista keskeisimmät on listattu herättelemään potilasta terveellisiin elintapoihin.

## Tuki, seuranta ja arviointi

*Omahoidon tueksi:*

- [pajjat-sote.fi/ela-hyvin](http://pajjat-sote.fi/ela-hyvin), [diabetestalo.fi](http://diabetestalo.fi), [painonhallintatalo.fi](http://painonhallintatalo.fi), [diabetesliitto.fi](http://diabetesliitto.fi)
- varattu aika farmaseutille lääkityksen arviointia varten
- tehty lähete ravitsemusterapeutille
- ohjattu liikuntaneuvojalle

*Omaseuranta*

- verensokerin mittaus kerran viikossa, tällöin paastoarvo ja 2 tuntia pääateriasta
- verenpaineen mittaus kerran viikossa, tällöin tuplamittaukset aamulla ja illalla
- paino kerran kuukaudessa

*Arviointi:*

- Saavutinko edellisellä kerralla asettamani tavoitteen?

*Seuranta perusterveydenhuollossa:*

- seuraava laboratorionkontrolli (fP-gluk, HbA1c) /2022, vastauksesta varaa puhelinaika oman tiimisi diabeteshoitajalle
- seuraava diabeteshoitajan vastaanotto /2022, edeltävästi vuosilaboratoriokokeet
- lääkärin diabetesvastaanotto 2. vuoden välein tai tarvittaessa
- silmämepohjakuvaus 3. vuoden välein, seuraavan kerran 8/2024, kutsujonossa
- jalkahoitajan vastaanotto x kertaa vuodessa, JAL-lähete on tehty
- tarvittaessa ota yhteyttä oman tiimisi diabeteshoitajaan, puhelin 03...

Keskeisimpiä diabeteksen omahoitoon liittyviä www-sivuja kirjattiin potilaalle vinkiksi. Lisäksi kirjattiin moniammatillisia vaihtoehtoja diabeteksen omahoidon tueksi. Potilaan omaseurannan ohjeet kirjattiin selkeästi näkyviin. Hoidon arviointi kirjattiin potilaalle kysymyksen muotoon. Seurannasta kirjattiin, mitä kontakteja potilaalla on seuraavaksi tulossa, mitä seuraavaksi tapahtuu.

## Lisätiedot

Sovelluksen kohdassa ”Käynnin lisätiedot - Tuo potilaalle kirjatut riskitiedot, lääkitys ja diagnoosit (kaikki potilaan diagnoosit)” ohjelma tuo automaattisesti näkyviin potilaan lääkityksen, mutta edellyttäen, että lääkitys on oikein merkitty lääkitys-osion lääkelistaan. Samoin on riskitietojen ja diagnoosien kohdalla, ne tulee olla oikein merkittynä muualle tietojärjestelmään. Käytännössä lääkitystiedot eivät ole aina oikein merkitty lääkelistaan, eivätkä hoitajat myöskään ole toistaiseksi saaneet koulutusta lääkelistan tarkistukseen. Diabeteshoitajien kanssa sovittiinkin, että he tarkistavat potilaan kanssa potilaan kotona käyttämän nykyllä lääkityksen, itsehoitolääkkeet ja luontaistuotteet ja kirjaavat tiedot tähän lisätiedot kohtaan erikseen. Jos potilaalla oli moni- tai riskilääkitys tai epäselvyyksiä lääkityksissä, hänelle varattiin puhelin- tai vastaanottoaika sotekeskuksen farmaseutille lääkityksen arviota varten. Lääkärillä on kokonaisvastuu lääkeshoidosta.

Käynnin lisätiedot ⓘ Tuo potilaalle kirjatut riskitiedot, lääkitys ja diagnoosit	
Tyyppi	Lisätieto
▼	

Poista

Esimerkkejä diabeteshoitajien kirjaamista valmiista hoitosuunnitelmista on luettavissa liitteissä 4 ja 5.

## 7 Arviointi ja pohdinta

### 7.1 Kehittämiprojektiin liittyvät eettiset ja luotettavuuskysymykset

Ennen kehittämiprojektin alkua selvitettiin työnantajalta, pitääkö opinnäytetyötä varten hakea tutkimus- ja kehittämistoiminnalle lupa. Kehittämiprojekti ja siihen liittyvä tutkimus katsottiin toimipaikan sisäiseksi kehittämiseksi, tästä syystä erillistä lupaa ei tarvittu. Projektin ideavaiheessa projektiin osallistuvilta diabeteshoitajilta varmennettiin heidän halukkuutensa osallistua tähän projektiin sähköpostiviestillä, jossa kerrottiin projektin tavoitteesta ja tarkoituksesta. Diabeteshoitajille kerrottiin osallistumisen olevan vapaaehtoista.

Projektissa tehtiin hoitosuunnitelmia oikeille potilaille. Vertaisarvioinnissa diabeteshoitajat lukivat ja arvioivat toistensa tekemiä hoitosuunnitelmia, arvioitavaista suunnitelmista poistettiin potilaiden henkilö- ja muut tunnistetiedot. Terveys- ja hoitosuunnitelmasovelluksen opettelussa käytettiin Lifecaren testipotilaita.

Projektin onnistumista ja samalla sen luotettavuutta varmistettiin ulkoisia ja sisäisiä riskejä analysoimalla. Ulkoisia riskejä ovat mm. lainsäädännön kehittyminen projektin aikana ja ympäristön tilan muutokset. Sisäisiä riskejä ovat projektin omasta toteutumismallista johtuvat ratkaisut. (Silfverberg 2013.) Kuviossa 5 on tarkasteltu tämän projektin riskejä SWOT-analyysin avulla (Suomen riskienhallinta yhdistys).

Suurimman ulkoisen uhan muodosti vallitseva Covid-19 pandemia, joka aiheutti terveydenhuollossa työnsiirtoja pandemiatyöhön ja muutoinkin vie runsaasti työntekijöiden voimavaroja. Tähän uhkaan ei voinut juurikaan etukäteen varautua pandemian yllätyksellisyyden vuoksi. Sisäisistä heikkouksista merkittävin oli projektinvetäjän kokemattomuus, jota kuitenkin kompensoi vankan kokemuksen omaavat projektiryhmän jäsenet ja ohjausryhmä.

