

Raija Kaikkonen

TIETOA, TAITOA, TUKEA RYHMÄSSÄ-PROJEKTI

Moniammatillisen ryhmäohjausmallin tuottaminen tyypin 2 diabeetikoille ja sen kehittäminen asiakaslähtöisesti Kainuun maakunta-kuntayhtymässä seutu III:n kansanterveystyössä

TIETOA, TAITOA, TUKEA RYHMÄSSÄ-PROJEKTI

Moniammatillisen ryhmäohjausmallin tuottaminen tyypin 2 diabeetikoille ja sen kehittäminen asiakaslähtöisesti Kainuun maakunta-kuntayhtymässä seutu III:n kansanterveystyössä

Raija Kaikkonen
Opinnäytetyö
Kevät 2012
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto, kliininen asiantuntija

Tekijä Raija Kaikkonen:

Opinnäytetyön nimi: Tietoa, taitoa, tukea ryhmässä-projekti, Moniammatillisen ryhmäohjausmallin tuottaminen tyypin 2 diabeetikoille ja sen kehittäminen asiakaslähtöisesti Kainuun maakunta-kuntayhtymässä seutu III:n kansanterveystyössä

Työn ohjaajat: TtT Maija Alahuhta, TtT Kaisa Koivisto ja TtT Pirkko Sandelin

Työn valmistusluku ja -vuosi: Kevät 2012 Sivumäärä:74+17

Suomen terveydenhuolto on murroksessa. Kustannukset kasvavat, väestö ja työntekijät ikääntyvät. Nämä ja terveystalouden lisääntyvä tarve, tarjottavien palvelujen laatu sekä kustannukset tuovat haasteita terveydenhuollolle. Yksi merkittävimmistä sairauksista on tyypin 2 diabetes, jonka ehkäisy ja hoito ovat haaste myös hyvinvointiyhteiskunnalle. Terveydenhuollon tavoitteena on sairauksien ehkäisy ja tehokas varhaisvaiheen hoito. Ryhmäohjaus on yksi keino tavoittaa enemmän ihmisiä ohjauksen piiriin. Tietoa, taitoa, tukea ryhmässä -projektilla oli tarkoituksena luoda moniammatillinen ryhmäohjausmalli tyypin 2 diabeetikoille seutu III:n kansanterveystyöhön Kainuun maakunta-kuntayhtymässä ja kehittää sitä tutkivan kehittämisen menetelmällä asiakaslähtöisesti. Kehittämistyön avulla tavoitteena oli saada toimiva ryhmäohjausmalli jokapäiväiseen työhön.

Kehittämistyötä varten perustettiin työryhmä, joka kirjallisuuskatsauksen ja oman kokemuksen ja tiedon avulla tuotti moniammatillisen ryhmäohjausmallin tyypin 2 diabeetikoille. Ryhmäohjaukset toteutettiin 10/2011-2/2012 välisellä ajalla. Ryhmäohjauksiin osallistui 22 tyypin 2 vastasairastunutta diabeetikkoa. Projektin ja ryhmäohjausmallin arviointi tehtiin haastattelututkimuksen avulla. Haastatteluihin osallistui yhteensä 18 ryhmiin osallistunutta diabeetikkoa ja ohjaajaa, n=18. Haastatteluaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Kokemukset ryhmäohjauksesta olivat myönteisiä. Moniammatillinen ryhmäohjaus koettiin tärkeäksi, tarpeelliseksi ja toimivaksi malliksi. Moniammatillisuus koettiin hyvänä, sillä se toi asiantuntijatiedon ryhmiin osallistuneiden käyttöön. Sen todettiin lisäävän myös ohjaajien asiantuntijuutta. Ryhmäohjauksiin osallistuneet saivat ryhmässä, tietoa, vertaistukea, voimaantumista, omahoidon keinoja ja niiden tehostumista. Kehittämistarpeina koettiin ryhmäohjauksen organisointi ja tiedottaminen sekä työorganisaation parempi tuki. Ryhmäohjausta toivottiin kehitettävän asiakaslähtöisemmäksi, käytännönläheisemmäksi ja ohjausmenetelmiä monipuolisemmiksi sekä erilaisia ryhmiä erilaisille asiakkaille.

Kehitetty moniammatillinen ryhmäohjausmalli oli toimiva. Yhteistyötä eri asiantuntijoiden kanssa tulee kehittää. Asiakaslähtöisyyden kehittämiseksi tulee järjestää systemaattista koulutusta oppimisesta, ohjaamisesta ja ohjaamisen menetelmistä. Työorganisaation tulee huolehtia riittävästä resursseista kuten tila-, aika- ja henkilöresursseista riittävän ja laadukkaan ohjauksen mahdollistajana. Ryhmäohjauksen laatua tulisi kehittää myös tutkimalla ohjauksen vaikuttavuutta ja riittävyyttä.

Asiasanat: ryhmäohjaus, tyypin 2 diabetes, moniammatillisuus, asiakaslähtöisyys

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Advanced Nursing Practice

Author: Raija Kaikkonen

Title of thesis: Knowledge, skills and support in a group –project, Producing a multi-professional group guidance model to type 2 diabetics and advancing it customer-oriented way in joint authority of Kainuu regions national health in region III

Supervisors: TtT Maija Alahuhta, TtT Kaisa Koivisto, TtT Pirkko Sandelin

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2012 Number of pages: 73+17

Finnish health care is currently changing. The costs are rising and the population and employees are aging. These factors along with increasing demand for health services, quality of offered service and costs create challenges for health care. The challenge for health care is the availability and sufficient amount of quality care for the population's health care needs. One of the most significant diseases is type 2 diabetes, whose treatment and prevention is a challenge for the welfare state. One of the goals of health care is to prevent and efficiently treat the early stages of the disease. New ways of action are required to meet the increasing needs for medical care. Group guidance is one way of reaching more people. The aim of the project 'Knowledge, skills and support in a group' was to create a multi-professional group guidance model for type 2 diabetics and develop it from customer-oriented point of view. The target was the national health work in region III in the joint authority of Kainuu region. The project takes the method of explorative development and its aim is to create a functional group guidance model for everyday use.

A team was formed for the development work. The team created a multi-professional group guidance model with the help of a literature review and their own experiences and knowledge. Group guidance sessions were implemented between October 2011 and February 2012. Group guidance was conducted for 22 participants with recently discovered type 2 diabetes. Evaluation of project and group guidance model was executed by interview research. Interviewed were 18 diabetics and guides, who participated in groups, n=18. Interview material was analyzed by inductive content analysis.

Experiences of the group guidance were positive. Multi-professional guidance was considered important, needed and as a functional model. Multi-professionalism was seen useful as it brought expertise to the participants, and it also brought additional expertise to the guides. All of the participants of the group guidance received peer support and ways for self-care. Development suggestions included organizing the group guidance, informing and higher support of work organization. The group guidance should be developed to be more customer-oriented, practical and offer more versatile guidance methods and models to suit everyone.

Developed multi-professional group guidance model proved to be functional. Co-operation with different experts should be yet developed. To make the guidance more customer-oriented, systematic training about learning, guidance and guidance models should be organized. Work organization must take care of necessary resources such as space, time and personnel to enable necessary and quality guidance.

Keywords: group guidance, type 2 diabetes, multi-professionalism, customer-oriented

Sisällys

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	7
2 TYYPIN 2 DIABETEKSEN RYHMÄOHJAUKSEN KEHITTÄMISTYÖTÄ OHJANNUT TIETO DIABEETIKON HYVÄSTÄ OHJAUKSESTA	10
2.1 Tyypin 2 diabetes	10
2.2 Potilaan ohjaaminen – kohti asiakaslähtöisiä palveluita	11
2.2.1 Diabeetikon omahoidon ohjaus	13
2.2.2 Diabeetikon hoidonohjauksen kriteerit	14
2.2.3 Ryhmäohjaus	16
3 TIETOA, TAITOA, TUKEA-RYHMÄSSÄ – KEHITTÄMISHANKE	18
3.1 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta	18
3.1 Projekti työn kehittämisen välineenä	19
3.2 Kehittämistyön kohderyhmä ja hyödynsaajat	20
3.3 Kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteet ja tuotokset	20
3.4 Projektin organisaatio ja johtaminen	21
3.5 Projektin suunnittelu	24
4 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN	27
4.1 Kirjallisuuskatsaus aiempaan tietoon tyypin 2 diabeteksen ryhmäohjauksista	27
4.2 Moniammatillisen tyypin 2 diabeteksen ryhmäohjausmallin tuottaminen seutu III:n kansanterveystyöhön	29
4.2.1 Työryhmän perustaminen	29
4.2.2 Työryhmän työskentely ja ryhmäohjausmallin tuottaminen	30
4.3 Ryhmäohjausten toteuttaminen	35
5 RYHMÄOHJAUKSEN JA KEHITTÄMISTYÖN ARVIOINTI	37
5.1 Tutkimukseen osallistujat	37
5.2 Aineiston kerääminen ja analysointi	37
5.2.1 Ryhmähaastattelu, Focusgroup –interview	38
5.2.2 Aineiston analysointi	40
5.3 Tutkimuksen tulokset	41
5.3.1 Ohjaajien kokemukset ryhmäohjauksista	42
5.3.2 Ohjaajien kokemat kehittämistarpeet ryhmäohjauksessa	44
5.3.3 Ryhmiin osallistuneiden kokemukset ryhmäohjaukseen osallistumisesta	45

5.3.4 Ryhmiin osallistuneiden kokemat kehittämistarpeet ryhmäohjauksesta	46
5.3.5 Ryhmiin osallistuneiden kokemat muutokset ryhmäohjaukseen osallistumisen aikana	47
5.4 Yhteenveto ryhmäohjauksen arvioinnista ja tuloksista	49
5.5 Tulosten tarkastelu.....	50
5.6 Tutkimuksen etiikka	53
5.7 Tutkimuksen luotettavuus	54
5.8 Tyypin 2 diabeteksen ryhmäohjauksen kehittäminen seutu III:n kansanterveystyöhön	55
6. POHDINTA	6059
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	6564
Lähteet.....	676

Liitteet

Liite 1 Kirjallisuuskatsaus: Tyypin 2 diabeteksen ryhmäohjaus ja potilaan ohjaaminen

Liite 2. Tutkimustiedote

Liite 3. Osallistujan suostumus

Liite 4. Esimerkkejä aineiston analyysistä

Liite 5. Rahoitussuunnitelma ja toteutuminen

1 JOHDANTO

Suomen terveydenhuolto on murrosvaiheessa. Sen kustannukset kasvavat, väestö ja työntekijät ikääntyvät. Nämä ja terveystalouden lisääntyvä tarve, tarjottavien palvelujen laatu sekä kustannukset tuovat haasteita terveydenhuollolle. Näiden haasteiden ratkaisemisessa perusterveydenhuolto on avainasemassa. (Nurkkala 2010; 21–26; Puska 2011.) Suomessa on saavutettu kansainvälisestäkin tunnustettua menestystä kansansairauksien ehkäisyssä ja hoidossa. Kuitenkin sairastavien määrä kasvaa edelleen ja väestön ikääntyessä monisairaiden joukko lisääntyy. Haasteena on väestön terveystarpeiden mukainen laadukkaan hoidon saatavuus ja riittävä määrä. (Lyytinen 2010, 33; Kokko, Peltonen & Honkanen 2008, 43–45; Heikkilä, Jokinen, & Nurmela 2008, 14.)

Yksi merkittävimmistä kansansairauksista on tyypin 2 diabetes, jonka ehkäisy ja hoito ovat haaste myös hyvinvointiyhteiskunnille. Huolestuttavaa on yhä nuorempien sairastuminen tyypin 2 diabetekseen, jonka ehkäisyn ja hoidon haasteet on tunnustettu niin Suomessa kuin maailmanlaajuisesti. (Niemi & Winell 2007, 9; Silink 2009, 2; Mbanya 2009, 3.) Suomessa arvioidaan olevan noin 500 000 diabeetikkoa, joista valtaosa, noin 470 000, on tyypin 2 diabeetikkoa. (Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008, 13).

Diabetes vaikuttaa sairastuneiden elämänlaatuun, aiheuttaa vakavia lisäsairauksia sekä lisää kuolleisuutta. Diabeteksen lisäsairaudet lisäävät merkittävästi kansantaloudellisia kustannuksia. Diabeteksen hyvällä hoidolla voidaan vähentää lisäsairauksien ilmenemistä, koska elämäntapoja muuttamalla tyypin 2 diabetes ja sen lisäsairaudet vähenevät ratkaisevasti. (Niemi & Winell 2007, 9.)

Tavoitteena tulisi olla sairauksien ehkäisy ja tehokas varhaisvaiheen hoito (Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008, 31–37; Mbanya 2009, 3). Terveyden edistäminen ei ole tutkimusten mukaan suunnitelmallista ja eri toimijoiden välillä on huomattavia eroja perusterveydenhuollossa, jonka vuoksi toimintatapoja ja työmenetelmiä tulisi arvioida ja kehittää. (Rimpelä, Saaristo, Wiss & Ståhl 2009, 279). Tulisi luoda selkeitä asiakkaan aktiivisuuden ja suunnitelmalliseen yhteistyöhön perustuvia paikallisia, yhtenäisiä toimintamalleja

(Kokko ym 2008, 43–45; Suurnäkki, Leppäkoski, & Pellikka 2010, 27–29). STM:n (sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö) tavoitteena on järjestelmä, missä huomioidaan asiakkaat, tuetaan omatoimisuutta, kunnioitetaan ihmisten itsemääräämisoikeutta ja ollaan tietoisia kustannuksista. Muutokseen tarvitaan yhteiskunnan tukea ja poliittista tahtoa: tarvitaan yhteisesti sovittuja toimintaperiaatteita, niiden arviointia sekä dokumentointia laadun ja toiminnan kehittämiseksi. (Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008, 31–37; Heikkilä ym. 2008,12; Rimpelä ym. 2009, 41-42.)

Kansanterveyshoitajan työssä Puolangalla näkyy Suomessa ja kansainvälisestikin todettu tyyppin 2 diabeetikoiden määrän kasvu. Tyyppin 2 diabeetikoiden kasvavaan hoidontarpeeseen on vaikea vastata riittävästi entisillä resursseilla. Ryhmäohjaus on yksi keino tavoittaa enemmän ihmisiä ohjauksen piiriin (Marttila, Himanen, Ilanne-Parikka & Hiltunen 2004, 5-9). Puolangan diabetesneuvolassa ryhmäohjausta on toteutettu kokeiluluontoisesti erilaisille kohderyhmille. Puolangan diabetesneuvolassa eikä myöskään Kainuun maakunta-kuntayhtymässä ole vakiintunutta käytäntöä diabeetikoiden ryhmäohjaukseen.

Tietoa, taitoa, tukea ryhmässä -kehittämishanke toteutettiin seutu III:n kansanterveystyössä diabetespotilaiden hoidossa Kainuun maakunta-kuntayhtymässä. Seutu III on oma yhtenäinen yhteistyöalue Kainuun maakunta-kuntayhtymässä, alueena Hyrynsalmi, Puolanka ja Suomussalmi. Tavoitteena oli myöhemmin saada ryhmäohjausta laajennettua myös muihin kansanterveystyön potilasryhmiin. Nykyisin kansanterveystyö painottuu pitkäaikaissairauksien hoitamiseen ja ehkäisevä työ on vähäistä; painopistettä tulisi siirtää enemmän sairauksien ehkäisyyn (Nurkkala 2010, 21–22). Ryhmäohjauksella voidaan toteuttaa myös tehokkaasti kansansairauksien ehkäisevää työtä.