	Positiiviset	Negatiiviset
Sisäiset asiat	<p>Vahvuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- projektityöryhmä muodostuu kokeneista työntekijöistä, asiantuntijoista</li> <li>- vahva ohjausryhmä on projektinvetäjän tukena</li> <li>- projektissa saadaan aikaan uusi työtapa</li> </ul>	<p>Heikkoudet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- projektinvetäjä on kokematon projektin johtamisessa</li> </ul>
Ulkoiset asiat	<p>Mahdollisuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- terveydenhuolto digitalisoituu yhä enemmän tulevaisuudessa, diabeteshoitajilla on projektin seurauksena paremmat tekniset ja tiedolliset valmiudet kirjaamiseen myös digi- ja etävastaanotoilla</li> </ul>	<p>Uhat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- koronapandemia aiheuttaa muutoksia suunnitelmaan, projektityöntekijät joutuvat pandemiatyöhön tai sairastuvat itse, eikä projektiin jää aikaa eikä voimavaroja</li> <li>- projekti jää puolitiehen, diabeteshoitajat eivät koe projektia hyödyllisenä</li> <li>- Teams-kokouksiin ja muihin tapaamisiin ei löydy yhteistä aikaa</li> </ul>

Kuvio 6. SWOT-analyysi.

Projektille uhkaksi koettu koronapandemia ei lopulta vaikuttanut projektin edistymiseen ainakaan suoranaisesti. Sovitut kokoukset pystyttiin viemään läpi aikataulussa, työntekijät eivät joutuneet kevään aikana pandemiatyöhön, eikä pitkiä sairauslomia tullut. Myöskään terveydenhuoltoa keväällä uhannut työmarkkinajärjestö Tehy:n lakko ei toteutunut. Diabeteshoitajat vaikuttivat hoitosuunnitelmien teosta kiinnostuneilta ja osallistuivat aktiivisesti projektiin. Heikkoutena etukäteen arvioitu projektinvetäjän kokemattomuus ilmeni teemahaastattelussa, jossa yksi hoitoprosessin hallintaa kuvaava kysymys unohtui kysymättä, tämän vuoksi tähän liittyvään tutkimuskysymykseen ei saatu kaikilta osin aineistoa.

## 7.2 Kehittämiprojektin arviointi

Kehittämiprojektin aikana hoitosuunnitelmien määrä kohdeorganisaatioissa lisääntyi selkeästi vertailujaksoon nähden. Hoitosuunnitelmien laatu oli hyvää tasoa, tavoitteena ollut potilaskeskeisyys saavutettiin. Hoitosuunnitelmista jäi vaikutelma, että potilas oli tullut aidosti kuulluksi. Hoitotyön prosessimallin omaksumisessa on vielä pieniä haasteita sekä hoitajilla että potilailla, jotta hoitosuunnitelmista tulisi auditointityökalun jokaisen kohdan vaatimukset täyttäviä suunnitelmia. Hoidon arviointi jäi vielä työstettäväksi.

Jälkeenpäin arvioiden olisi hoitotyön prosessimallin mukaisia kirjaamisen perusteita pitänyt tuoda vielä enemmän esille erityisesti projektin alkuvaiheessa. Koulutuksessa keskityttiin enemmän THL:n suositukseen ja paikallisiin ohjeistuksiin hoitosuunnitelman kirjaamisesta. Vaikka hoitosuunnitelman kirjaaminen etenee samalla tavoin kuin prosessimallin mukainen hoitotyön kirjaaminenkin, jäi kirjaamisen perusta hiukan ohueksi. Tämä näkyi joissakin hoitajien tekemissä suunnitelmissa loogisen etenemisen, ”punaisen langan” hapuiluna.

Hoitosuunnitelmien teossa kohdeorganisaatioissa päästiin nyt vasta alkuun, juurruttaminen pysyväksi työväliseksi vaatii edelleen säännöllistä kohdennettua koulutusta ja myös uusien diabeteshoitajien kouluttamista. Vierikoulutus on tähän osuva koulutustapa. Pää tavoitteen lopullinen saavuttaminen jää nyt vielä arvoitukseksi. Mallipohjan avulla hoitosuunnitelman teko on joka tapauksessa helpompaa ja hoitoprosessin kirjaamisen kokonaisuus hahmottuu selkeämmin.

Projektin edetessä oivalsin aiempaakin selvemmin, että hoitosuunnitelman ei ole tarkoitus olla kaikenkattava ammattilaisen suunnitelma, vaan keskeisintä on potilaan omat tavoitteet ja kuulluksi tuleminen. Merkityksellisintä eivät ole hoitosuunnitelman tarkasti oikeat sanamuodot, vaan lämmin ja välittävä vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä. Jatkotutkimusaiheena olisikin kiinnostavaa selvittää, mitä hyötyä kirjallisesta hoitosuunnitelmasta ja koko siihen johtaneesta prosessista on potilaille ollut. Toisena jatkotutkimuskohteena näkisin hoitosuunnitelmien kirjaamisen laadun arvioinnin laajemmassa mittakaavassa.

Projektia kokonaisuutena arvioitiin projektin päättyessä diabeteshoitajille lähetetyllä lyhyellä palautekyselyllä. Kyselyssä kysyttiin, missä projektinvetäjänä onnistuin, missä oli kehitettävää ja mikä projektin anti heille oli. Vastauksissa todettiin minun onnistuneen hyvin projektinvetäjänä, olin toiminut rauhallisesti koulutustilanteissa ja olin auttanut nopeasti pulmallisissa tilanteissa. ”Onnistuit projektin vetäjänä mallikkaasti. Tiedotit ajoissa, annoit neuvoja, tulit jopa paikan päälle neuvomaan. Lisäksi sinua on helppo lähestyä ja sinulla oli vastaukset kysymyksiini.” Projektin anniksi mainittiin mm. uusi työtapa diabeetikkojen ohjauksessa ja uuden sovelluksen käyttöön saadut käytännön opit. Projektin aikana saaduilla tiedoilla ja taidoilla hoitosuunnitelman teko onnistui suunnitelmia vasta aloitteleville hoitajille. ”Harjaannuin näiden hoitosuunnitelmien tekemisessä. Tästä on hyvä jatkaa.” Projektin todettiin antaneen - jos ei ihan intoa - mutta kuitenkin tahtoa tehdä taas hoitosuunnitelmia potilaslähtöisesti.

Projektin aihe oli minulle tuttu ja tärkeä, opin aiheesta lisää kirjallisuuteen ja eri lähteisiin perehtyessäni. Projektityöskentelyn eri vaiheet selvenivät työelämän projektin myötä ja projektikirjallisuutta kahlatessani. Projektinvetäjän ja tutkijan roolit olivat minulle uusia. Koen kehittyneeni projektin edetessä ja opin hyväksymään, että kaikki ei mene niin kuin Strömsjössä. Projektisuunnitelman suhteen sanonta ”hyvin suunniteltu on jo puoliksi tehty” piti täsmälleen paikkansa, selkeä suunnitelma auttoi minua projektin maaliin viemisessä. Projekti eteni pääosin projektisuunnitelman mukaisesti ja aikataulussa.