Ryhmäohjauksen kehittäminen toteutettiin tutkivan kehittämisen menetelmällä projektityönä. Kehittämistyön avulla luodaan uusia, parempia palveluja, tuotantovälineitä tai menetelmiä. Tutkiva kehittäminen perustuu aiempaan tutkimustietoon, käytännön kokemuksiin ja ammattilaisten kokemustietoon. (Heikkilä ym. 2008, 22.) Ryhmäohjausmallin luomiseen perustettiin työryhmä seutu III:n kansanterveyshoitajista. Työryhmä tuotti mallin tyyppin 2 diabeetikoiden moniammatilliseen ryhmäohjaukseen tutkimustietoon (kirjallisuuskatsaukseen) ja hoitajien tietoon ja kokemukseen perustuen. Moniammatillinen ryhmäohjaus toteutettiin vastasairastuneille tyyppin 2 diabeetikoille 10/2011-2/2012 välillä. Ryhmäohjauksen jälkeen kerättiin tietoa ryhmäohjauksesta ryhmähaastatteluilla ryhmäohjaukseen osallistuneilta tyyppin 2 diabeetikoilta sekä ryhmien ohjaajilta toteutetusta ryhmäohjauksesta. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Tutkimuksen tuloksia

voidaan hyödyntää ryhmäohjauksen kehittämisessä omalla alueellamme mutta myös muualla kansanterveystyössä. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää tyyppin 2 diabeetikoiden ryhmä- ja yksilöohjauksessa sekä hyödyntää diabetespotilaiden ohjauksen suunnittelussa ja diabeteshoitajien koulutuksessa. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää myös moniammatillisen yhteistyön ja verkostoitumisen kehittämisessä diabetespotilaiden hoidossa, joka edistää kollektiivista asiantuntijuutta. Ryhmäohjausta on tarkoituksena laajentaa myös muihin potilasryhmiin kansanterveystyössä. Tavoitteena on saada ryhmäohjaus osaksi päivittäistä työtä.

2 TYYPIN 2 DIABETEKSEN RYHMÄOHJAUKSEN KEHITTÄMISTYÖTÄ OHJANNUT TIETO DIABEETIKON HYVÄSTÄ OHJAUKSESTA

Tyypin 2 diabeetikoiden ryhmäohjauksia on toteutettu paljon ja niiden hyödyt ovat kiistattomat. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy ja hoito paranee ryhmäohjauksen avulla (Marttila ym. 2004, 5-9; Rissanen 2005,10; Koskinen 2007,13; Anttila 2008,6; Romo, 2004). Ryhmäohjaukseen ei ole kuitenkaan muodostunut perinnettä eikä se ole kasvanut osaksi ohjauskulttuuria. Hoidon ohjauskulttuuri on murroksessa. Ryhmäohjausta tulisi vakiinnuttaa ja kehittää edelleen. (Marttila 2010, 28-31.)

Tutkimusten mukaan ohjauksen saatavuus on riittämätöntä sekä ohjaamisen käytännöt ovat hajanaisia. Työntekijöiltä puuttuu asiantuntijatukea, resursseja sekä työjärjestelytukea. Terveystieteiden edistämistyötä tulisi integroida yli hallinto- ja toimialarajojen. (Kääriäinen 2007, 17; Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008, 31–37.) Hoidonohjauksen kehittämiseksi tarvitaan lisää tutkimusta, mutta myös saatujen tulosten hyödyntämistä käytännössä. Terveystieteiden koulutuksessa tulisi kiinnittää huomiota ohjauksessa käytettävien menetelmien hallintaan ja ohjauksen jatkuvaan kehittämiseen. Kehittäminen edellyttää riittäviä resursseja, kehittämisosaamista, kiinnostusta ja myönteistä asennetta. Hoidonohjauksen monipuolinen kehittäminen on keskeistä hoidon laadun kehittämisessä. Hoidonohjaukselle asetettavat vaatimukset kasvavat ja muuttuvat koko ajan diabeteksen hoidon kehittyessä. Tutkimusnäytön ja hoitosuosituksen aktiivisen ja asiantuntevan käytön tarve kasvaa. Näyttöön perustuva toiminta tarkoittaa parhaan ajantasaisen tiedon harkittua ja systemaattista käyttöä asiakkaan/potilaan hoidossa ja ohjauksessa. Se tarkoittaa myös ammatillisen kokemuksen yhdistämistä parhaaseen tieteelliseen näyttöön. Hoidon ja hoidonohjauksen kehittäminen on haaste niin yksittäiselle hoitajalle kuin myös hoito-organisaatioille. (Kotisaari, Olli, Rintala & Simonen 2008, 167-170.)

2.1 Tyypin 2 diabetes

Diabetes mellitus eli sokeritauti on sokeriaineenvaihdunnan häiriö, joka ilmenee kohonneena veren sokeripitoisuutena. Kohonnut verensokeripitoisuus johtuu joko insuliinihormonin puutteesta tai sen heikentyneestä toiminnasta. Diabetes jaetaan karkeasti kahteen päätyyppiin ja lisäksi esiintyy erilaisia alatyyppejä, joille on yhteistä kohonneena verensokeripitoisuutena ilmenevä

sokeriaineenvaihdunnan häiriö. Tyypin 1 diabetes on insuliinipuutos- eli nuoruustyyppin diabetes. Tyypin 2 diabetes on aikuistyyppin diabetes, joka puhkeaa yleensä aikuisilla ihmisillä. Tyypin 2 diabeteksessa insuliinintuotanto vähenee hitaasti ja sen vaikutus on heikentynyt (insuliiniresistenssi) (Lahtela 2008, 11-13). Kahdeksan kymmenestä tyypin 2 diabeetikosta sairastaa metaboolisen oireyhtymän aineenvaihdunnan häiriötä (MBO), johon kuuluu kohonneen verensokerin lisäksi kohonnut verenpaine sekä rasva-aineenvaihdunnan häiriöitä, lisääntynyt veren hyytymistai-pumus, keskivartalolihavuus, ja usein myös kihti. (Ilanne-Parikka, Kangas, Kaprio & Rönne-maa 2003, 8-12; Anttila 2008,7.)

Tyypin 2 diabetesta sairastavien määrä kasvaa voimakkaasti maailmassa koko ajan. Jopa puolet tyypin 2 diabeetikoista on diagnosoimatta tai 40% väestöstä sairastaa sen esiastetta. Diabeteksen hoidon merkitys korostuu lisäsairauksien ehkäisyssä. (Lahtela 2008, 11-13; Saaristo 2011, 24-25.) Tyypin 2 diabetes on vakava sairaus, jonka lisäsairaudet ovat myös vakavia ja kuormittavat huomattavasti terveydenhuoltoa, mutta ennen kaikkea tuottavat sairastuneelle henkilökohtais-ta kärsimystä. Lisäsairauksia voidaan ehkäistä tehokkaalla, kokonaisvaltaisella hoidolla, jossa on tärkeää potilasohjaus. Diabeetikon oma tietämys omaan terveyteen vaikuttamisesta on en-siarvoisen tärkeää, koska päätökset omaan terveyteen vaikuttamisesta tehdään arkielämässä, kuten liikunta ja ravitsemus. Diabeetikko tarvitsee kokonaisuuden hallintaan paljon tietoa ja taitoa. (Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008, 17-18; Turku 2008 ,41-44; Saaristo 2011, 28.)

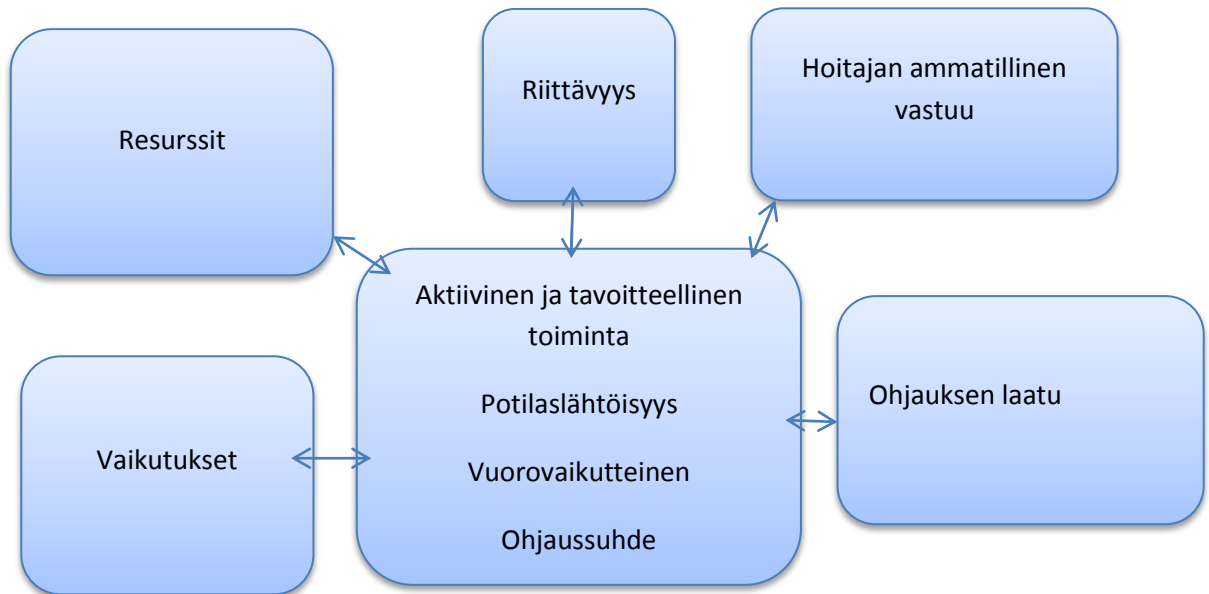
2.2 Potilaan ohjaaminen – kohti asiakaslähtöisiä palveluita

Laadukkaan hoidonohjauksen lähtökohtana on asiakaslähtöisyys. Se perustuu ihmisarvon kunnioittamiseen ja molemminpuoliseen arvostamiseen. Asiakaslähtöinen ohjaus lisää potilaan tyytyväisyyttä, hoitoon sitoutumista ja mahdollisuuksia osallistua hoitoonsa. Samalla se parantaa hoi-totasapainoa ja vähentää palvelujen tarvetta. (Kyngäs 2008, 27, 39.) Asiakaslähtöinen ohjaus perustuu asiakkaan yksilöllisten taustatekijöiden, kuten terveydentilan, iän, sukupuolen, käyttäy-tymisen ja perhetausta selvittämistä (Kääriäinen 2010, 30).. Laadukas hoidonohjaus määrittäy-sille asetettujen tavoitteiden ja käytettyjen menetelmien sekä saavutettujen tulosten kautta. Hoi-donohjauksen laadussa tulee hyväksyä sekä asiakastytyväisyyden tavoittelu että tehokkuus. Laadukas palvelutoiminta pyrkii kustannustehokkuuteen eli käytettävissä olevilla voimavaroilla saadaan mahdollisimman suuri hyöty. Diabeetikoiden hoidonohjauksen toteutumisesta tiedetään

edelleen vähän. Tutkimusten mukaan ryhmäohjaus on tehokasta ja taloudellista. Diabeteshoitajien valmiuksia ryhmien ohjaamiseen tulee parantaa. Tutkimusten mukaan diabeetikot pääsevät vielä vähän vaikuttamaan omaan hoitoonsa ja hoidonohjauksensa suunnitteluun. Hoidonohjausta tulee arvioida myös asiakaspalautteiden avulla. (Kotisaari ym. 2008, 155–166.)

Potilaan ohjausta on tutkittu paljon hoitotieteessä, mutta tieto on edelleen hajanaista liittyen ohjaus-käsitteen käytön moninaisuuteen (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 251). Jo Florence Nightingale:n aikana 1800-luvulla tunnistettiin ohjaus-käsite, sillä sen merkitystä korostettiin potilaiden perustarpeiden hoidossa. Nykyisin ohjausta pidetään yleisesti yhtenä hoitotyön toimintona ja olennaisen osana potilaan asianmukaista ja laadukasta hoitoa. (Kääriäinen 2007, 19.) Potilaan ohjaaminen perustuu myös lainsäädäntöön. Potilaalla on oikeus saada tietoa omasta terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, vaikutuksesta sekä siihen liittyvistä seikoista. Potilaalla on oikeus osallistua päätöksentekoon omasta hoidostaan, johon hän tarvitsee oikeaa tietoa päätösten perusteiksi. Lait myös antavat hoitotyöntekijöille velvollisuuden pitää yllä riittävää ja tarvittavaa ammattitaitoa potilaan hoitamisessa. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 13-17.)

Ohjaus ilmenee ammatillisena toimintana tai prosessina. Ohjaus voidaan ajatella neuvonnan, opetuksen ja tiedonantamisen rinnakkaiskäsitteeksi tai synonyymiksi. Ohjauksessa tulee ottaa huomioon juridiset, filosofiset, eettiset ja teoreettiset lähtökohdat. Käsitteenä ohjaus on dynaaminen, kontekstisidonnainen ja muuttuva. Perinteisessä mielessä ohjauksessa korostettiin potilaan ongelmia, kognitiivisuutta, ohjauksen yksilöllisyyttä sekä potilaan passiivisuutta ja hoitohenkilökunnan asiantuntijuutta. Myöhemmin ohjauksessa on painotettu henkilökohtaisten merkitysten löytämistä sekä jaettua asiantuntijuutta potilaan ja hoitohenkilöstön välillä sekä potilaan vastuuta toiminnastaan. (Kääriäinen 2008, 25-28.) Kääriäinen (2007) on määritellyt ohjauksen potilaan ja hoitohenkilöstön kontekstiin eli taustatekijöihin sidoksissa olevaksi, vuorovaikutussuhteessa rakentuvaksi, aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi. Kääriäisen (2007) mukaan ohjauksen laatu on hoitohenkilöstön ammatilliseen vastuuseen perustuvaa, potilaan ja hoitohenkilöstön kontekstiin sidoksissa olevaa, vuorovaikutuksessa rakentuvaa, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on toteutettu asianmukaisin resurssein ja on riittävää ja vaikuttavaa (Kuvio 2). (Kääriäinen 2007, 5.)



KUVIO 1. Potilasohjauksen hypoteettinen laatumalli (Kääriäinen 2010)

Perinteistä asiantuntijan antamaa henkilökohtaista ohjausta käytetään eniten terveydenhuollossa diabeetikoiden elämäntapamuutosta tukevana ohjauksena. Pitkäaikaissairaiden hoidossa on tuotava yksilöhoidon rinnalle ryhmätoimintaa, joka hyödyntää hoidon resursseja hyvin sekä tukee pitkäaikaissairauden sopeutumisprosessia vertaistuen avulla. Ryhmäohjauksen tulisi olla normaalia toimintaa elintapamuutosten tukemisessa. Hoidon ohjauksen kehittämiskeinoja ovat koulutus, yhteistyö, kokemusten vaihto ja tutkimustiedon hyödyntäminen. (Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008, 31–37; Aarne, Koski, Huttunen, Bierganns, & Telford, 2011, 13.) Nykyisiä toimintatapoja ja resurssien käyttöä tulisi arvioida sekä uusia tehokkaita ja matalalla kustannuksella toimivia opetusohjelmia tulisi kehittää, jotka on yksilöity tyypin 2 diabeteksen ohjaamiseen. Tutkimuksissa on todettu pitkäaikaisen ja intensiivisen ohjauksen tuottavan merkittäviä tuloksia, myös pysyviä muutoksia elintapoihin. (Marttila ym. 2004, 5-9; Rissanen 2005,10; Koskinen 2007,13; Anttila 2008,6; Romo, 2004,11.12.11.)

2.2.1 Diabeetikon omahoidon ohjaus

Diabeteksen hoidon lähtökohtana on päivittäinen omahoito, joka vaatii diabeetikolta tietoa, taitoa, jaksamista, motivaatiota sekä valintoja ja päätöksentekokykyä arkielämässä. Diabetesta sairasta-

van omahoito, tietotaito, hoitoedellytykset ja -asenteet vaikuttavat hoitotulokseen ja sairauden etenemiseen. Omahoitoon motivoituminen on hyvän hoitotasapainon ja täysipainoisen elämän edellytys, johon diabeetikko tarvitsee hoidonohjausta, kannustusta ja tukea. (Lahtela 2008, 24-25). Hoidonohjaus tukee diabeetikon oppimisprosessia, jossa diabeetikon tiedot ja taidot lisääntyvät ja vahvistavat vastuun ottamista omasta hoidostaan. Hoidonohjaus on olennainen osa kokonaisvaltaista hoitoa, joka on jatkuva, suunnitelmallinen prosessi. Se sisältyy kaikkiin ammatillisiin hoitokontakteihin, joissa diabeetikko kohdataan. Laadukas hoidonohjaus on diabeteksen hoitoon liittyvien asioiden ammatillista ja tavoitteellista käsittelyä tasavertaisessa vuorovaikutussuhteessa ohjattavan ja ohjaajan välillä. (Diabeetikoiden hoidonohjauksen laatukriteerit Suomen DESG ry:n laatukriteerityöryhmä 2003, 3: Funnel 2009, 20-22.)

Diabeetikko tuntee parhaiten itsensä, elämäntilanteensa ja on oman hoitonsa paras asiantuntija. Diabeetikon hoidonohjauksessa korostetaan omaa vastuuta. Diabetes on pitkäaikaissairaus, jonka hoidossa sairastuneen oma toiminta, sitoutuminen elintapamuutoksiin ja lääkehoitoon, on ensiarvoista hoitotuloksen kannalta. Terveystieteiden vastuulle kuuluu tarvittavien tietojen ja taitojen antaminen sekä otollisen ilmapiirin luominen. Ohjaustilanteessa hoitaja ja lääkäri tuovat oman asiantuntemuksensa ja potilas omaa arkea koskevan asiantuntijuuden ohjaustilanteeseen. (Nuutinen 2005,42; Ilanne-Parikka 2010, 5). Hoidonohjauksessa pyritään saavuttamaan yhteinen ymmärrys hoidosta ja sen tavoitteista. Tavoitteena on tunteiden, asenteiden ja käyttäytymisen muutosten edistäminen, päätöksenteon oppiminen, sosiaalisten suhteiden muuttaminen sekä selviytymiskyvyn ja elämänlaadun paraneminen. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 255; Kyngäs 2008, 27; Ruuskanen 2008, 63.)

2.2.2 Diabeetikon hoidonohjauksen kriteerit

Hoidonohjaus perustuu diabeetikon ohjaustarpeen arviointiin ja tavoitteena on diabeteksen hoidon hallinta ja elämänlaadun säilyttäminen sekä optimaalinen diabetestasapaino. Diabeetikko itse on keskeisin tarpeiden arvioija ja tavoitteiden asettaja. (Diabeetikoiden hoidonohjauksen laatukriteerit Suomen DESG ry:n laatukriteerityöryhmä 2003, 4,5.) Laadukas hoidonohjaus määrittyy tavoitteiden, käytettyjen menetelmien sekä saavutettujen tulosten kautta. Tavoitteet ovat samat kuin diabeetikon hyvällä hoidolla. Hoidonohjauksen laatua arvioidaan arvioimalla tavoitteiden toteutumista tai toimintaa. Hoidonohjauksessa tulee hyväksyä sekä asiakastyytyväisyys että te-

hokas toiminta. Terveydenhuollossa laatu nähdään sekä asiakaslähtöisesti että tuotantolähtöisesti, jossa on tavoitteena omahoidon hallinta ja lisäsairauksien ehkäisy. (Winel 2008, 155-157.)

DEHKO:n työryhmä (2003) on laatinut diabeetikon hyvälle hoidonohjaukselle kriteerit. Sen mukaan hyvä hoidonohjaus on yksilöllistä, asiakaslähtöistä, diabeetikon tarpeista lähtevää ja diabeetikon ehdoilla etenevää, tunteet huomioivaa ohjausta. Se ottaa huomioon diabeetikon yksilölliset voimavarat ja yksilölliset oppimiseen vaikuttavat tekijät. Siinä annetaan vastuu diabeetikolle ja luotetaan hänen kykyihinkin. Ohjaaja on diabeetikon käytössä oleva resurssi. Hyvä hoidonohjaus on tasavertaista diabeetikon rinnalla kulkemista. Siinä sovitaan yhteisistä tavoitteista ja hoitokeinoista sekä hoidon toteuttamisesta hoitotiimissä. Hyvä hoidonohjaus perustuu nykyaikaisiin oppimisen ja ohjaamisen periaatteisiin ja soveltaa eri kohderyhmille ja yksilöille sopivia menetelmiä ja lähestymistapoja. Voimavarasuuntautunut toimintatapa (empowerment-filosofia) diabeteksen hoidossa ja hoidonohjauksessa lähtee siitä, että diabeetikot tekevät päivittäin omaa hoitoaan koskevia valintoja. (Diabeetikoiden hoidonohjauksen laatukriteerit Suomen DESG ry:n laatukriteerityöryhmä 2003, 4,5.)

Diabeetikon hoidonohjaus on moniammatillista tiimityötä, johon osallistuvat diabeteshoitaja ja lääkäri sekä käytettävissä olevien resurssien mukaan muita ammattilaisia (Diabeetikoiden hoidonohjauksen laatukriteerit Suomen DESG ry:n laatukriteerityöryhmä 2003, 4). Moniammatillinen työryhmien kehittäminen on tarpeen, sillä ne mahdollistavat diabeetikon kokonaisvaltaisen laadukkaan hoidon ja turvaavat hoidon laajan osaamisen. Jokainen työryhmän jäsen tuo työryhmään oman erityisosaamisen ja jakaa sen niin asiakkaalle kuin työryhmälle. (Kotisaari ym. 2008, 179,183.) Hoidonohjauksen monipuolinen kehittäminen on keskeistä kun tavoitellaan hyvää ja laadukasta ohjausta. Tarve hoitosuosittelun ja tutkimusnäytön aktiiviseen ja asiantuntevaan käyttöön kasvaa jatkuvasti. Hoidonohjauksessa tarvitaan tilaa luovuudelle ja uusien käytäntöjen keksimille, mikä luo haasteita työorganisaatioille. (Kotisaari ym. 2008, 167; Funnell 2009, 21.) Nykysäilyksen mukaan hoidonohjauksessa ei hoideta pelkästään diabetesta vaan henkilöä, jolla on diabetes. Diabetesta tulee hoitaa elämäntapana, joka vaikuttaa kaikilla elämänalueilla. (Turku 2008, 41.) Selkeän työnjaon ja esimiehen tuen puuttuminen ovat esteitä laadukkaalle ohjaukselle. Työn kokonaisuuden arvioinnissa ja toiminnan rajauksissa tarvitaan esimiehen tukea. (Kotisaari ym. 2008, 179,183.)

2.2.3 Ryhmäohjaus

Ohjaus voi olla yksilö- tai ryhmäohjausta. Ohjausmuodot täydentävät toisiaan, ja molemmilla on oma tehtävänsä ja omat etunsa. Ne eivät sulje toisiaan pois, vaan ovat toisiaan täydentäviä omahoidon tukimuotoja. Ryhmä- ja yksilöohjauksen joustava yhdistäminen vähentää ohjauksen kokonaistarvetta ja lisää vaikuttavuutta. (Anttila 2008, 11; Funnell 2009, 20.) Ryhmän tunnusmerkkejä ovat tietty koko, tarkoitus, säännöt, vuorovaikutus, työnjako, roolit ja johtajuus (Niemi 2007, 16).

Ryhmäohjaus on käyttökelpoinen jokapäiväiseen kliniseen hoitoon. Sen avulla voidaan säästää kustannuksia, parantaa metaboolista tasapainoa, lisätä tietoa diabeteksestä, edistää elämäntapamuutoksia sekä parantaa elämänlaatua. (Anttila 2008, 11,12.) Ryhmäohjaus työmenetelmänä vahvistaa diabeetikoiden itsehallintaa terveydenedistämässä, sillä se edistää sopeutumista pitkäaikaissairauteen ja omahoidon oppimista (Marttila 2010, 28). Ryhmäohjauksen toteuttaminen perusterveydenhuollossa edellyttää uusien työmenetelmien kehittämistä, sillä ryhmäohjaus on edelleen vähän käytössä systemaattisena työmenetelmänä (Winel 2010, 40). Potilaskeskeisen ohjauksen ja tiimityön kehittäminen sekä henkilöstön asenteiden muuttaminen ja pätevyyden lisääminen auttavat kehittämään diabeteksen hoito-organisaatiota. (Anttila 2008, 11,12.)

Ryhmäohjaus on tehokasta, koska ryhmäohjauksella annetaan samanaikaisesti usealle asiakkaalle laadullisesti yhtenäinen tietopohja (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 86-87; Marttila 2010, 29; Suurnäkki ym. 2010, 39). Ryhmäohjauksessa on itse työskentelymuotoon, ryhmään perustuvia etuja. Ryhmässä luova toiminta on yhteistä luomista, erilaisuus ja vastakohtaisuudet ovat käyttövoima (Niemi 2007, 177). Ryhmä tarjoaa mahdollisuuden vertaiskokemusten vaihtamiseen ja käsittelemiseen sekä tukee tiedon prosessointia, joka edistää käyttäytymismuutosten toteuttamista. Jäsenet voivat yhdessä keskustella ja arvioida mahdollisia käytännön sovellutuksia ryhmälle hyödyntäen saatua tietoa. Ryhmässä on mahdollisuus yhteiseen asiaan liittyvien kokemusten, tunteiden ja ajatusten jakamiseen sekä vertailuun. Ryhmässä voidaan käsitellä sekä onnistumisen että epäonnistumisen kokemuksia. Ryhmä käsittelee uutta tietoa sitoen siihen jäsenten merkityksiä kokemuksista ja näin edistää omahoidon tietorakenteen omaksumisen osaksi omaa arkea. (Marttila 2010,28.) Ryhmän jäsenet välittävät toisilleen malleja ja sijaiskokemuksia, jotka vertaisaseman perusteella voivat olla vahvempia kuin ammattihenkilöiden tarjoamat (Marttila ym. 2004, 5-9; Anttila 2008, 11).

Ryhmäohjaustilanteet edistävät tuloksellista oppimista, sillä ne ovat teemallisia omahoidon toteutumiseen ja tukemiseen tähtääviä ryhmiä. (Marttila 2010, 29.) Oppimisprosessia voidaan tukea oppimistehtävillä. Ryhmäohjaukselle sovitaan yhteiset tavoitteet, joihin kaikki sitoutuvat. Ryhmän toiminnan kannalta on hyvä olla riittävän tiiviit tapaamiset. (Poskiparta 2008, 100.) Teoreettinen tieto yhdistettynä käytännön tietoon yksilöllisellä ja yhteisöllisellä tasolla luovat perustan ryhmädynamiikalle. Se ilmenee ryhmän sisäisenä voimana ja syntyy jäsenten vuorovaikutuksessa. Suositeltava ryhmäkoko on pieni, 6-8 henkilöä. Liian ison ryhmän kommunikaatiota on vaikea hallita ja liian pienessä ryhmässä näkökulmat jäävät liian suppeiksi. Ryhmäohjauksessa ryhmän ohjaajan vastuulla on ryhmän jäsenen kommunikaation virittäminen ja avoimen, luottamuksellisen ilmapiirin luominen. Ohjaajilta edellytetään herkkyyttä ryhmän jäsenten tuntemuksien havaitsemiseen ja hyödyntämään diabeetikoilta saatua palautetta. Kyetäkseen tehokkaasti herättämään käyttäytymismuutosmotivaatiota ohjaajan on huomioitava asiakkaiden arkielämään liittyvät tekijät, jotka vaikuttavat heidän tapoihin ja tottumuksiin. (Niemistö 2007, 57,67; Anttila 2008, 13,14; Marttila 2010 29-30.)

Ryhmäohjaus vaatii resurssointia. Ryhmällä täytyy olla ohjaaja tai mielellään ohjaajapari. Ohjaajapari takaa yhtä ohjaajaa paremmin ryhmän jatkuvuuden ja antaa mahdollisuuden yhteiseen suunnitteluun, arviointiin ja kehittämiseen. Ryhmäohjauksen pohjaksi tarvitaan suunnitelma ja kukin tapaaminen vaatii erillisen valmistelun ja jälkiarvioinnin. Ohjaajan tulee selvittää, millainen ryhmä on ja mitkä ovat tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseen. Ryhmän ohjaajalta edellytetään tietojen ja taitojen käytäntöön soveltamista, oman toiminnan reflektointia sekä tietoista halua kehittää itseään ryhmäohjaajana. (Marttila ym. 2004, 5-10; Anttila 2008, 11–12.) Ryhmäohjauksen kehittämistä ei ole riittävästi arvostettu organisaatioissa, jolloin siihen ei ole osoitettu riittävästi resursseja. Nykyinen teknologia ja uudet välineet tarjoavat uusia mahdollisuuksia hoidonohjaukselle, jonka avulla ryhmäohjausta voi toteuttaa joustavasti ja monipuolisesti. Uusi teknologia antaa tilaa luovuudelle, jota hoidonohjauksessa tulee hyödyntää. (Marttila 2010, 30.) Toimintakulttuurin muutos edellyttää johdon vahvaa sitoutumista ja organisaation johtamiskäytäntöjen on tuettava uusia toimintatapoja. (Suurnäkki ym. 2010, 43–44.)

3 TIETOA, TAITOA, TUKEA -RYHMÄSSÄ – KEHITTÄMISHANKE

Tämä ryhmäohjaus/kehittämishanke toteutettiin tutkimuksellisen kehittämistoiminnan menetelmällä projektityönä. Kehittämistoimintaan liittyviä menetelmiä on runsaasti, esimerkiksi projektin hallinnan työkaluja sekä ryhmätyömenetelmiä. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa käytännön kysymykset ohjaavat tiedon tuotantoa. Kehittämistoiminnalla pyritään konkreettiseen muutokseen, löytämään parempia toimintatapoja työhön tieteellistä tietoa hyödyntäen. (Toikko & Rantanen 2009, 22–23.)