Minulla oli omat selkeät tavoitteet projektinvetäjän roolilleni; selkeä, napakka, helpostilähestyttävä, kuunteleva. Koen ne tavoitteet saavuttaneeni, esim. tartuin esiintulleisiin ongelmiin heti niiden ilmaantuessa. Diabeteshoitajien vierikoulutus oli tässä projektissa minulle mieluisinta, koulutus oli käytännönläheistä, työhön liittyvää. Soveltavan tutkimuksen osuudessa ongelmallisinta oli teemahaastattelun kysymysrungon muodostaminen, siihen olisi pitänyt käyttää enemmän aikaa ja harkintaa. Kysymysten asettelulla ja sanamuodoilla oli suuri merkitys haastattelun perusteella saatuun aineistoon.



Projektiryhmän jäsenet osallistuivat aktiivisesti keskusteluihin Teams-palaverieissa. He tekivät hoitosuunnitelmia kukin oman aikaresurssinsa ja voimavarojensa mukaisesti ja kertoivat avoimesti kohtaamistaan käytännön ongelmista, joita sitten pyrittiin yhdessä ratkomaan. Projektiryhmän asiantuntijalääkäri oli linkkinä terveysasemien lääkärien suuntaan, hän tiedotti lääkäreitä projektista ja ohjasi käytännössä lääkäreitä hoitosuunnitelman lääkärin osuuden kirjaamisessa. Ylimääräisiä koko työyhteisöä koskevia palaverieja rajoitti samaan aikaan terveysasemilla edelleen kehitteillä ollut tiimityön malli, systeemisen työotteen koulutukset, monipalveluprosessi -potilaan hoitopolku ja muut kehittämispalaverit / koulutukset. Toisaalta sote-uudistukseen liittyvä monipalveluprosessi tuki projektia, sen yhtenä tavoitteena on tehdä paljon palveluita käyttävälle hoito- tai palvelusuunnitelma tarvittaessa yhdessä sosiaalipuolen kanssa.

Ohjausryhmän työelämän mentori oli aina tavoitettavissa ja tsemppasi minua projektin karikoissa. Kävimme yhdessä mielenkiintoisia keskusteluja hoitosuunnitelmien kehittämistyöstä tilanteessa, jossa terveysasemia edelleen kuormittaa Covid-19 epidemia, työelämä on alituisessa muutoksessa ja resurssit ovat niukat. Tutoropettaja ohjasi minua oikeille raiteille läpi koko projektin, hän laittoi minut itse pohtimaan projektin eri vaiheita ja loppuraportin sisältöä punakynää säästämättä. Hänen ohjauksessaan minulle selkeni projektityön kokonaisuus ja metodologia. Hallintoylihoitajan rooli oli seurata / tarkkailla projektia etäämmältä. Projektin tukiryhmän muutamaan jäseneseen olin yhteydessä pariin otteeseen lähdemateriaalista ja terveystieteiden lomakkeesta. Asiantuntijalääkäri toimi linkkinä työyhteisön lääkäreiden suuntaan.

Kiitos ohjausryhmälle, projektiryhmälle ja erityisesti projektiin osallistuneille diabeteshoitajille, jotka mahdollistivat projektin kokonaisuutena ja opinnäytetyön valmistumisen ajallaan. Kokeneen diabeteshoitajan lausahdus teemahaastattelussa pätee omalle kokemukselleni projektityön monitahoisesta yhteistyöstä "...ehkä sitten semmosta turvaaki ja tietää, että olen käsis...".

## Lähteet

Anttila, K.; Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. 2015. Hoitamalla hyvää oloa. 19. Painos. Helsinki: Sanoma Pro

Asmirjanti, M; Hamid, A. & Hariyati, T. 2019. Nursing care activities based on documentation. WWW-dokumentti. Viitattu 3.3.2022.  
<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-019-0352-0>

Bail, K.; Merrick, E., Bridge, C. & Redley, B. 2020. Documenting patient risk and nursing interventions: record audit. Australian Journal of Advanced Nursing. 38 (1) 2021. Viitattu 3.3.2022.  
<https://ajan.com.au/index.php/AJAN/article/view/167/90>

Brinkmann, S.; Hokkanen, S. & Kuronen, R. 2020. Hoitosuunnitelma ja hoidon linjaukset. Duodecim, Oppiportti. Viitattu 12.1.2022.  
<https://www.oppiportti.fi/op/dvk00203>

Brinkmann, S. & Laine, M. 2018. Lääkehoidon suunnitelma osana terveys- ja hoitosuunnitelmaa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2021;137(5):533-8. Viitattu 26.3.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo16109.pdf>

Burt, J.; Roland, M. & Paddison, C. 2012. Prevalence and benefits of care plans and care planning for people with long-term conditions in England. J Health Serv Res Policy 2012;17 suppl 1:64–71. Viitattu 2.3.2022.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22315479/>

Coulter, A.; Entwistle, V. A., Eccles, A., Ryan, S., Shepperd, S., & Perera, R. 2015. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3. Viitattu 3.1.2022.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010523.pub2>

Diabetestalo. Viitattu 23.1.2022.  
<https://www.terveyskyla.fi/diabetestalo/diabetes/tyypin-2-diabetes/miten-tyypin-2-diabetesta-hoidetaan>

Hautala, T.; Ojalehto, M. & Saarinen, J. 2012. Työelämää kehittämässä. Viitattu 9.9.2021. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162625.pdf>

Hokkanen, S. 2021. Sähköpostiviesti. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän terveyden edistämisen ja kehittämisen yksikön ja hoitosuunnitelmien kehittämissuostyöryhmän vetäjän asiantuntijasairaanhoitaja Sari Hokkasen sähköposti 15.12.2021

Huttu, T. 2019. Hyöty irti hoitosuunnitelmasta. Suomen Lääkärilehti - Finlands Läkartidning, 74(1–2), 26–28. Viitattu 8.1.2022.

<https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/hyoty-irti-hoitosuunnitelmasta/>

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2016. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Innokylä. Viitattu 21.11.2021. <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/terveyshyotymalli-chronic-care-model-ccm>

Jansen, D; Heijmans, M. & Rijken, M. 2015. Individual care plans for chronically ill patients within primary care in the Netherlands: Dissemination and associations with patient characteristics and patient-perceived quality of care. Scand J Prim Health Care 2015;33:100–6. Viitattu 2.3.2022.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25961964/>

Järvinen, S. 2017. Ohjauksen kirjaaminen : tyypin 2 diabetespotilaiden omahoito ja osaaminen potilasasiakirjoissa [University of Jyväskylä]. Väitöskirja : Jyväskylän yliopisto, liikuntatieteellinen tiedekunta, terveystieteet. Viitattu 5.1.2022. <https://finna.fi/Record/3amk.208373>

Korhonen. M. Terveys- ja hoitosuunnitelman toiminnalliset vaatimukset liittyville järjestelmille. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 21.11.2021.

[https://thl.fi/documents/920442/3850406/THS\\_toiminnalliset+vaatimukset\\_V1.2.pdf/84da605d-dcc5-43bb-8de1-c95388a60576](https://thl.fi/documents/920442/3850406/THS_toiminnalliset+vaatimukset_V1.2.pdf/84da605d-dcc5-43bb-8de1-c95388a60576)

Korpela, J. & Ruohonen, T. 2018. Terveystieteiden tutkimuskeskukseen perustuvan hoitosuunnitelman vaikutus yksilön terveyteen sekä kustannuksiin Hämeenlinnassa vuosina 2012 – 2016. Informaatioteknologian tiedekunnan julkaisu No. 73/2018. Viitattu 4.1.2022.

[https://www.jyu.fi/it/fi/tutkimus/julkaisut/tekes-raportteja/terveyshyotymallit\\_verkkoversio.pdf](https://www.jyu.fi/it/fi/tutkimus/julkaisut/tekes-raportteja/terveyshyotymallit_verkkoversio.pdf)

Koskela, T. 2020. Monisairas potilas ansaitsee potilaslähtöisen ja kokonaisvaltaisen hoidon. Duodecim, 136(20), pp. 2206–2208. Viitattu 26.3.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15847>

Koski, S. 2021. Diabetesbarometri 2021. Suomen diabetesliitto. Viitattu 23.1.2022. [https://www.diabetes.fi/files/21805/Diabetesbarometri\\_2021.pdf](https://www.diabetes.fi/files/21805/Diabetesbarometri_2021.pdf)

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edit Prima oy

Kyytsönen, M.; Hyppönen, H., Koponen, S., Kinnunen, U.-M., Saranto, K., Kivekäs, E., Kaipio, J., Lääveri, T., Heponiemi, T., & Vehko, T. 2020. Tietojärjestelmät sairaanhoitajien työn tukena eri toimintaympäristöissä: kokemuksia tuotemerkeittäin. Finnish Journal of eHealth and eWelfare : terveys- ja sosiaalialan sähköisen tiedonhallinnan erikoislehti, 269. Viitattu 2.3.2022. <https://turkuamk.finna.fi/Record/arto.017578675>

Laitinen, I.; Jalonen, H., & Stenvall, J. 2014. Se toimii sittenkin. Kohti organisaatiotutkimuksen pragmaattista kompleksisuusteoriaa. Tutkimuksia 42. Turku: Turun ammattikorkeakoulu

Laivuori, T., & Ilanne-Parikka, P. 2018. Digiajan diabetesvastaanotto. Duodecim, 134(22), 2273–2279. Viitattu 2.3. 2022. <https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo14610.pdf>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Saatavilla <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Liljamo, P.; Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Terveys- ja Hyvinvoinnin laitos (THL). Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 2/2012. Raportti. Helsinki. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas\\_korjattu%20liitteenä%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteenä%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1)

Menetelmäopintojen tietovaranto (yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto). Viitattu 17.10.2021. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/index.html>

Miettinen, V. 2019. Hoitosuunnitelmafraaseilla tuloksia: Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymä (ESSOTE), perusterveydenhuolto Mikkeli, Ville Miettinen, koulutusylilääkäri PTH. Viitattu 21.11.2021.

[https://asiakas.kotisivukone.com/files/gpfinland.kotisivukone.com/tiedostot/YLpv t\\_2019/2. VuodenKehittajayhteiso\\_TerhoMikkeli.pdf](https://asiakas.kotisivukone.com/files/gpfinland.kotisivukone.com/tiedostot/YLpv t_2019/2. VuodenKehittajayhteiso_TerhoMikkeli.pdf)

Miettunen, E. 2019. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävien autetuksi tuleminen: Pro gradu tutkimus asiakkaiden kokemuksista. Sosiaalityö; Lapin yliopisto; University of Lapland. Viitattu 3.1.2022. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019100130676>

Mikkola, I.; Hägnas, M., Hartsenko, J, Kaila, M. & Winell, K. 2020. A Personalized care plan is positively associated with better clinical outcomes in the care of patients with type 2 diabetes: A Cross-sectional real-life study. Canadian journal of diabetes. Vol 44/2. 3/2020. Viitattu 4.1.2022. [https://www.canadianjournalofdiabetes.com/article/S1499-2671\(18\)30834-7/fulltext](https://www.canadianjournalofdiabetes.com/article/S1499-2671(18)30834-7/fulltext)

Mikkola, I.; Hägnas, M., Reponen, P. & Palmén, O., 2018. Hoitosuunnitelman jalkautuminen onnistuu esteet raivaamalla läpimurtomenetelmää käyttäen. Viitattu 26.3.2022.

[https://asiakas.kotisivukone.com/files/gpfinland.kotisivukone.com/tiedostot/Luentoslidet\\_2017/5. Rovaniemi.pdf](https://asiakas.kotisivukone.com/files/gpfinland.kotisivukone.com/tiedostot/Luentoslidet_2017/5. Rovaniemi.pdf)

Moldskred P.; Snibsøer, A. & Espehaug, B. 2021. Improving the quality of nursing documentation at a residential care home: a clinical audit. BMC Nursing 20. PDF-dokumentti. Viitattu 3.3.2022.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8215798/>

Mykkänen, M. 2019. Tietorakenteet hoitotietojen käsittelyssä ja potilastiedon toisiokäytössä. Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja. Julkaisija Itä-Suomen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Viitattu 29.1.2022.

<https://erepo.uef.fi/handle/123456789/21249>

Mäkelä-Bengs, P.; Virkkunen, H. & Vuokko, R. 2016. Terveys- ja hoitosuunnitelman kehittäminen 2016 : Esiselvitysraportti. Viitattu 26.3.2022.

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130784/URN\\_ISBN\\_978-952-302-685-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130784/URN_ISBN_978-952-302-685-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R. 2014. Potilaskertomuksen rakenteistamisen menetelmät Suomessa. Teoksessa: Hyppönen, H., Vuokko, R., Doupi, P. & Mäkelä-Bengs, P. (toim.) Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen.