Kehittämistyön avulla tuotettiin tyypin 2 diabeetikoille moniammatillisen ryhmäohjausmallin projektityönä, joka arvioitiin laadullisella tutkimuksella. Kehittäminen on prosessi, jonka tavoitteet on määritelty ja se on suunniteltu huolellisesti sekä toteutetaan suunnitellusti (Toikko & Rantanen 2009, 1-2).

3.1 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta

Käsitteenä kehittäminen on laaja. Kehittämistoiminta voidaan määritellä esimerkiksi tuotekehityksen, palvelujen, työyhteisöjen, menetelmien sekä oman työn kehittämiseksi. Perinteisesti kehittämistoiminta ymmärretään suunnitelmalliseksi eteneväksi toiminnaksi. Projektityön näkökulmasta kehittäminen on rajattu ajallisesti organisoiduksi prosessiksi, joka etenee suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin, kuten tässä projektissa opinnäytetyön avulla. Kehittämisessä yhdistetään tutkimus ja kehittäminen. (Toikko & Rantanen 2009, 1-2.)

Kehittämistyössä haettiin aiempaa tietoa tyypin 2 diabeetikoiden ryhmäohjauksista kirjallisuuskatsauksen avulla. Saatua tietoa hyödynnettiin ryhmäohjauksen suunnittelussa. Tietoa kerättiin myös toteutetusta ryhmäohjauksesta haastattelemalla ryhmiin osallistujia sekä ryhmien ohjaajia ryhmäohjausten jälkeen. Kehittävällä tutkimuksella pyritään sekä tiedon tuotantoon että kehittämiseen. Kehittämistoimissa hyödynnetään aiempaan tutkimus- ja kokemustietoon perustuvia malleja, joita arvioidaan ja kehitetään. (Toikko & Rantanen 2009, 4.) Kehittämistoiminta tähtää ensisijaisesti konkreettiseen muutokseen, joten metodeilla ei ole kehittämistoiminnan kohdalla yhtä keskeistä roolia kuin tieteellisen tutkimuksen yhteydessä. Tarvitaan integroitua näkemystä,

jossa yhdistyy projektityön käytännöllinen tavoitteellisuus sekä tieteellisen ajattelun kriittisyys ja systemaattisuus. (Toikko & Rantanen 2009, 10.)

Kehittämistyössä seutu III:n kansanterveystyöntekijät muodostivat työryhmän, joka suunnitteli moniammatillisen ryhmäohjauksen tyyppin 2 diabeetikoille. Näin he olivat itse kehittämässä ja arvioimassa omaa työtään. Toimijoiden osallistamisella pyritään toimijoiden sitouttamiseen. Menetelmänä voi olla muutoslaboratorio tai demokraattinen dialogi. Työryhmämme toimi dialogisesti. Tiedontuotannon menetelmät, erilaiset taustaselvitykset ja prosessin aikainen tiedontuotanto ovat keskeisiä kehittämisprosessissa sekä arviointi kuuluu olennaisena osana kehittämistoimintaan. (Toikko & Rantanen 2009, 9.) Kehittämistyön ja ryhmäohjauksen toteutumista arvioitiin ryhmäohjauksen jälkeen laadullisella tutkimuksella.

3.1 Projekti työn kehittämisen välineenä

Kehittämistehtävä toteutettiin projektityönä. Projekti sana tarkoittaa ehdotusta, suunnitelmaa tai hanketta (Ruuska 2007, 18–20). Projekti on tavoitteiltaan selkeästi määritelty ja aikataulutettu tehtäväkokonaisuus, joka toteutetaan etukäteen määriteltyjen resurssien avulla. Se on tärkeä kehittämisen väline, esimerkiksi julkisiin palveluihin. Projektilla voidaan vahvistaa tutkimusta ja kehittää uusia toimintamalleja. (Silfverberg 2007, 13-21.)

Projektilla on kiinteä aikataulu ja budjetti ja sille on tyypillistä selkeä tavoite (Ruuska 2007, 18–20). Tällä projektilla oli tavoitteena kehittää tyyppin 2 diabeteksen ryhmäohjausta ja luoda malli tyyppin 2 diabeetikoiden ryhmäohjaukseen Kainuun maakunta -kuntayhtymässä seutu III:n kansanterveystyössä vuosina 2011–2012. Projekti edellyttää ryhmätyöskentelyä. Projekti on aina myös oppimisprosessi, josta saatua kokemusta tulisi hyödyntää myöhemmin. (Ruuska 2007, 18–20.) Tyyppin 2 diabeteksen ryhmäohjausprojekti oli moniammatillinen, jonka tuloksia voidaan hyödyntää myöhemmin myös muussa kansanterveystyössä seutu III:n alueella. Projekti voi olla sisäinen tai ulkoinen kehittämishanke. (Ruuska 2007, 18-20.) Tämä projekti toimi sisäisenä kehittämishankkeena, johon ei palkattu ulkopuolisia asiantuntijoita. Projektia käytetään muutosjohtamisen välineenä, kuten tässä toiminnan muuttamisen välineenä (Ruuska 2007, 18-20).

3.2 Kehittämistyön kohderyhmä ja hyödynsaajat

Diabeetikoiden ryhmäohjauksen kehittäminen on tärkeää, koska sairastuneiden määrä kasvaa (Lahtela 2008, 11-13; Saaristo 2011, 24-25). On tärkeää sairastuneiden määrästä huolimatta, että diabeetikot saavat tarpeellisen tiedon omasta sairaudestaan ja sen hoitamisesta (Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008, 31-37; Mbanya 2009, 3). Kansanterveystyön resurssit ovat niukat, jolloin työmenetelmiä tulee muuttaa (Nurkkala 2010, 21). Diabeetikoiden ryhmäohjauksen kehittämisen auttaa ennen kaikkea diabeetikoita seutu III:n alueella, mutta myös alueen kansanterveyshoitaja ja lääkäreitä resurssien paremmalla kohdentamisella.

Ryhmäohjauksen avulla tyypin 2 diabeetikoiden tietämys sairaudesta paranee ja sitä kautta näkyy parempina hoitotasapainoina (Anttila 2008, 11, Funnell 2009, 20). Tyypin 2 diabeteksen parempi hoito näkyy kansantaloudellisena asiana, sillä hoitokustannukset vähenevät (Lipponen ym. 2006, 86-87; Marttila 2010, 29; Suurnäkki ym. 2010, 39). Ryhmäohjauksmallin kehittämisellä on merkitystä laajemmin, sillä sitä voidaan hyödyntää myös muussa kansanterveystyössä. Nykyisin kansanterveystyö keskittyy sairauksien hoitamiseen. Ryhmäohjaus voi palvella paremmin myös ehkäisevää kansanterveystyötä.

Moniammatillinen ryhmäohjauksen kehittäminen toteutettiin omilla työresursseilla. Kainuun maakunta-kuntayhtymässä seutu III:n alueella ei ole vakiintunutta ryhmäohjaukskäytäntöä, joten projektilla saavutettiin merkittävää edistystä kansanterveystyön kehittämiseen. Tämä oli pilottihanke koko Kainuun maakunta-kuntayhtymässä. Ryhmäohjausprojektilla on myös työorganisaation kannalta merkitystä myöhemmin, jolloin työtä voidaan organisoida uudelleen, kun resursseja vapautuu.

3.3 Kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteet ja tuotokset

Kehittämistyö jakaantui neljään osaan. Ensimmäisessä osassa tehtiin kirjallisuuskatsaus aiemasta tiedosta tyypin 2 diabeteksen ryhmäohjauksista. Toisessa osassa työryhmä tuotti moniammatillisen tyypin 2 diabeteksen ryhmäohjauksmallin aikaisempaan tietoon ja omaan kokemukseen perustuen. Kolmannessa osassa toteutettiin ryhmäohjaus suunnitellun mallin mukaan. Neljännessä osassa arvioitiin ryhmäohjauksmallia ja sen toteutumista sekä kehittämistyön toteu-

tumista haastattelututkimuksen avulla. Arvioinnin perusteella ryhmäohjausmallia kehitettiin asiakaslähtöisesti.

Projektin toiminnallisena tavoitteena oli tuottaa ryhmäohjausmalli tyyppin 2 diabeetikoille seutu III:n kansanterveystyöhön Kainuun maakunta-kuntayhtymässä. Ryhmäohjausta ja kehittämistyötä arvioitiin haastattelututkimuksella, jonka tarkoituksena oli tuottaa tietoa ryhmäohjauksen kehittämiseen asiakaslähtöisesti. Tulostavoitteena oli kehittää toimiva, asiakaslähtöinen, ryhmäohjausmalli jokapäiväiseen kansanterveystyöhön. Lisäksi tarkoituksena oli tuottaa kokemustietoa ryhmäohjausmallista sen kehittämiseksi asiakaslähtöisesti. Kehittämistehtävä eli projektin työ muodostui seuraavista vaiheista:

1. Aiemman tutkimustiedon hakeminen kirjallisuuskatsauksen avulla tyyppin 2 diabeteksen ryhmäohjauksista.
2. Ryhmäohjausmallin tuottaminen tyyppin 2 diabeetikoille seutu III:n kansanterveystyöhön Kainuun maakunta-kuntayhtymässä työryhmän avulla.
3. Tiedon kerääminen ryhmiin osallistuneilta ja ryhmien ohjaajilta kokemuksista ja kehittämistarpeista toteutetusta ryhmäohjauksesta laadullisella tutkimuksella ryhmäohjauksen kehittämiseksi asiakaslähtöisesti.
4. Ryhmäohjausmallin kehittäminen tyyppin 2 diabeetikoille Kainuun maakunta-kuntayhtymässä seutu III: kansanterveystyössä ryhmiin osallistujien ja ohjaajien kokemusten avulla.

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena oli:

Tuottaa kokemustietoa tuotetusta ryhmäohjausmallista sen kehittämiseksi asiakaslähtöisesti.

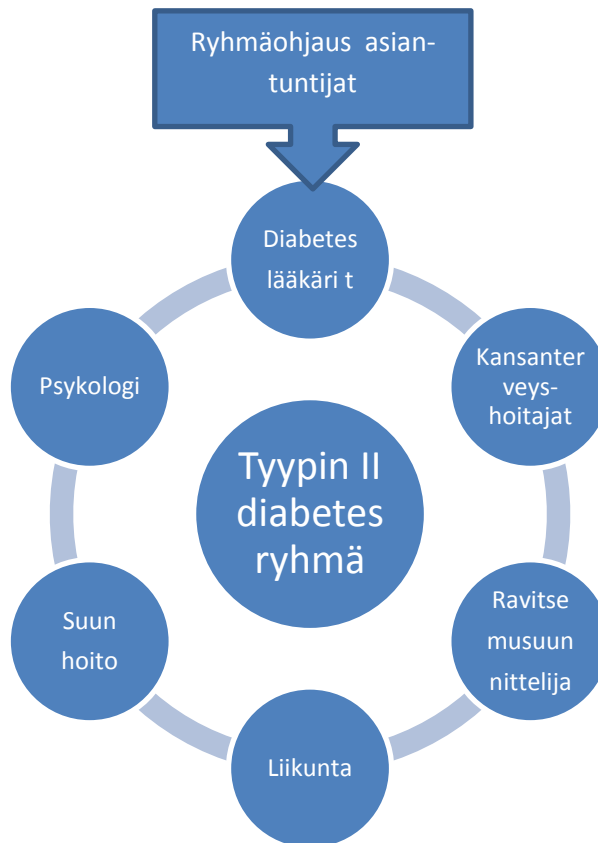
Kehittämistehtävän eli projektin tavoitteena oli kehittää toimiva, asiakaslähtöinen ryhmäohjausmalli tyyppin 2 diabeetikoille osaksi jokapäiväistä työtä seutu III:n kansanterveystyöhön Kainuun maakunta-kuntayhtymässä.

3.4 Projektin organisaatio ja johtaminen

Projektin sidosryhmien roolit ja vastuut tulee määrittellä selkeästi (Silfverberg 2007,59). Tyyppin 2 diabeteksen ryhmäohjausprojekti toteutettiin seutu III:n kansanterveystyössä Kainuun maakunta-kuntayhtymässä, jonka puolesta projektisuunnitelman hyväksyi tulosityksikön päällikkö, lääkäri Markku Nokkala ja osastonhoitaja Riitta Heikkinen. Terveystyöntekijä Raija Kaikkonen oli projek-

tipäällikkö ja vastasi projektin etenemisestä: suunnittelusta, toteuttamisesta ja arvioinnista. Hän toimi myös projektin yhdyshenkilönä. Raija Kaikkonen laati projektin loppuraportin opinnäytetyönä. Osastonhoitaja oli yhdyshenkilönä Kainuun maakunta-kunta-yhtymästä. Seutu III:n kansanterveyslaitajat muodostivat kehittämistyöryhmän, joka suunnitteli, osallistui työn toteuttamiseen ja arvioi kehittämistyötä.

Kehittämistyön toteuttamiseen ryhmäohjauksen ohjaajina kuuluivat eri alojen asiantuntijat: suunhoidon hoitajat, diabeteslääkärit, kansanterveyslaitajat, psykologi, psykiatrian erikoissairaanhoidaja, fysioterapian/liikuntatoimen työntekijät ja ravitsemussuunnittelija. Projektin ohjaust ryhmään kuuluivat yliopettaja, TtT Pirkko Sandelin ja yliopettaja, TtT Kaisa Koivisto sekä lehtori TtT Maija Alahuhta Oulun seudun ammattikorkeakoulusta sekä osastonhoitaja Riitta Heikkinen ja kansanterveyslaitajat seutu III:n kansanterveystyöstä Kainuun maakunta-kuntayhtymästä. Erikoislääkäri Pirkko Kauppinen toimi kehittämistyön lääketieteellisenä asiantuntijana (Kuvio 2).



KUVIO 2. Projektiorganisaatio: Tyypin 2 diabeteksen ryhmäohjauksen kehittäminen seutu III:n kansanterveystyössä Kainuun maakunta-kuntayhtymä v 2011–2012

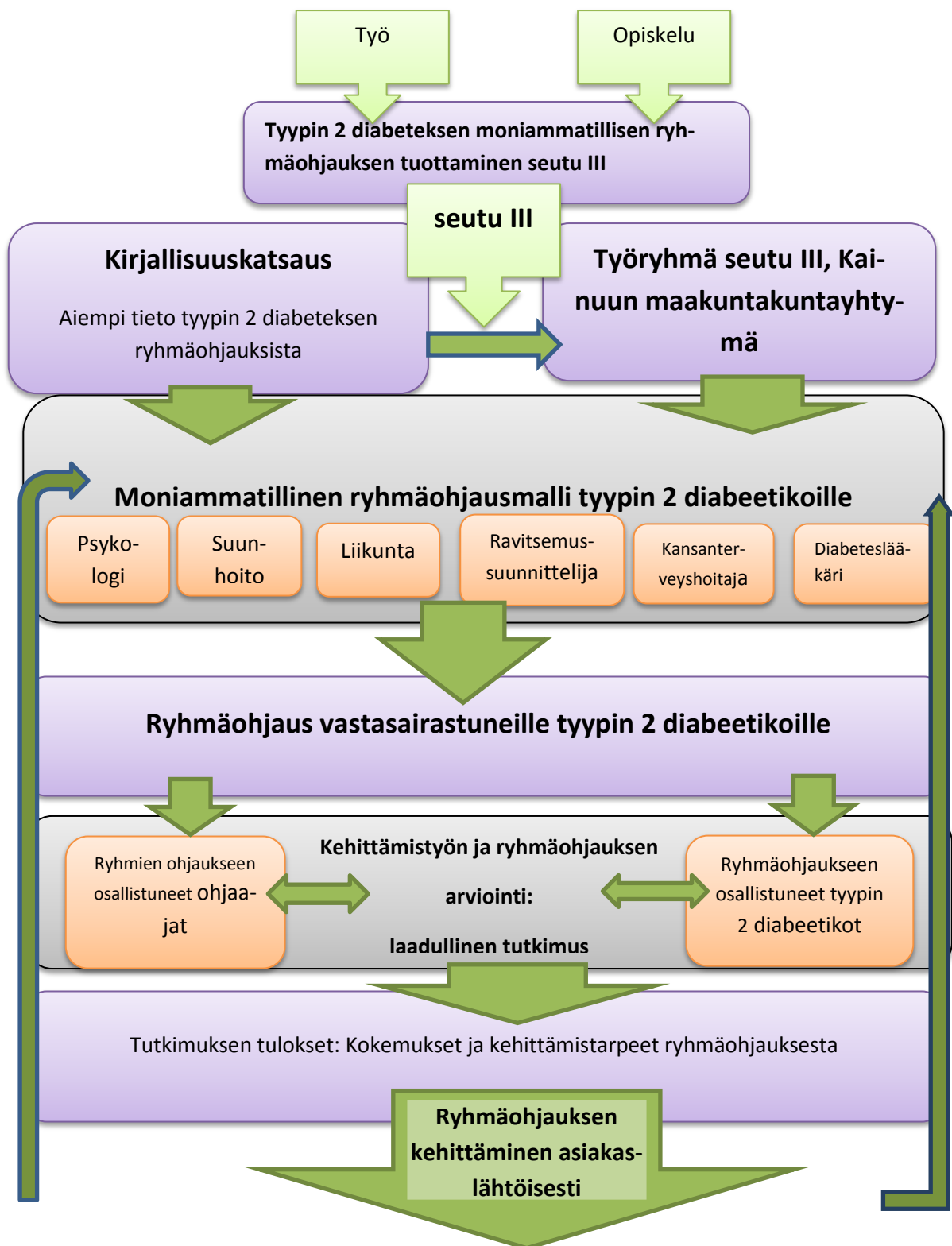
3.5 Projektin suunnittelu

Kehitystehtävän suunnittelu (*TAULUKKO 1*) alkoi hakiessani opiskelemaan Ylempää ammattikorkeakoulu-tutkintoa. Ryhmäohjauksen kehittämiseen oli ollut tarve jo pitkään johtuen terveystalvelujen kasvavasta tarpeesta ja siihen liittyvästä työmenetelmien kehittämistarpeesta (Nurkkala 2010; 21–26; Puska 2011). Sovimme seutu III:n vastaanottopalvelujen osastonhoitajan kanssa kehittämistehtävästä 4/2010. Hän halusi rajata alueeksi seutu III:n kansanterveystyön Kainuun maakunta-kuntayhtymässä. Näin sain mukaan työryhmän (seutu III:n kansanterveyshoitajat), jolla on paljon kokemusta diabeetikoiden hoidossa. Työryhmä antoi minulle kehittämistehtävään tuen ja yhteistyön, joka oli erittäin tärkeä ja antoisa työn aikana.

Työryhmällä oli laaja asiantuntemus, joka toi kokemusta ja erilaisia näkökantoja kehittämiseen. Kehittämistyössä oli myös aktiivisesti mukana osastonhoitaja. Työorganisaation tuki on merkittävä kehittämistyössä, ilman työorganisaation tukea kehittämistyötä ei voi tehdä (Kanste, 2011, 137).

TAULUKKO1. Projektin suunnittelu ja toteuttaminen

Toteuttaja	Sisältö	Aika
Terveydenhoitaja Raija Kaikkonen, Osastonhoitaja	Sopiminen kehittämisprojektista	4/2010
Osastonhoitaja, Terveydenhoitaja Raija Kaikkonen, seutu III:n kansanterveyshoitajat	Työryhmän muodostaminen seutu III:n kansanterveyshoitajien kanssa	2/2011
Osastonhoitaja, Terveydenhoitaja Raija Kaikkonen, seutu III:n kansanterveyshoitajat	Ryhmäohjauksen ja projektin suunnittelupalaverit	2-9/2011
Terveydenhoitaja Raija Kaikkonen, Seutu III:n vastaanottoimintojen tulosityksikön päällikkö, lääkäri, Osastonhoitaja	Projektisuunnitelma ja sen hyväksyminen	12/2011
Yliopettajat Kaisa Koivisto, Pirkko Sandelin, lehtori Maija Alahuhta		
Raija Kaikkonen	Kirjallisuuskatsaus tyypin 2 diabeteksen ryhmäohjauksista	1/2011
Työryhmä	Tyypin 2 diabeteksen moniammatillinen ryhmäohjausmalli	9/2011
Ryhmiä ohjaajat: diabeteslääkärit, kansanterveyshoitajat, suuhoidon hoitajat, psykologi, psykiatrian erikoissairaanhoitaja, ravitsemussuunnittelija, fysioterapeutti, erityisliikunnan ohjaaja, kuntahoitaja	Ryhmäohjauksen toteutus	10/2011-2/2012
Raija Kaikkonen, ryhmien ohjaajat, ryhmiin osallistujat, Yliopettajat Kaisa Koivisto, Pirkko Sandelin, lehtori Maija Alahuhta	Ryhmäohjauksen ja kehittämistyön arviointi, haastattelututkimus	02-05/2012



KUVIO3. Tyypin 2 diabeteksen ryhmäohjauksen kehittämisprosessi

4 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN

Aluksi tehtiin kirjallisuuskatsaus aiemmasta tiedosta tyypin 2 diabeteksen ryhmäohjauksista 1/2011. Sen tulosten ja oman kokemuksen ja tiedon perusteella työryhmä aloitti ryhmäohjausmallin kehittämisen huhtikuussa 2011. Työryhmä kokoontui kuusi kertaa ja moniammatillinen ryhmäohjausmalli valmistui syyskuussa 2011. Ryhmäohjaukset aloitettiin lokakuussa 2011 kaikissa kunnissa. Ryhmäohjaukset kestivät helmikuulle 2012.

Helmikuussa 2012 tehtiin tutkimukseen kuuluvat ryhmähaastattelut. Aineiston analysointi alkaa jo yleensä haastattelutilanteessa (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47). Varsinaisen aineiston analysointi tapahtui huhtikuussa 2012. Huhti- ja toukokuussa 2012 kirjoitettiin raporttia ja tuloksia.

4.1 Kirjallisuuskatsaus aiempaan tietoon tyypin 2 diabeteksen ryhmäohjauksista

Ensimmäinen vaihe kehitystehtävässä oli kartoittaa tyypin 2 diabeetikoiden ryhmäohjauksien aiempaa toteuttamista kirjallisuuskatsauksen avulla. Kirjallisuuskatsaus on tutkimusongelmaan liittyvän aiemman tutkimuksen kriittinen, tiivis katsaus. Kirjallisuuskatsaus muodostaa tutkimukselle teoreettisen taustan osoittaen, miksi tehtävä tutkimus on tärkeä ja miten se täydentää aiempia tutkimuksia. (Johansson & Axelin ym 2007, 47, 58.)

Kehittämiprojektin aiheena oli tyypin 2 diabeetikoiden ryhmäohjauksen kehittäminen, joten kirjallisuuskatsauksessa tavoitteena oli etsiä tutkimuksia tyypin 2 diabeetikoiden ryhmäohjauksesta. Haun valintakriteeriksi valittiin tutkimuskysymysten mukaan tyypin 2 diabeteksen ja tyypin 2 diabeetikoiden ryhmäohjauksen. Tuli esille, että diabeetikoiden ryhmäohjauksesta on paljon, jopa suomalaisia tutkimuksia. Esille haluttiin myös saada tutkittua tietoa potilaiden ohjauksesta. Aivan viime vuosina on Suomessa tehty paljon tutkimuksia hoidonohjauksesta, jota voi hyödyntää kehittämistyössä.

Hakusanoina käytettiin tyypin 2 diabetes, tyypin 2 diabeteksen ryhmäohjaus, diabe? AND vertaisry? ja englanninkielisinä hakusanoina diabetes group counsel, diabetes mellitus type 2, group processes, group education. Asiasanojen löytäminen oli vaikeaa. Esimerkiksi ryhmäohjausta ei ole lainkaan asiasanana, joten siirryin diabe? ja ryhm? sanoihin. Englannin kielisissä asiasanois-

sa counselling (ohjata), ei löytynyt myöskään tutkimuksia, jolloin siirryin käyttämään group education tai group processes (vertaisryhmä) sanoja, jotka löytyivät löytämieni tutkimusten asiasanalista. Tutkimukset rajattiin vuosiin 2000-2010.

Tietokannoiksi valittiin Linda, Medic, Medline, ja Aleksisearch. Tulokseksi saatiin 1260, joista valittiin nimen perusteella 39 lähdettä. Koko teksteiksi valittiin neljä (4) lähdettä. Kirjastossa etsittiin manuaalisesti Tutkiva hoitotyö-, Hoitotiede- ja Sairaanhoitaja-lehdet, joissa käsiteltiin aihetta. Artikkeleita löytyi kaikkiaan 35, joista valittiin nimen perusteella kaksi (2). Lisäksi sanomalehti Kalevassa oli uutinen oululaisesta diabetesryhmäohjaukseen perustuvasta väitöstutkimuksesta, joka valittiin mukaan. Aiemmin oli jo löytynyt ohjaamisesta väitöstutkimus, joka otettiin mukaan sekä yksi progradu-tutkimus, joka käsitteli diabeetikoiden ryhmäohjausta. Kaikkiaan tutkimuksia valittiin yhdeksän (9). Taulukko tutkimuksista löytyy liitteenä (Liite 1).

Näkemykset diabeteksen ryhmäohjauksen kehittämistarpeesta vahvistui kirjallisuuskatsauksen kautta. Asiakkaat kokivat saaneensa elintapojen muutoksen myötä parempaa terveyttä, toimintakykyä, itsetunnon kohoamista sekä sosiaalista selviytymistä (Alahuhta 2010, 5). Hoitajat arvioivat ryhmäohjauksen tärkeäksi, jota tulisi kohdentaa entistä aiemmin riskiryhmiin kuuluville asiakkaille. Hoitajat kokivat tärkeänä ryhmäohjauksen kehittämisen ja siihen resursoinnin. Perusterveydenhuollossa ollaan valmiita kehittämään toimintatapoja. Hyviä käytäntöjä ja malleja tulisi levittää ja vakiinnuttaa valtakunnallisesti. (Lehmusaho, Moilanen & Niskanen Kuopio 2009; Alen, Ebeling, Helanen, Järvi, Kujala, Määttä, Keinänen-Kiukaanniemi, Pesonen 2008, 5,21.)

Kirjallisuuskatsauksessa nousi esille DEHKO:n (Diabeteksen ehkäisy- ja hoidon kehittämissuunnitelma 2000-2010) raportit, joita löytyi useita. DEHKO:n kansallisessa diabetesohjelmassa on ollut uusien toimintamallien kehittäminen diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon. Ohjelman kuluessa on osoitettu, että uudet toimintamallit ovat tarpeen ja niillä on vaikuttavuutta. Toimintakäytäntöjen muuttaminen on kuitenkin hidasta ja muuttaminen vie aikaa. Jatkossa tarvitaan panostusta kehittämistyön johtamisen tukemiseen (Alen ym 2008, 5,21.) DEHKON raporteista ei käynyt selville, miten uudet toimintamallit jäivät käytännöksi DEHKO:n päättymisen jälkeen. Ryhmäohjauksen käytännön kokemuksissa tuli esille ryhmäohjauksen tarpeellisuus ja vaikuttavuus, mutta myös kehittämistarpeita, kuten toiminnan vakiinnuttaminen ja kehittäminen (Lehmusaho ym. 2009, 21.) Vakiintuneista käytännöistä ei löytynyt tietoa. Tämä lisäsi kehittämistyön aiheen merkittävyyttä. Ryhmäohjausta tulisi kehittää ja saada se osaksi jokapäiväistä työtä diabeetikoiden parissa sekä ehkäisevään työhön.

Jo aiempien tutkimusten perusteella on selkeästi osoitettu, että pitkäaikainen ja intensiivinen ohjaus tuottaa merkittäviä tuloksia, myös pysyviä muutoksia elintapoihin diabeteksen hoidossa ja ehkäisyssä. (Marttila ym. 2004, 5-9; Koskinen 2007,13; Rissanen 2005,10; Anttila 2008,6; Romo 2004). Tutkimustietoa on myös runsaasti siitä, millaiset elintapamuutokset ovat keskeisiä diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa (Louheranta & Uusitupa 2000, 3919-3921, Alahuhta 2010, 22-25).

4.2 Moniammatillisen tyypin 2 diabeteksen ryhmäohjausmallin tuottaminen seutu III:n kansanterveysystyöhön

Kirjallisuuskatsauksella oli saatu aiempaa tietoa tyypin 2 diabeetikoiden ryhmäohjausten toteuttamisesta. Esimiehen kanssa oli sovittu seudullisesta yhteistyöstä, jonka avulla saatiin ryhmäohjausmallin tuottamiseen arvokasta työn kautta tullutta kokemustietoa ja tietoa diabeetikon hoidon hyviksi havaituista käytännöistä. Seutu III:n kansanterveyshoitajat sitoutuivat ryhmäohjauksen kehittämistyöhön.

Työryhmän työ käynnistyi helmikuussa 2011. Työryhmän työskentely oli dialogista ja perustui osallistavaan kehittämiseen, jossa kaikki ryhmään kuuluvat saavat puhua ja tulla kuulluksi (Kokko & Koskimies 2007, 12–16). Tavoitteena oli saada asiantuntijatieto esiin ja löytää yhteinen näkemys tyypin 2 diabeteksen ryhmäohjauksesta kirjallisuuskatsauksen sekä työryhmän kokemustiedon avulla.