Menetelmät, arviointikäytännöt ja vaikutukset. Raportti 31/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Nykänen, P. & Junntila, K. (toim.) 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen työryhmän loppuraportti - suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 40/2012. Helsinki. PDF-dokumentti. Viitattu 3.3.2022. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL\\_RAP2012\\_040\\_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed)

Oksman, E.; Sisso, M. & Kuronen, R., 2014. Terveyshyötymalli pitkäaikaissairauksien hoidon kehittämisen viitekehyksenä Väli-SuomenPOTKU2 -hanke loppuraportti 1.11.2012 – 31.10.2014. Viitattu 2.2.2022. [https://tervishanke.files.wordpress.com/2013/04/kuopio\\_17-6-2013\\_rk\\_eo.pdf](https://tervishanke.files.wordpress.com/2013/04/kuopio_17-6-2013_rk_eo.pdf)

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä. Hyvinvointiyhtymän Laatufestareilla esiteltiin ja palkittiin henkilöstön tuottaman asiakaslähtöisen kehittämistyön tuloksia. Viitattu 21.11.2021 <https://www.phhyky.fi/fi/hyvinvointiyhtymän-laatufestareilla-esiteltiin-ja-palkittiin-henkiloston-tuottaman-asiakaslahtöisen-kehittämistyön-tuloksia/>

Päijät-Hämeen liitto. Viitattu 21.11.2021. <https://paijat-hame.fi/kartat/karttapohjat/>

Päijät-Sote. Terveyden edistäminen, terveyst- ja hoitosuunnitelma, yhteiset materiaalit ja ohjeet. Viitattu 2.3.2022. <https://paijat-sote.fi/ammattilaisille/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen/terveys-ja-hoitosuunnitelma/terveys-ja-hoitosuunnitelman-kehittämistyöryhman-yhteiset-materiaalit-ja-ohjeet/>

Rautava-Nurmi, H.; Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M., Vuorinen, S., Müller, E. & Rusanen, S. 2019. Hoitotyön taidot ja toiminnot. [6. uudistettu painos.]. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Rautiainen, I. 2019. Power point esitys. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän toimialajohtaja, Ismo Rautiaisen esitys, Lean -kärkihanke, Laatufestarit 5.11.2019.

Ruusuvuori, J.; Nikander, P. & Hyvärinen, M. (toim.) 2010. Haastattelun analyysi - e-kirjana. Viitattu 3.2.2022. <https://www.ellibslibrary.com/book/978-951-768-309-8>

Salonen, K.; Eloranta, S., Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 26.3.2022.

<https://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>

Saranto, K.; Koponen, S., Kivekäs, E. & Vehko, T. 2021. Käyttökokemusravioita sairaanhoitajan näkökulmasta asiakas ja potilastietojärjestelmistä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisissä palveluissa ja yleensä terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinta, Sosiaali- ja terveystoiminnan tutkimuskeskus, Itä-Suomen yliopisto, Kuopio. FinJeHeW 2021;13(4) 343. Viitattu 3.3.2022.

<https://journal.fi/finjehew/article/download/109932/65790>

Silfverberg, P. 2013. Ideasta projektiksi, projektivetäjän käsikirja. Työministeriö. Viitattu 21.11.2021. <https://www.slideshare.net/lansisuomenhelmet/pvopas1>

Simonen-Fallieras, M. 2019. Vaasan yliopisto. Markkinoinnin ja viestinnän yksikkö, Teknisen viestinnän maisteriohjelma. Kontrolloitu kieli hoitokertomusten kieltä yhtenäistämässä, soveltavan kielitieteen pro gradu -tutkielma. Viitattu 2.3.2022.

[https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/8225/UniVaasa\\_2019\\_Simonen-Fallieras\\_Maisa-Leena.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/8225/UniVaasa_2019_Simonen-Fallieras_Maisa-Leena.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Sote-uudistus. Viitattu 21.11.2021. <https://soteuudistus.fi/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus-ohjelma>

Suomen riskien hallinta yhdistys. SWOT-riskianalyysi. Viitattu 27.12.2021. <https://pk-rh.fi/tools/swot.html>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Saatavilla

<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tietoevry. Viitattu 24.3.2022. <https://www.tietoevry.com/fi/toimialat/sosiaali-ja-terveydenhuolto/terveydenhuolto/perusterveydenhuolto-ja-erikoissairaanhoito/>

Tilastokeskus. Viitattu 6.11.2021.

<https://www.stat.fi/tup/alue/kuntienavainluvut.html#?active1=SSS&year=2021&active2=016>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 16.12.2021. <https://tenk.fi/fi>

Tyypin 2 diabetes. Käypä hoito -suositus 2020. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Viitattu 8.12.2021. [www.käypähoito.fi](http://www.käypähoito.fi)

Yki-Järvinen, H. 2022. Tyypin 2 diabeteksen kokonaisvaltainen hoito ja seuranta. Lääkärin käsikirja. Kustannus oy Duodecim. Viitattu 25.2.2022. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00561/search/diabetes>

Young, C.; Boyle, F & Mutch, A. Are care plans suitable for the management of multiple conditions? J Comorb 2016;6: 103–13. Viitattu 2.3.2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29090181/>

Valta, M. 2013. Sähköisen potilastietojärjestelmän sosiotekninen käyttöönotto. Seitsemän vuoden seurantatutkimus odotuksista omaksumiseen. Itä-Suomen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta, Kuopio. Viitattu 2.3.2022. [https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/12870/urn\\_isbn\\_978-952-61-1217-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/12870/urn_isbn_978-952-61-1217-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus

Winell, K.; Mikkola, I., Kuronen, R., & Liira, H. 2019. Hoitosuunnitelma yhteiseksi työkaluksi pitkäaikaissairauksien avohoitoon. Suomen Lääkärilehti - Finlands Läkartidning, 74(1–2), 41–45. Viitattu 8.1.2022. <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2019/SLL12019-41.pdf>



## Liite 1 Terveys- ja hoitosuunnitelman auditointiohje

### Terveys- ja hoitosuunnitelman auditointiohje

<b>TARVE</b>	☺	? Esimerkkejä HYVIN toteutumisesta
a. Tarpeet on määritellyt potilas		
b. Ammattilaiset ovat potilaan tukena tarpeen määrittelyssä		
c. Tarpeet on määritelty tärkeysjärjestykseen		
<b>TAVOITE</b>	☺	? Esimerkkejä HYVIN toteutumisesta
a. Tavoitteet on määritellyt potilas (ammattilaisen tuella)		
b. Tavoitteet on ilmaistu selkeästi ja yksiselitteisesti		
c. Tavoitteet on realistista saavuttaa suunnitellulla aikavälillä		
<b>KEINOT JA TOTEUTUS</b>	☺	? Esimerkkejä HYVIN toteutumisesta
a. Selkeästi kirjattu, mitä potilas aikoo tehdä tavoitteen saavuttamiseksi		
b. Ammattilaisten vastuut ja osuus hoidon toteuttamisessa on määritelty		
c. HoSu:a tehdessä on huomioitu 3. sektorin, muiden palveluiden ja potilaan lähipiirin osuus hoidossa		
<b>SEURANTA JA ARVIOINTI</b>	☺	? Esimerkkejä HYVIN toteutumisesta
a. Selkeästi kirjattu, miten potilas aikoo seurata ja arvioida tavoitteiden toteutumista		
b. Selkeästi kirjattu, miten terveydenhuollossa seurataan ja arvioidaan tavoitteiden toteutumista		
<b>HoSu:n KOKONAISUUS</b>	☺	? Esimerkkejä HYVIN toteutumisesta
a. Potilas ymmärtää HoSu:n kielen		
b. HoSu:ssa on ”punainen lanka”		
c. HoSu kattaa kaikki hoidon jatkuvuuden kannalta keskeiset asiat		

Arvioi jokaisen HoSu-avaintekijän ilmenemistä HoSu:ssa: ☺=toteutuu hyvin, ?= vielä olisi kehitettävää. Kun avaintekijä toteutuu mielestäsi hyvin, kirjoita taulukkoon HoSu:n tekstikohta, josta se ilmenee. Voit jatkaa esimerkkien kirjoittamista taulukon kääntöpuolelle.

Lähde: Päijät-Sote

## Liite 2 Teemahaastattelun kysymysrunko

### Kohderyhmää koskevat taustatiedot:

1. Miten kauan olette tehnyt diabeteshoitajan työtä?
  - a) alle vuoden    b) 1-5 vuotta
  - c) 5-10 vuotta    d) yli 10 vuotta
2. Millainen peruskoulutus teillä on diabeteshoitajan työhön?
  - a) sairaanhoitajan koulutus    b) terveydenhoitajan koulutus
3. Millainen jatkokoulutus teillä on diabeteshoitajan työhön?
  - a) jatko-opinnot ammattikorkeakoulussa 10-30 opintopistettä
  - b) Diabetesliiton järjestämä perus- ja jatkokurssi 10 opintopistettä
  - c) muu, mikä?

### Teema 1. Estävät ja edistävät tekijät sovelluksen käyttöönotossa:

4. Onko terveys- ja hoitosuunnitelma teille entuudestaan tuttu? Millä tavalla? Entä uusi hoitosuunnitelmasovellus?
5. Mitä mieltä olette terveys- ja hoitosuunnitelmasta? Ongelmat / hyödyt?
6. Millaisia kokemuksia teillä on aiemmista hoitosuunnitelmiin liittyvistä koulutuksista?
7. Minkälaista koulutusta (sisältö, tapa) toivoisitte tämän uuden suunnitelmasovelluksen käyttöönoton tueksi?
8. Aiemmissa kehittämissuunnitelmissa Suomessa on käytetty hoitosuunnitelman kirjaamisen apuna mallipohjia, mitä ajattelette niistä?

### Teema 2. Hoitosuunnitelman prosessiajattelu:

9. Millaisia asioita kirjaisitte hoidon tarve otsikon alle? Kenen näkökulmasta?
10. Entä hoidon tavoite otsikon alle?
11. Millaisia fysiologisia mittaustavoitteita asettaisitte tyypin 2 diabeetikolle?
12. Mitä asioita sisällyttäisitte tyypin 2 diabeetikon hoidon toteutus ja keinot - osioon?
13. Mitä asioita kirjaisitte hoidon seurannasta ja arvioinnista?
14. Millaisia teidän lähteitä käytätte potilaiden ohjauksessa?

### Teema 3. Hyöty potilaan omahoidolle ja omahoidon ohjaukseen:

15. Millaista hyötyä hoitosuunnitelmasta voisi olla potilaalle omahoidon onnistumiseen?
16. Millaista hyötyä hoitosuunnitelmasta voisi olla diabeteshoitajalle potilaan omahoidon ohjaukseen?
17. Terveystieteiden digitalisoitua, hoitaja muuttuu yhä enemmän "personal traineriksi", miten näette hoitosuunnitelman roolin tulevaisuudessa?

## Liite 3 Osa PowerPoint esityksestä 9.2.2022

1(2)

### Kirjaaminen hoitotyön prosessimallin mukaisesti

- Hoitotyön prosessin vaiheita ovat hoidon tarpeen määrittäminen, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Prosessissa sen eri vaiheisiin liittyvät päätökset vaikuttavat prosessin seuraaviin vaiheisiin tai jopa prosessin keskeyttämiseen. Prosessi etenee syklinä, sen edetessä potilaasta ja hänen tilanteestaan saadaan uutta tietoa, muutosten vaikutuksia tulee arvioida kaikkiin prosessin vaiheisiin.
- Hoidon tarve on kuvaus potilaan terveydentilassa olemassa olevista tai tulevaisuudessa mahdollisesti ilmenevistä ongelmista. Tarpeen määrittämiseksi potilaasta kerätään tietoa haastattelun, havainnoinnin ja mittaustulosten avulla, tarpeet voivat olla fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia.
- Hoidon tarpeille asetetaan tavoitteet, joilla hoidon tarpeita pyritään vähentämään tai poistamaan. Hoidon tavoitteen tulee olla määritelty potilaskeskeisesti ja konkreettisesti, ei kuvauksena hoitajan toiminnasta tai toimenpiteistä. Hoitotyön toiminnot ovat hoitotyön auttamismenetelmiä, jotka valitaan hoitotyön periaatteiden ja potilaan voimavarojen mukaan.
- Hoidon toteutus -vaiheessa suunnitellut hoitotyön toiminnot toteutetaan hoidon auttamis- ja ohjaustilanteissa. Olennaista on potilaan tukeminen ja ohjaaminen potilaan voimavarat huomioiden. Hoidon toteutuksen kirjaamisen tulee olla potilaslähtöistä ja arvioivaa.
- Hoidon arviointi on hoitoprosessin viimeinen vaihe, jolloin arvioidaan potilaskeskeisesti, onko potilaan hoidon tarpeeseen vastattu, saavutettiin asetettu hoidon tavoite ja millainen muutos potilaan voinnissa on tapahtunut. Arviointia tulee tehdä hoitoprosessin kaikissa vaiheissa sekä hoidon päättyessä.