4.2.1 Työryhmän perustaminen

Seutu III:n kansanterveyshoitajat muodostivat työryhmän ryhmäohjausmallin kehittämiseen ja tuottamiseen. Koulutukseltaan he olivat terveydenhoitajia ja sairaanhoitajia. He olivat iältään 35-57-vuotiaita ja heillä oli työkokemusta kansanterveystyöstä ½- 17 vuoteen. Kehittävässä työntutkimuksessa käytetään usein osallistamisen periaatteita, jolla pyritään toimijoiden sitouttamiseen (Toikko & Rantanen 2009, 9). Siinä pääsevät ihmiset itse kehittämään heitä koskevia asioita, jolloin osallistaminen myös aktivoi uudistamaan ja kehittämään. Osallistamisella tuetaan demokratiaa ja tasa-arvoa. Osallistamisella pyritään oppimiseen ja yhteiseen näkemykseen asioista. Osallistamisen periaatteisiin liittyy läheisesti asiantuntijatiedon läsnäolo ja toimijoiden näkemysten esiin saaminen sekä ”ruohonjuuritason” asiantuntemuksen vahvistaminen. (Alasoini 2006,35–38; Kivipelto 2008, 24-26.)

Työryhmän työskentelymuotona oli dialoginen toiminta. Dialogisuus tarkoittaa vuoropuhelua, moniäänisyyttä, vastavuoroista vaikuttamista erilaisten osallistujien kesken, missä työskennellään verkostomaisissa yhteistyöpalavereissa. (Kokko & Koskimies 2007, 12-16.) Dialogi eroaa keskustelusta siten, että dialogissa haetaan ratkaisuja yhdessä ääneen ajatellen (Rautava 2006, 233). Palavereita voidaan käyttää yhteisen toiminnan suunnitteluun tai tilanteen kartoitukseen. Ne ovat asiakaslähtöisiä, ratkaisuja etsiviä palavereja, joissa haetaan uusia vaihtoehtoja toimia suunnitelmallisesti. Työmenetelmänä se on tasa-arvoista vuoropuhelua, jossa kaikki saavat puhua ja tulevat kuulluksi. Dialogissa etsitään yhdessä ratkaisuja ja voimavaroja sekä avataan uusia näköaloja ja toimintamahdollisuuksia. (Kokko & Koskimies 2007, 12-16; Honkanen 2010, 226.) Yhdessä tuotettu integroitu tieto on uutta kollektiivista tietoa ja asiantuntijuutta, joka on kaikkien toimijoiden käytössä, ja mikä tuottaa uutta ymmärrystä ja aktiivisuutta (Rautava 2006, 265).

4.2.1 Työryhmän työskentely ja ryhmäohjausmallin tuottaminen

Työryhmä kokoontui kuusi kertaa (TAULUKKO 2). Jokaisesta kokoontumisesta laadittiin muistio, joka jaettiin osallistujille. Kokoontumisiin osallistui 6-11 kansanterveyshoitajaa sekä ajoittain osastonhoitaja. Hän ei osallistunut kaikkiin kokoontumisiin. Työryhmän työskentely eteni kirjallisuuskatsauksen tuomasta tiedosta hoitajien kokemuksen kautta moniammatillisen ryhmäohjausmallin tuottamiseen. Kokoontumisissa oli myös varattu yksi aamupäivä teorian tietoon ohjaamisesta ja ryhmäohjauksesta.

TAULUKKO 2. Kehittämistyöryhmän työskentely

Pvm	Paikka	Aihe	Osallistujat
11.02.11	Rokua/Utajärvi	Työryhmän perustaminen	7
01.04.11	Suomussalmi	Kirjallisuuskatsauksen tulokset	8
24.05.11	Hyrynsalmi	Ryhmäohjausmallin työstäminen	8
09.09.11	Puolanka	Teoriatietoa ohjaamisesta/ryhmien ohjaamisesta Moniammatillisen ryhmäohjausmallin valmistuminen	11
30.09.11	Suomussalmi	Ryhmäohjausten organisointi	10
13.01.12	Hyrynsalmi	Ryhmäohjausten toteutumisen seuranta	6

Aluksi työryhmässä käsiteltiin kirjallisuuskatsauksen tuloksia. DEHKO:ssa on ollut projekteja, joissa on kehitetty diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon ryhmäohjausmalleja. Ryhmäohjauksia toteutettiin eri kohderyhmille, esimerkiksi painonhallintaryhmät, vastasairastuneet tyypin 2 diabeetikot, diabeteksen korkean riskin ehkäisyryhmät, liikuntaryhmät tyypin 2 diabeetikoille, ravitsemusterapeutin etävastaanotto-ohjausryhmä, elämäntapamuutos-ryhmät ja mielenterveyskuntoutujien ravitsemusryhmät. Ryhmäohjaukset olivat yleensä moniammatillisia. Joillakin paikkakunnilla ryhmäohjaus keskittyi pelkästään esimerkiksi liikunnanohjaukseen tai ravitsemukseen. Joillakin ryhmillä ohjaajana toimi pelkästään sairaanhoitaja/terveydenhoitaja. Yleensä ryhmien ohjaajat koostuivat eri asiantuntijoista, kuten lääkäri, liikunnanohjaaja, ravitsemussuunnittelija, psykologi ja kansanterveyshoitajat. Ryhmäohjaukset toteutuivat eri paikkakunnilla erilaisilla kokoonpanoilla. (Pesonen, Järvi, Määttä, Alatulkila, Jokelainen, Helanen, Orreveteläinen, Laitinen, Kultalahti, Rehula, Österman, Alen, Ebeling, Kesäniemi & Keinänen-Kiukaanniemi 2009, Liite 26; Lehmusaho ym. 2009, 78-101.)

DEHKO:n raporttien pohjalta ja pitkän työkokemuksen sekä tiedon perusteella kansanterveystajilla oli selkeä yhteinen mielipide seutu III:n ryhmäohjauksen suunnitelmasta: Seutu III:n ryhmäohjaus tulee suunnitella moniammatilliseksi eri asiantuntijatahoja hyödyntämällä. Pitkän kokemuksen ja tutkitun tiedon perusteella hoitajilla oli myös selkeä kuva ohjauksen sisällöistä. Tutkimustietoa on paljon siitä, millaiset elintapamuutokset ovat keskeisiä tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa (Louheranta & Uusitupa 2000, 3919–3921; Yamaoka, & Tango, 2005,

28:2780–2786; Alahuhta 2010, 22–25; Whiting 2010, 52–54). Diabeetikon hoidonohjauksen tavoitteena on mahdollistaa diabeetikon itsehoidon onnistuminen. Päämääränä on arkielämän sujuminen ja jokapäiväinen hyvinvointi ja turvallisuus sairaudesta huolimatta sekä lisäsairauksien ehkäisy. (Ruuskanen 2008, 63.) Merkittävimmät riskitekijät tyypin 2 diabeteksessa liittyvät käyttäytymiseen ja ympäristötekijöihin: liikunnan puutteeseen, liikapainoon, ja ruokailutottumuksiin (Koskinen 2007,8; Anttila 2008,6-7; Whiting 2010, 52-54). Ryhmäohjausmalliksi muodostui KU-VIO 4:n mukainen moniammatillinen malli.

Ryhmäohjaukseen osallistujiksi valittiin vastasairastuneet tyypin 2 diabeetikot (sairastumisesta alle yksi vuosi), koska tuolloin tiedon tarve on suurin. Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon tavoitteena on tehokas, varhainen hoito, jolla ehkäistään lisäsairauksia (Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008, 16). Moniammatillinen asiantuntijaryhmäohjaus turvaa laadukkaan, kokonaisvaltaisen ja laajan tietopohjan diabeetikolle (Kotisaari ym. 2008, 183). Terveystiedon edistämiseksi korostuu sektorien rajat ylittävä, moniammatillinen ja monitoimijainen yhteistyö, jossa pyritään nykyisin yhä enemmän verkostoitumaan. Yhteistyö verkostossa hyödyttää kaikkia osapuolia oppimisen ja kehittymisen välineenä, sillä osaaminen kumuloituu verkostossa. Yhteistyössä eri alojen ammattilaiset toimivat tavoitteellisesti ja vastaavat oman alansa erityisosaamisesta. Yhteistyötä pidetään tärkeänä, kun pyritään tukemaan asiakkaan osallisuutta ja voimavarakeskeistä palvelua. Moniammatillinen yhteistyö tukee myös työntekijän voimavaroja ja vahvistaa asiantuntijuutta. Yhteiset tavoitteet ja päämäärät lisäävät merkitystä yksittäisen työntekijän toimintaan. (Sirviö 2010, 144–145; Honkanen 2010, 214.)

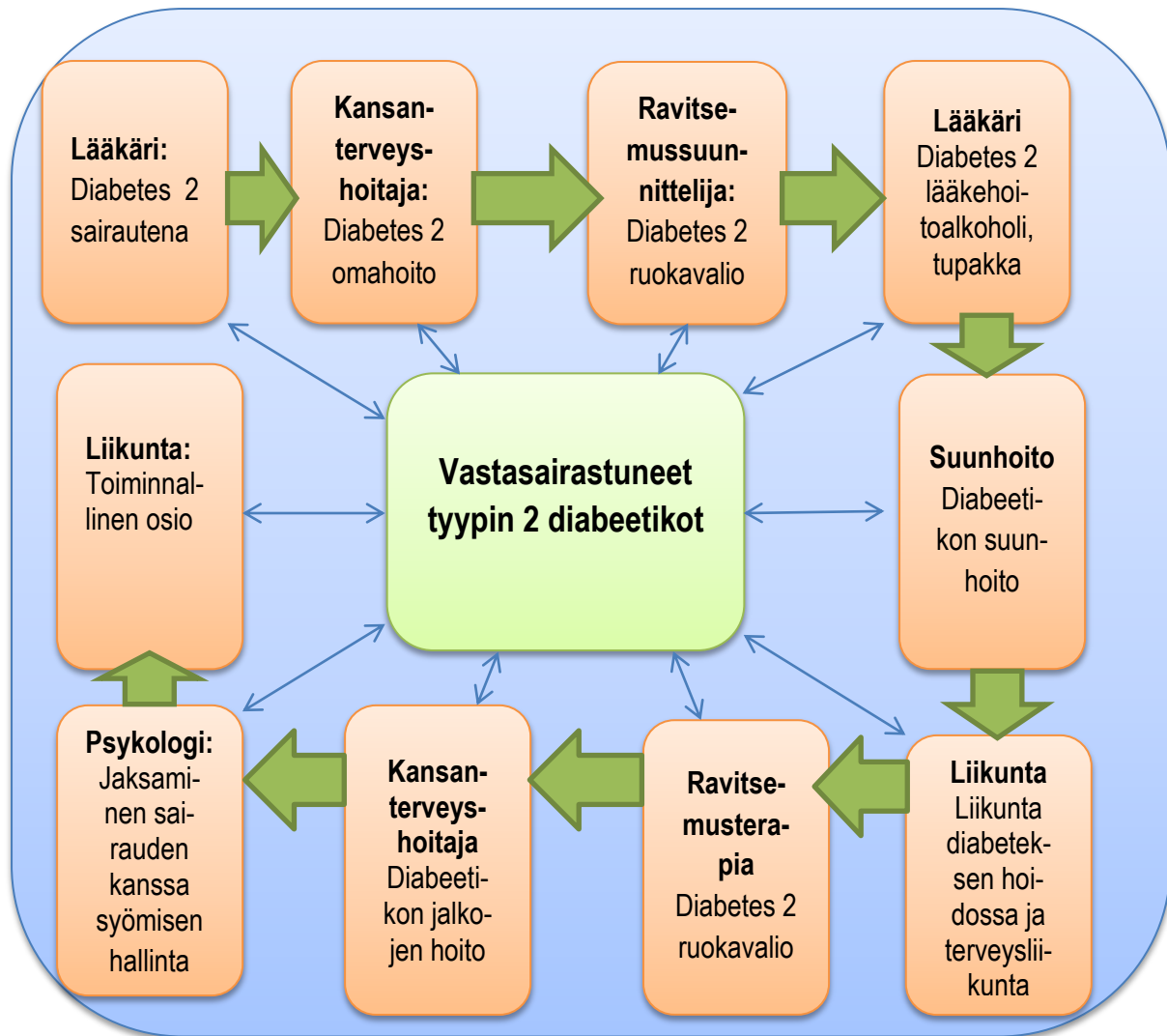
Työryhmä mietti jalkahoidon osion toteuttaminen, joka koettiin tärkeäksi. Seutu III:lla jalkahoito toteutetaan ostopalveluna, joten omaa resurssia jalkahoidon toteuttamiseen ei ole. Sovittiin, että kansanterveyshoitajat ohjaavat diabeetikon jalkojen hoidon. Myös psykologin saamista ryhmän ohjaukseen mukaan pidettiin tarpeellisena, sillä sopeutuminen ja jaksaminen pitkäaikaissairauden kanssa vaativat voimavaroja. Myös elämäntapamuutokset, esimerkiksi painonhallinta vaatii taitoa ja voimavaroja. Seutu III:lla toimii yksi psykologi, joka on hyvin työllistetty. Psykologi lupautui osallistumaa ryhmien ohjaamiseen.

Diabeteslääkäri toimii seutu III:lla videovälitteisesti. Ryhmäohjauksesta videovälitteisesti on jonkin verran kokemusta. Se on koettu hyvänä ja kustannustehokkaana vaihtoehtona tarjota palveluja syrjäisille alueille, jossa palveluun ei olisi muuten mahdollisuutta. videovälitteisessä toiminnassa ryhmää tulee valmistella erityisesti kertomalla käytännön asioista, kuten riittävän kuuluvasta ja

hitaasta keskustelusta, sekä vuorottaisesta puhumisesta. Myös ohjattava materiaali tulee toimittaa ennakkoon etävastaanotto paikalle. (Pesonen ym.2009, 106.)

Työryhmälle oli varattu yksi aamupäivä työryhmän toivomuksesta teoriatietoon potilaan/asiakaan ohjaamisesta sekä ryhmäohjauksesta. Lähteinä käytettiin Kääriäisen (2007) väitöstutkimusta: Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen ja Anttilan (2008) progradu -tutkimusta: Ryhmäohjaus tyyppin 2 diabeetikoiden neuvontamenetelmänä perusterveydenhuollossa sekä Diabetesliiton erikoispsykologin Jukka Marttilan artikkeleita diabetesliiton www-sivuilla. Myös motivoivan keskustelun- menetelmästä (Mustajoki & Kunnamo 2009) keskusteltiin, joka asiakas-keskeisenä menetelmänä on havaittu hyväksi elämäntapamuutosohjauksessa. Keskustelimme myös lyhyesti muutosvaiheiden tunnistamisesta, (transteoreettinen muutosvaihemalli, TTM), koska muutosvaiheiden tunnistaminen on tärkeää elämäntapamuutoksissa. TTM auttaa ymmärtämään elintapamuutosprosessia ja sen luonnetta. (Alahuhta 2010, 33–35.)

Diabeteshoitajat kokosivat tyyppin 2 diabeetikoista ryhmän, joilta kysyttiin halukkuus ryhmämuotoiseen toimintaan. Heille annettiin tietoa ryhmäohjauksen sisällöstä ja siihen liittyvästä tutkimuksesta. Sovittiin, että kansanterveyshoitajille valmistellaan omahoidon osioon ryhmäohjausmateriaalia, koska sitä on valmiina aikaisemmista ryhmäohjauksista. Osa kansanterveyshoitajista oli käynyt Lilly:n Diabetes Keskustelut ryhmäohjaus-koulutuksen (Diabetes Keskustelut – ohjelma 2012). Heillä oli siihen materiaali. Sovimme, että Diabetes Keskustelut ryhmäohjaus-materiaalia voi käyttää soveltuvien osien ryhmien ohjauksessa.