Lähde: [Rautava-Nurmi](#) 2019

### THL:n ohjeistus terveys- ja hoitosuunnitelmasta:

- laaditaan yhdessä potilaan kanssa omahoidon, hoidon suunnittelun ja koordinoinnin tueksi
- suunnitelman avulla pyritään voimaannuttamaan ja motivoimaan potilasta huolehtimaan omasta terveydestään
- **perustiedot** muodostuvat potilaan pysyvistä diagnooseista ja hoitoa koordinoivasta vastuuhenkilöstä
- **hoidon tarve** tarkoittaa potilaan terveydentilaan liittyviä jo olemassa olevia tai tulevaisuudessa mahdollisesti ilmaantuvia ongelmia, esim. sydän- ja verisuonisairausten ennaltaehkäisy sekä toiminta- ja työkykyyn liittyviä tarpeita.
- **hoidon tavoite** asetetaan yhdessä ammattihenkilön kanssa, esim. painonhallintatavoite tietyssä ajassa. Tavoitteen tulisi olla konkreettinen ja riittävän pieni, jotta potilas pystyy sen tavoittamaan. Ammattihenkilö määrittelee tavoitteen yksilöivän tekijän, esim. fysiologisen mittaustavoitteen.
- **hoidon toteutus ja keinot** mietitään yhdessä potilaan kanssa, keinojen tulee olla yksinkertaisia ja konkreettisia
- **suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi** tarkoittaa ammattihenkilöiden antamaa tukea potilaalle tavoitteiden saavuttamiseksi, esim. omahoitajan puhelu.
- **lisätiedot** sisältävät potilaan tilaa ja hoitoa kuvaavia tietoja, esimerkiksi potilaan riskitietoja, lääkitys

Lähde: Korhonen, Terveys- ja hoitosuunnitelman toiminnalliset vaatimukset liittyville järjestelmille, THL

## Käyttöönoton suunnitelma

- Valitaan "helppoja" potilaita nyt aluksi, ei monisairaita
- Tavoite 1 hoitosuunnitelma / viikko? - olisiko sopiva tahti?
- Hoitosuunnitelman teko yhdessä sovitun mallipohjan avulla, mallipohja työpöydällä? Fraasit poistumassa seuraavassa Lifecare-päivityksessä, samoin dia-lehti
- Mallipohjan kopsaus kopioi/liitä -toiminnolla hoitosuunnitelmasovellukseen, yksilöinti potilaskohtaisesti, erityishuomio omahoidon onnistumiseen / haasteisiin
- Sopikaa omassa tiimissä yksi lääkäri, jolle nyt alkuvaiheessa laitatte hoitosuunnitelman kuitattavaksi. Lääkärin osuus: pysyvät diagnoosit, mittaustavoitteet, lääkityksen tarkistus. Lääkäri merkitsee muutokset suoraan hoitosuunnitelmalle.
- Tilastointi sisältömerkinnällä ja potilaan lisääminen hoitosuunnitelma -asiakasryhmään (yläpalkkiin). Oikein tehty tilastointi olisi nyt tärkeää, jotta saadaan tehty työ näkyväksi. Ja kannattaa tilastoida heti käynnin yhteydessä, silloin tilastoituu oikein.
- Kun hoitosuunnitelma on valmis, lähetetään se potilaalle kirjeenä kotiin. Hoitosuunnitelma ei näy vielä kannassa.
- Apuna hoitosuunnitelman teossa voi käyttää omahoito- tai esitietolomaketta, joka lähetetään potilaalle etukäteen

Olemassa olevat materiaalit ja koulutukset:

- Hoitosuunnitelma ja hoidon linjaukset verkkokurssi, OPPIPORTTI Hoitosuunnitelma ja hoidon linjaukset - Duodecim Oppiportti
- Hoitosuunnitelmasovelluksen käyttö video Tiedon Campus oppimisympäristössä. Sisäiset palvelut, ICT-palvelut, Terveys Lifecare, Tiedon Campus oppimisympäristö → Tieto EVRY, hakukenttään "Terveys- ja hoito" → Terveys- ja hoitosuunnitelma 2021
- Kirjalliset ohjeet ja materiaalit Phhykyn ammattilaisille /Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen / Terveys ja hoitosuunnitelma / yhteiset materiaalit Yhteiset materiaalit ja ohjeet - PHHYKY

## Liite 4 Hoitosuunnitelma, esimerkki 1

1(2)

### Hoitopolkukuvaus

Terveys- ja hoitosuunnitelma

### Hoitopolun alkamispäivä

16.03.2022

### Koordinoiva taho

Dh ... ja tk-lääkäri ...

### Hoidon syy

E11.9 Aik.diabetes ei komplikaatioita **Hoidon syyn tarkenne** todettu 11/2020 työterveyshuollossa

### Hoidon tarpeet

Elämäntilanne ja toimintakyky: perheellinen, työelämässä, asuu yhdessä aikuisen tyttären kanssa 1-kerroksisessa rivitaloasunnossa. Ei apuvälineitä käytössä. Omatoiminen.

Missä koen itse omahoidon tehostamisen/hoidon tarvetta?

- ruokailussa annoskoot ja ajoittainen runsas herkuttelu, liikkuminen ollut vähäistä

### Hoidon tavoite

Päätavoite: valtimotautien ja diabeteksen lisäsairauksien ennaltaehkäisy.

Oma tavoitteeni: - toimintakyky pysyisi yllä tai paranisi niin, että pääsisin kesällä ja syksyllä marja- ja sienimetsään

Mittaustavoitteet:

- verenpaine: alle 140/80 mmHg
- LDL (=huono kolesteroli): alle 2.5
- verensokeri:
  - o paastosokeri: alle 7
  - o 2 tuntia pääaterian jälkeen: alle 10
  - o pitkäsookeri (HbA1c): alle 48
- painonhallinta: paino ei nousisi tai mahdollisesti vähän laskisi

### Hoidon toteutus ja keinot

Mitä teen saavuttaakseni tavoitteeni?

- pyrkimys siihen, että runsaan herkuttelun hetkiä on nykyistä harvemmin
- terveelliset välipalat työpäivinä/säännöllinen ateriarytmi
- kotona olevalla soutulaitteella harjoittelu viikottain

Omahoidon keinoja:

- säännöllinen lääkehoito: Metforem-lääkkeen otto ruokailujen yhteydessä, ei tyhjän mahaan.
- liikkumattomuuden vähentäminen
- monipuolinen ja terveellinen ruokavalio:
  - päivittäin kasviksia, marjoja, hedelmiä, kokojyvaviiljatuotteita
  - runsaasti kolesterolia sisältävien ruoka-aineiden ja kovan eläin- ja maitorasvan välttäminen
  - liiallisen suolankäytön välttäminen
- suun terveydestä huolehtiminen

**Tuki, seuranta ja arviointi**

2(2)

Omahoidon tueksi:

- pajjat-sote.fi/ela-hyvin, diabetestalo.fi, painonhallintatalo.fi, diabetesliitto.fi, kela.fi/diabetes-sopeutumisvalmennuskurssit
- tarvittaessa mahdollisuus varata aika farmaseutille lääkityksen arviointia / tarkistusta varten

Omaseuranta:

- verensokerin mittaus kerran kuukaudessa, tällöin paastoarvo, ennen pää-ateriaa ja 2 tuntia pää-aterian jälkeen
- verenpaineen mittaus 1-2 kertaa kuukaudessa, tällöin tuplamittaukset aamulla ja illalla

Seuranta perusterveydenhuollossa:

- 5-6/2022 HbA1c välikontrolli.
- seuraava laboratoriotarkistus elokuussa 2022, diabeetikon laajempia kokeita: paastoverikokeet, sydänfilmi, U-AlbKre-virtsanäyte ja lääkärin diabetesvastaanotto. Potilas varaa ajat itse, lähete valmiina.
- seuraava diabeteshoitajan vastaanotto helmi-maaliskuussa 2023, edeltävästi HbA1c, lähete tehdään ajanvarauksen yhteydessä
  - silmänpohjakuvaus syksyllä 2022, on kutsujonossa ja ajan saatuaan, varaa diabeteshoitajalle lyhyen käyntiajan näön tarkistusta varten, laseilla ja ilman
  - hyvä jalkojen omahoito. Jalkojen riskiluokka 0, tarkistetaan vuosittain vuositarkastuksen yhteydessä.
  - tarvittaessa ota yhteyttä diabeteshoitajaan 044 ... arkisin klo 12-13 tai sotokeskuksen ajanvaraukseen 03 ...