KUVIO 4. Moniammatillinen ryhmäohjausmalli seutu III:n tyypin 2 diabeetikoille

4.3 Ryhmäohjausten toteuttaminen

Ryhmäohjaus toteutettiin 10/2011-2/2012 välisenä aikana seutu III:n kansanterveystyössä. Päävastuulliset diabeteshoitajat organisoivat ryhmien ohjaamisen omissa kunnissa ja sopivat ajat niin ryhmäläisten kuin ohjaajien kanssa. Diabetestyhmiä ohjaamiseen osallistuivat: diabeteslääkärit, ravitsemussuunnittelija, kansanterveyshoitaja, suunhoidon hoitaja, fysioterapian/liikuntatoimen työntekijöitä, psykologi ja psykiatrian erikoissairaanhoitaja. Iältään he olivat 33 -59 vuotta.

Diabetesryhmiin oli sovittu inkluusiokriteereiksi vastasairastuneet tyypin 2 diabeetikot eli sairastuneilla oli vähemmän kuin yksi vuosi diabeteksen diagnoosista. Ryhmät olivat sekaryhmiä, miehiä ja naisia. Tavoitteena oli, että heillä olisi samankaltainen lähtötilanne. (Koskinen & Jokinen 2001, 307). Yhtä ohjauskertaa varten sovittiin varattavaksi aikaa 1-2 tuntia. Jokaiseen kuntaan muodostettiin yksi ryhmä, yhteensä kolme ryhmää, joissa oli osallistujia kaikkiaan 22 henkilöä, 17 naista ja viisi miestä. Kussakin ryhmässä oli 6-8 osallistujaa. Iältään he olivat 45- 80 -vuotiaita. Ryhmäohjauksen aikana kolme osallistujaa keskeytti osallistumisen alkuvaiheessa. Syynä oli yhdellä työesteet ja toisella lapsen vakava sairastuminen ja kolmas ilmoitti syyksi pitkän matkan. Ryhmäohjausten kuluessa tapahtui myös yhden ryhmäläisen menehtyminen vakavaan sairauteen. Hän oli käynyt ryhmässä vaimonsa kanssa, joka myös oli diabeetikko. Vaimon osallistumisen ryhmäohjaukseen keskeytyi joksikin aikaa, mutta hän jatkoi myöhemmin ryhmäohjaukseen osallistumista, koska piti sitä tärkeänä. Yhden ryhmäläisen vaimo osallistui ryhmäohjaukseen, vaikka puoliso ei halunnut osallistua. Vaimo koki osallistumisen tärkeänä, koska halusi saada tietoa tyypin 2 diabeteksen hoidosta.

Ryhmien sisällöksi oli sovittu *KUVIO 4:n* mukainen suunnitelma eli kaikkiaan 10 ryhmäohjauskertaa ja palautekeskustelu. Ohjausosioista sovittiin, että niiden toteutumisjärjestystä voi vaihtaa kunnissa, mikäli se on tarpeen ohjausten toteutumisen kannalta. Kuitenkin niin, että kaikki osiot toteutuvat. Moniammatillinen ryhmäohjaus oli uusi toimintamuoto kansanterveystyössä näin laajalla ammatillisella yhteistyöllä. Yhteistyö ei ollut aivan sujuvaa. Kaikki ohjaukseen resursoitut tahot eivät ymmärtäneet oman osallistumisen yhteyttä ryhmäohjaukseen. Myös pienten kuntien työntekijäresurssit olivat rajalliset, joka vaikeutti ryhmäohjauksen toteutumista suunnitellusti.

Ravitsemussuunnittelijan määräaikainen sijaisuus aiheutti sen, että ohjaus toteutui vain kertaalleen, vaikka se oli suunniteltu kahteen ryhmäohjauskertaan. Ryhmäläisille tarjottiin ravitsemussuunnittelijan toista ohjauskertaa vielä varsinaisen ryhmäohjauksen loputtua, mutta heillä ei ollut

siihen enää tarvetta. Psykologin resurssin vähyydestä johtuen hänen ryhmäohjauksensa toteutui vain yhdessä kunnassa. Yhdessä kunnassa ohjauksen toteutti psykiatrian erikoissairaanhoitaja ja toisessa kunnassa se jäi kokonaan toteutumatta. Kokonaisuutena ryhmäohjaus toteutui yhdessä kunnassa suunnitellulla tavalla lukuun ottamatta ravitsemussuunnittelijan toista ryhmäohjausta. Toisessa kunnassa ryhmäohjaus toteutui muutoin, paitsi psykologin ohjaus jäi pois ravitsemussuunnittelijan toisen ohjauksen lisäksi. Kolmannessa kunnassa ryhmäohjauksesta jäi pois diabeetikon jalkahoidon ohjaus, suunhoidon ohjaus sekä ravitsemussuunnittelijan toinen ohjauskerta. Lääkärin ryhmäohjaukset toteutettiin videovälitteisesti, koska diabeteslääkärin palvelut tuotetaan videovälitteisesti. Ryhmäohjaus toteutettiin talviseen, ”sydäntalven” (tammi-helmikuu) aikaan. Tämä saattoi vaikeuttaa pitkien välimatkojen Kainuussa ryhmäläisten osallistumista ohjaukseen.

Ryhmäohjauksiin oli vaihtelevasti tiloja. Erään terveysaseman tilat soveltuivat hyvin ryhmäohjauksia varten. Toisella terveysasemalla ei ollut lainkaan ryhmäohjaukseen suunniteltuja tiloja. Tämä merkitsi sitä, että jokainen ohjauskerta tuli suunnitella erikseen tilojen suhteen. Tämä vaikeutti ryhmäohjauksen toteutumista, sillä kaikilla ryhmäläisillä ei ollut aina selvillä, missä kokoontaan. Yhdellä terveysasemalla oli erilaisia ryhmäohjaukseen soveltuvia tiloja, joka aiheutti epäselvyyttä, koska ryhmäohjaustila vaihteli.

5 RYHMÄOHJAUKSEN JA KEHITTÄMISTYÖN ARVIOINTI

Yhteistyösopimus oli sovittu organisaation kanssa. Tulosityksikön päällikkö lääkäri Markku Nokkala kirjoitti alle yhteistyösopimuksen ja tutkimuslupahakemuksen 12/2011. Ryhmäohjaukseen osallistui 22 henkilöä. Heille kerrottiin jo ennen ryhmäohjauksen alkamista ryhmäohjauksen liittyvän kehitysprojektiin, ja siihen liittyvästä tutkimuksesta. Lisäksi ryhmiin osallistujille ja ryhmien ohjaajille lähetettiin kirjeet, jotka sisälsivät tutkimustiedotteen (Liite 2) sekä osallistujan suostumislomakkeen (Liite 3). Tutkimustiedotteessa kerrottiin, kuka tutkimusta tekee ja mihin tutkimus liittyy. Tiedotteessa kerrottiin tutkimukseen osallistumisen olevan vapaaehtoista ja luottamuksellista. Myös kerrottiin, että missään tutkimuksen vaiheessa osallistujan tunnistaminen ei ole mahdollista, vaan tiedot käsitellään ryhmätasolla anonyyminä.

5.1 Tutkimukseen osallistujat

Tutkimukseen kutsuttiin osallistumaan ryhmäohjaukseen osallistuneet sekä ryhmien ohjaajat. Ryhmähaastatteluihin osallistui seitsemän 22 ryhmään osallistuneesta. Haastateltavista yksi oli mies ja kuusi naista. Iältään he olivat 45- 80-vuotiaita. Ryhmähaastattelut tehtiin kaikilla kolmella paikkakunnalla. Haastateltavia oli paikalla kahdesta kolmeen kerrallaan.

Ohjaajien ryhmähaastatteluihin osallistui 11 ohjaajaa 16 ohjaajasta. Ohjaajien ryhmähaastattelut tehtiin kahtena ryhmänä, koska kahdella kunnalla oli yhteinen diabeteslääkäri ryhmäohjauksissa. Ohjaajien haastatteluryhmissä oli neljä toisessa ja toisessa seitsemän haastateltavaa. Haastattelut tehtiin helmikuussa 2012.

5.2 Aineiston kerääminen ja analysointi

Tämä kehittämistehtävä oli laadullisen tutkimus, koska sillä haettiin tietoa ryhmäohjaukseen osallistuneiden kokemuksista, käsityksiä tai tulkintaa asioista. Laadullisessa tutkimuksessa suositaan ihmistä tiedon keruun välineenä. Sen avulla pyritään kuvaamaan tutkimuksen kohdetta tarkasti ja kokonaisvaltaisesti. Laadulliselle tutkimukselle on ominaista kontekstispesifisyys eli se on sidok-

sisä tutkimustilanteeseen ja tulos on yksityiskohtainen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 151-155; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49.) Kehittämistehtävässä haettiin tietoa ryhmäohjauksen kehittämiseen seutu III:n alueella tyyppin 2 diabeetikoiden hoidossa. Tutkimuksen avulla oli tarkoituksena saada esille sekä ryhmäohjaajien että ryhmään osallistuneiden diabeetikoiden kokemuksia ryhmäohjauksen kehittämiseen. Tutkimuksessa saatava tieto oli tärkeää ja arvokasta ryhmäohjauksen kehittämisessä. Laadullisen tutkimuksessa suositetaan metodeja, joissa tutkittavien näkökulmat ja ääni pääsevät esille (Hirsjärvi ym. 2004, 155).

Laadullisen tutkimuksen eräs keskeinen merkitys on sen mahdollisuus lisätä ymmärrystä tutkimusilmioista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49) ja sillä voidaan löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003,21). Hoitotieteessä korostetaan potilastai asiakaslähtöisyyttä, johon laadullinen tutkimus soveltuu hyvin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 57). Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen tarkoitus määrittää aineiston koosta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 83.)

Tutkimustehtävät

Ryhmähaastatteluilla pyrittiin saamaan vastaukset seuraaviin tutkimustehtäviin:

1. Millaisia kokemuksia ryhmien ohjaajilla ja ryhmiin osallistuneilla oli toteutetusta ryhmäohjauksesta?
2. Miten ryhmäohjausta tulisi kehittää?

5.2.1 Ryhmähaastattelu, Focusgroup –interview

Laadullisen tutkimuksen aineistoa kerätään monin menetelmin. Kaksi keskeistä menetelmää on havainnointi ja haastattelu. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 95.) Kehittämistehtävään soveltuivat parhaiten aineistonkeruumenetelmäksi haastattelut. Haastattelut toteutettiin täsmäryhmähaastatteluina (Focusgroup -haastattelu). Ryhmähaastatteluun osallistujat valitaan tarkasti. Ryhmään osallistujilla tulee olla mielipide tarkasteltavasta ilmiöstä. Täsmäryhmähaastattelua käytetään usein uusien ideoiden ja palvelujen kehittämiseen. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 62–63.) Ryhmähaastatteluissa haluttiin saada vastauksia tutkimuskysymyksiin, saada esiin ryhmäläisten ja ohjaajien kokemuksia sekä kehittämisajatuksia seutu III:lla toteutetusta ryhmäohjauksesta. Ryhmähaastattelutilanteissa on mahdollista saada esiin moniulotteisempi kuva todellisuudesta. Osallistujien keskinäinen vuorovaikutus luo uusia kerroksia yhteiseen asiaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 85.) Ryhmähaastattelu tuottaa tehokkaasti aineistoa. (Koskinen & Jokinen 2001, 307).

Haastattelut tehtiin hyvin erilaisissa tiloissa. Tilat oli varannut kunkin paikkakunnan vastuullinen diabeteshoitaja. Yleensä tilat olivat tarkoitukseen hyvät, rauhalliset ja tilavat. Tila tulisi olla rauhallinen ja tuttu sekä miellyttävä (Kylmä & Juvakka 2007, 91). Ohjaajien haastattelut tehtiin videovastaanottohuoneissa, koska lääkäri oli videovälitteisesti paikalla. Videovälitteinen ryhmätilanne vaatii isommat tilat isolle ryhmälle. Toisessa haastattelutilanteessa oli seitsemän haastateltavaa, joista lääkäri videovälitteisesti paikalla. Tilat olivat ahtaat ja hankalat yleiseen keskusteluun. Myös kuuluvuus oli aluksi huono lääkärille, koska mikrofonia oli vaikea saada riittävän keskelle ryhmää. Kuuluvuutta korjasi lääkärin kuulokkeiden käyttäminen ja puhujien riittävän kuuluvan äänen käyttäminen.

Ryhmäkeskustelu tallennetaan tavallisesti (Hirsjärvi & Hurme 2001, 62-63). Osallistujilta kysyttiin lupa haastattelun nauhoittamiseen. Ryhmähaastattelut tallennettiin MP3-soittimella, josta ne siirrettiin tietokoneelle. MP3-soittimen äänitteet tuhottiin heti tietokoneelle siirtämisen jälkeen. Tietokoneella äänitteet säilytettiin salasanan takana. Äänitteet tuhottiin lopullisesti tutkimuksen valmistuttua.

Haastattelujen alussa tutkija esitteli itsensä ja kertoi vielä tutkimuksesta, johon osallistujat olivat suostuneet. Osallistujille kerrottiin vielä osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja haastattelun kulusta ja että osallistuminen on vielä mahdollista keskeyttää. Tämän jälkeen haastateltavat allekirjoittivat suostumuslomakkeen tutkimukseen. Haastattelun alussa sovittiin vaitiolosta, joka tarkoitti, että haastattelussa puhutut asiat jäävät paikallaolijoiden tietoon muuten paitsi tutkimukseen liittyvänä tietona. Haastattelun alussa tutkija kysyi taustatietoja osallistujilta, kuten ikä ja diabeteksen sairastamisaika. Avoin haastattelu on keskustelua (Hirsjärvi ym. 2004, 209) Haastatteluissa pyrittiin vapaamuotoiseen keskusteluun, jossa lähdettiin liikkeelle avoimen haastattelun periaatteella tutkimuskysymyksillä: Millaisia kokemuksia teillä oli toteutetusta ryhmäohjauksesta? ja Miten ryhmäohjausta tulisi kehittää? Tämän jälkeen keskustelu eteni esille tulleiden asioiden kautta ja tehtiin tarkentavia kysymyksiä. Yleensä haastattelun alussa kysytään yleisiä, laajoja kysymyksiä, joiden kautta edetään tarkempiin kysymyksiin (Kylmä & Juvakka 2007, 93).

Haastattelutilanteet olivat vapaita ja osallistujat kertoivat innokkaasti kokemuksiaan ja mielipiteitään. Osallistujat kokivat asian tärkeäksi ja olivat innostuneita uudesta työmuodosta sekä sen kehittämisestä. Haastattelussa osallistujat saavat itse kertoa asioista, jolloin osallistujalla on mahdollisuus tuoda esiin aktiivisesti omia merkityksiä tutkittavasta asiasta. Haastattelun etuna on sen joustavuus tilanteeseen ja osallistujiin nähden. Sen aikana voidaan syventää tai selventää saatavia tietoja lisäkysymyksillä ja perusteluilla. Sen etuna on myös yleensä osallistujien suhtau-

tuminen myönteisesti tutkimukseen. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 34–43; Hirsjärvi ym. 2004, 193–195.)