**Käynnin lisätiedot**

- ei tiedossa olevia lääkeaineallergioita
- säännöllinen lääkitys: Metforem 1g 1x3 (ottanut 1+0+1, pyrkii nostamaan annoksen reseptin mukaiseksi)

## Liite 5 Hoitosuunnitelma, esimerkki 2

1(2)

### Hoitopolkukuvaus

Terveys- ja hoitosuunnitelma

### Hoitopolun alkamispäivä

17.02.2022

### Koordinoiva taho

Dh ... ja lääkäri ...

### Hoidon syy

E11.9 Aik.diabetes ei komplikaatioita

I10 Essentiaalinen (primaarinen) verenpainetauti

I25.1 Ateroskleroottinen sydänsairaus

J84.9 Interstitiaalinen keuhkos.NAS **Hoidon syyn tarkenne** lievä keuhkofibroosi

M10.0 Idiopaattinen kihti

### Hoidon tarpeet

Elämäntilanne ja toimintakyky: eläkkeellä

Elintavoissa / voimavaroissa huomioitavaa: korona vaikuttanut huonontavasti

elämänlaatuun - kokee lievää masennusta, kun ei oikein voi missään liikkua, "onko

elämässä enää mitään väliä", tällä hetkellä ei ole oikein muuta kuin päiväkävelyt metsässä

koiran kanssa. Pumppuvaivat (sydän) estää myös pilkille menemisen, ainakaan yksinään ei

uskalla lähteä, ettei jää viimeiseksi kalareissuksi.

Missä koen itse omahoidon tehostamisen/hoidon tarvetta?

- toivoo jalkahoitolähetettä, kun ei oikein pysty leikkaamaan kynsiään (paksuuntuneet kynnet)

- sokereita toivoo myös saavansa matalammaksi, ettei tule enempää lisäsairauksia kuin niitä jo on

### Hoidon tavoite

Päätavoite: valtimotautien ja diabeteksen lisäsairauksien ennaltaehkäisy

Oma tavoitteeni: - lisäsairauksien ehkäisy - sokeritasapainon parantaminen

Mittaustavoitteet:

- verenpaine: alle 140/90 mmHg

- LDL (=huono kolesteroli): alle 1.4

- verensokeri: - paastosokeri: 5-7 välille

- 2 tuntia pääaterian jälkeen: alle 10

- pitkäsokeri (HbA1c): alle 58

### Hoidon toteutus ja keinot

Mitä teen saavuttaakseni tavoitteeni?

- keskusteltu, että voisi hieman karsia sokeripitoisia syötäviä; omatekemää marjasoppaa käyttää puuron kanssa aamusin/marjahilloa muutaman ruokalusikallisen; näiden vähentäminen edes puoleen

Omahoidon keinoja:

- säännöllinen lääkehoito ja säännöllinen sokeriseuranta ja kirjaan arvot ylös.
- reipasta liikuntaa päivittäin vähintään ½ tunnin ajan, esim. sauvakävely
- monipuolinen ja terveellinen ruokavalio: se jo toteutuu hyvin, syö säännöllisesti, keittoruokia lisännyt ruokavalioon 3-4x viikossa
  - päivittäin kasviksia, marjoja, hedelmiä, kokojyväviljatuotteita
  - runsaasti kolesterolia sisältävien ruoka-aineiden ja kovan eläin- ja maitorasvan välttäminen
  - liiallisen suolankäytön välttäminen
- suun terveydestä huolehtiminen

**Tuki, seuranta ja arviointi**

Omahoidon tueksi: - pajjat-sote.fi/ela-hyvin, diabetestalo.fi, diabetesliitto.fi

Omaseuranta:

- verensokerin mittaus kerran viikossa, tällöin paastoarvo ja 2 tuntia pääaterian jälkeen, ennen lääkärin vastaanottoa tehostettu sokeriseuranta muutamalta vuorokaudelta. Merkkää aina seurantavihkoon.
- verenpaineen mittaus kerran viikossa, tällöin tuplamittaukset aamulla ja illalla. Merkkää vihkoon.
- paino kerran kuukaudessa

Seuranta perusterveydenhuollossa:

- seuraava laboratorionkontrolli (fP-gluk, HbA1c) 6 /2022, vastauksesta varaa puhelinaika oman tiimin diabeteshoitajalle
- seuraava diabeteshoitajan vastaanotto 2 kk kuluttua.
- holter tutkimus - muistitutkimukset - limaisuuden vuoksi pef/spirometria tutkimukset - varattu aika lääkärille 8.3.22
- silmänpohjakuvaus 3. vuoden välein, seuraavan kerran 3/22
- jalkahoitajan vastaanotto 2 kertaa vuodessa, JAL-lähete on tehty
- tarvittaessa ota yhteyttä oman tiimin diabeteshoitajaan, sote-keskuksen puhelin 03 ...

**Käynnin lisätiedot**

## Lääkitys

OMEPRAZOL ACTAVIS enterokapseli, kova 20 mg 1x1  
DIFORMIN RETARD depottabletti, kalvopäällysteinen 500 mg 2x2  
JARDIANCE tabletti, kalvopäällysteinen 10 mg ei käytä  
PRIMASPAN enterotabletti 100 mg 1x1  
ORMOX tabletti 10 mg 1x2  
EMCONCOR CHF tabletti, kalvopäällysteinen 2,5 mg 1x1  
CARDACE tabletti 10 mg 0,5x1  
ATORVASTATIN ORION tabletti, kalvopäällysteinen 20 mg 1x1  
PANADOL FORTE tabletti, kalvopäällysteinen 1 g 1x1-3, tarvittaessa  
VENTOLINE DISKUS inhalaatiojauhe, annosteltu 200 mikrog/annos 1x1-4, tarvittaessa  
DINIT sumute suuonteloon 1,25 mg/annos 1x1-3, tarvittaessa