Osallistujien ja ohjaajien haastattelutilanteet poikkesivat hieman toisistaan. Molemmissa lähdettiin liikkeelle tutkimuskysymyksellä, mutta ohjaajien haastattelutilanteissa täytyi enemmän ohjata keskustelua tarkentavien kysymysten kautta johtuen videovälitteisestä lääkärin osuudesta. Haastateltavat ryhmät olivat pieniä, 2-4 osallistujaa, lukuun ottamatta ohjaajien toista ryhmää, jossa oli seitsemän osallistujaa. Mitä suurempi on ryhmän koko, sitä vaativampaa on ryhmätilanteen ohjaaminen ja puhtaaksikirjoitus (Hirsjärvi ym. 2004, 210; Kylmä & Juvakka 2007, 84). Haastatteluryhmien kokoon vaikutti osaltaan vallinnut sää haastattelupäivänä, koska oli juuri pakkaskausi. Haastattelu oli sovittu yhteen kuntaan, jossa pakkasta oli -40 astetta haastattelupäivänä, mikä vaikutti osallistujamäärään. Kuitenkin osallistujia oli saapunut paikalle ja haastattelussa saatiin hyvin esille ryhmäläisten kokemuksia ja kehittämisehdotuksia.

5.2.2 Aineiston analysointi

Laadullisen aineiston analyysi alkaa usein jo haastattelutilanteissa. Haastattelija voi haastatellesaan tehdä havaintoja tutkittavasta asiasta. Hän voi tyypitellä tai hahmotella syntyneitä havaintoja. Laadullisen aineiston eri osien käsittelyä on usein vaikea erottaa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47; Kylmä & Juvakka 2007, 110.) Haastatteluaineistoa kerättiin tutkimuskysymysten kautta, joten jo haastattelutilanteessa voi hahmottaa käsityksiä ryhmien kokemuksista ja kehittämisehdotuksia. Myös tutkimusaineistoa kuunnellessa ja litteroidessa (kirjoittaessa) aineistosta hahmottui merkityksiä. Nykyinen tietokonepohjainen haastatteluaineiston tallennusjärjestelmä tarjoaa mahdollisuuden aineiston kuuntelemiseen uudelleen ja uudelleen, mikä auttaa aineiston analysointia. Aineistoa kuunneltiin useaan kertaan. Ohjaajilta saatu aineisto ja ryhmiin osallistujilta saatu aineisto analysoitiin erikseen koska haluttiin saada tuloksissa esiin molempien omia näkökulmia. Erityisesti ryhmäläisten omat näkökulmat olivat tärkeitä ryhmäohjauksen asiakaslähtöisessä kehittämisessä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 57).

Aineisto analysoitiin huhtikuussa 2012. Aineiston keräämisen ja analysoinnin väliin jäi pakottavasta syystä kaksi kuukautta aikaa, joka on aika pitkä aika. Aineistoa voi kuitenkin pitää mielessä kuuntelemalla sitä, jolloin pystyi muodostamaan siitä esiymmärrystä. Aineiston analyysissä edettiin laadullisen aineiston mukaan kirjoittaen haastattelut sanasta sanaan Word-ohjelmalla tekstiksi

(Kylmä & Juvakka 2007, 110). Aineiston olisi voinut antaa kirjoitettavaksi jollekin ammattilaiselle, koska työaikataulu oli tiukka. Kuitenkin päädyttiin kirjoittamaan se itse, koska samalla voi perehtyä aineistoon (Kylmä & Juvakka 2007, 111). Myös tutkimusaineiston antaminen ulkopuolisen käsiin vaatisi tutkimukseen osallistujien suojausta. Aineistoa kertyi 24 liuskaa fontilla 12 ja rivivälillä 1.5. Tämän jälkeen etsittiin aineistosta erivärisillä korostusväreillä vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tämä pelkisti aineistosta pois epäolennaiset asiat sekä toi esille tutkimuksen kannalta merkittävät asiat (Kylmä & Juvakka 2007, 111). Induktiivisella sisällönanalyysillä luokitellaan sanoja niiden teoreettisen merkityksen perusteella (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134-135.)

Induktiivista sisällönanalyysia ohjaavat tutkimuskysymykset. Aineiston analyysi etenee pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin kautta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134–135.) Tekstistä eriväreillä esiin saadut merkitykselliset lausumat pelkistettiin ilmaisuiksi. Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin tutkimuskysymysten mukaan eri aihealueisiin, ohjaajilla: kokemuksiin ja kehittämistoiveisiin ja ryhmäläisillä: kokemuksiin, kehittämistoiveisiin ja muutoksiin. Seuraavaksi luokiteltiin pelkistetyt ilmaisut sisällöllisen samankaltaisuuden perusteella alakategorioihin (Kylmä & Juvakka 2007, 118). Esimerkiksi ”*Olis pitäny olla ne taustatiedot* ” ja ” *että lähtisi siitä ihmisestä*” luokiteltiin samaan. Luokittelun jälkeen luokat nimettiin sisällön perusteella yläkategorioihin. Analyysin aikana palattiin usein alkuperäiseen tekstiin, että analyysi kuvaa alkuperäistä tarkoitusta. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn aineiston tiivistämistä, jolloin tutkittavat asiat voidaan kuvata lyhyesti ja yleisesti. Tuolloin tutkittavien asioiden suhteet tulevat esiin selkeästi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003,23.)

5.3 Tutkimuksen tulokset

Aineiston analysoinnin kautta esille nousivat tutkimuskysymysten mukaan ohjaajien ja ryhmäläisten kokemukset toteutetusta ryhmäohjauksesta sekä kehittämistarpeita. Kokonaisuutena ryhmäohjaus oli myönteinen kokemus. Ohjaajilla tuli esille kokemuksia toimintamallista, ryhmäohjauksen organisoinnista, ryhmäohjauksen hyödyistä, ryhmäohjauksen resursseista sekä menetelmistä. Ryhmäohjauksessa kansanterveyshoitajien käyttämää Lilly:n Diabetes Keskustelut -ohjausmenetelmää arvioitiin myös. Sitä on vielä seutu III:lla käytetty vähän, koska ryhmäohjauksia on ollut vain satunnaisesti. Kehittämistarpeina nousi esille ryhmäohjauksen laajempi käyttö-

minen, ohjausmenetelmien monipuolisempi käyttäminen, ryhmäohjauksen organisoinnin ja tiedottamisen parantaminen sekä resurssien parempi saatavuus ja organisaation riittävä tuki.

Ryhmiiin osallistuneiden diabeetikoiden aineiston analysoinnin kautta esille nousi myös diabeetikoiden hoidossa tapahtuneita muutoksia, joita ei varsinaisesti tutkimuskysymysten kautta haettu. Muutokset nousivat kuitenkin haastattelujen kautta kokemuksina vahvasti esille, joten niillä on tärkeä painoarvo ryhmäohjauksen merkittävyudessa. Ryhmiiin osallistuneiden kokemuksia tuli esille ryhmäohjauksesta menetelmänä, sen hyödyistä, organisoinnista, resursseista, ohjauksen menetelmistä, Lillyn Diabetes Keskustelun käytöstä sekä erikseen videovälitteisen (lääkäri) ryhmäohjauksen arviointia. Ryhmäläiset näkivät kehittämistarpeina ryhmäohjauksen organisoinnin ja tiedottamisen parantamisen, ohjauksen menetelmien monipuolisemman ja asiakaslähtöisemmän, käytännönläheisemmän käyttämisen sekä ryhmien jatkumisen jossakin muodossa. Ryhmäläisten kokemissa muutoksissa tuli esille elämäntapoihin, lääkitykseen, painoon, hoitotasapainoon, omiin asenteihin sekä yksilön voimavaroihin liittyviä muutoksia.

5.3.1 Ohjaajien kokemukset ryhmäohjauksista

Ohjaajien kokemus kokonaisuutena oli myönteinen ryhmäohjauksesta toimintamallina. *"minä nään tämän niin tärkeänä", "hyvä asia ja kannattaa kehittää"*. Ohjaajat olivat tyytyväisiä ryhmäohjauksen kokoonpanoon, moniammatillisuus nähtiin tärkeänä. *"moniammatilliseen oli hyvä osallistua", "tämä moniammatillisuus, ku oli joka alalle oma asiantuntija"*. Moniammatillisuus koettiin myös oppimisen välineenä. *"semmonen oppimiskokemus itelle", "joissakin oltiin mukana ja saatiin uutta tietoa"*. Ryhmäohjaus koettiin tehokkaana toimintamallina ja oli ohjaajien mielestä toimiva suunnitellulla kokoonpanolla. Yhteistyö toimi enimmäkseen hyvin. Ongelmia yhteistyöhön ja tiedonkulkuun toi sitoutumattomuus ryhmäohjaukseen (ohjaaja), ryhmäohjaustilojen puute sekä organisaation tuen puute. Vuorovaikutus ryhmissä koettiin hyvänä ja ryhmät olivat aktiivisia. *"Ryhmä oli tosi aktiivinen, keskustelua heidän kesken ja minnuun päin"*. Ryhmäohjauksen odotettiin vähentävän ajan kuluessa yksilöohjauksen tarvetta, sillä tehokkaalla alkuvaiheen hoidolla oletettiin saavuttavan nopeammin hyvä hoitotasapaino. Tämän odotettiin säästävän myöhemmin resursseja.

Seutu III:lla toteutettu moniammatillinen tyypin 2 diabeetikoiden ryhmäohjaus oli pilottihanke kansanterveysystyössä. Ryhmäohjaus työmuotona oli osalle ohjaukseen osallistuneille ammattilai-

sille tutumpaa. *”ryhmätoiminta on minulle sinäsä tuttu oman työn puolesta (psykiatrinen sairaanhoito)”*. Ryhmäohjaus on vakiintuneena työmuotona osalla ohjaukseen osallistuneista ohjaajista. Näissä organisaatioissa ryhmien ohjaaminen on osa työtä ja sitä tuetaan. *”meillä kannustetaan ryhmiä pitämään, ei oo ongelma”*. Tämä tuli esille tutkimuksen tuloksissa organisaation (esimiehen) asenteessa. Niissä organisaatioissa, jossa ryhmätoimintaa vasta kehitetään, kokemus oli ristiriitainen: ryhmäohjausta tulisi kehittää, mutta työaikaa siihen ei saisi kulua. *”ryhmien valmisteluun ei saisi mennä aikaa”*. Osa oli valmistellut ryhmäohjaustilanteita kotona omalla ajalla. Myös ohjausmenetelmien käyttämisessä näkyi kokemus ryhmäohjauksesta. Pidemmän kokemuksen omaavilla ohjaajilla työmenetelmissä tuli enemmän esille asiakaslähtöisyys ja keskusteleva, käytännönläheinen ohjaustapa. *”minulla oli enemmän käytännön ohjeita”*.

Ohjaajat kokivat ryhmäohjauksen tuovan heille itselleen uusia näkökulmia, uutta tietoa ja taitoa, jota voi hyödyntää myös yksilöohjauksessa. *”Tämä on ollu hirveän hyvä oman oppimisenni kannalta”*. Ohjaajat kokivat tärkeänä työparin, joka toi vertaistukea. *”se työpari on ehottomasti oltava”, ”itelleki oli semmonen vertaistuki toisista ohjaajista”*. Ohjaajat näkivät tärkeänä palautteen jota saivat usein jo heti ohjauksen jälkeen. *”palaute oli tosi hyvä, olivat kokeneet erittäin tarpeelliseksi, voimaannuttavaksi ja vahvistavaksi”*. Ohjaajat kokivat ryhmäohjauksen myös vaihteluna ja virkistykseenä työhön.

Ohjaajat pohtivat ryhmäohjauksen hyötyjä ryhmiin osallistuneille. He olivat kokeneet, että osallistujien ymmärrys ja tieto diabeteksestä olivat lisääntyneet ohjauksen vaikutuksesta. *”saivat paljon tietoa”, ”oppi semmosiahi asioita, mitä ei oo ennen ymmärtäny”*. Ohjaajien mielestä ryhmäohjaus toi keinoja omahoitoon ja aktivoi niitä sekä paransi diabeetikoiden hoitotasapainoa. *”auttaa parempaan hoitotasapainoon”*. Ryhmäohjaukseen liittyi myös ryhmäläisille tärkeä vertaistuki, joka toi turvallisuutta ja lisäsi heidän voimavaroja. *”helpottaa ihmisiä puhumaan laajemmin”*.

Ohjausmenetelminä ohjaajilla oli enimmäkseen luentotyypinen ohjaus. Tässä näkyi ero pidempään ryhmäohjauksia toteuttaneiden ja vähän ryhmiä ohjanneiden välillä. *”oli luentopainotteista, ehkä enemmän olisi voinut keskustella”*. Toisaalta ohjaukseen vaikuttaa myös aihealue. Esimerkiksi liikuntaa on helpompi ohjata käytännön esimerkein kuin tyyppin 2 diabeteksestä sairautena. Ohjaajilla, joilla ryhmäohjaus kuului jo työhön käytäntönä, ryhmäohjaus oli asiakaslähtöisempää, käytännön esimerkein etenevää. Ryhmäohjaajat käyttivät jonkin verran audiovisuaalisia menetelmiä. Osa käytti ja antoi kirjallista materiaalia kotiin luettavaksi sekä antoi opastusta internetistä tiedonhakuun itsenäisesti.

Tilaresurssit ohjaajat kokivat erilailla riippuen kunnasta. Toisissa kunnissa oli hyvät ryhmille suunnitellut tilat, mutta toisissa kunnissa oli puutteita tiloissa. Kokemuksena oli, että ryhmäohjaukseen tulisi olla siihen suunnitellut, rauhalliset tilat. *"tilat ovat rajalliset"*. Osa ohjaajista koki, että ryhmäohjaus sopi hyvin ajallisesti omaan työaikaan. Osa ohjaajista koki työaikaresurssit puutteellisina. *"on aika niukat resurssit"*. Ryhmäohjauskokemusta oli osalla hyvin vähän, joten he kokivat, että ryhmäohjaukseen tarvittaisiin lisää koulutusta. *"aina on hyvä, kun saadaan koulutusta ryhmätilanteisiin"*.

Diabetes Keskustelut koettiin hyvänä ryhmäohjausmenetelmänä. *"se karttahomma oli uusi ja opettelussa, mutta se oli hyvä"*. Osalle se oli aivan uusi kokemus. Ohjaajien mielestä menetelmä aktivoi osallistujia keskusteluun ja lisäsi vuorovaikutusta sekä auttoi sisäistämään tietoa. *"kuitenkin ne tykkäsi ja keskustelua oli"*. Ohjaajien mielestä se oli helppo käyttää, koska sitä ei tarvinnut valmistella, vaan ohjaustapahtuma oli valmiiksi suunniteltu. Lääkärin ohjaus toteutui videovälitteisesti, jonka laitteet toimivat hyvin ja asiakaskontakti koettiin hyvänä. *"kokevat sen kontaktin hyvänä"* Videovälitteinenkin ohjaus koettiin asiakaslähtöiseksi. Videovälitteisessä ohjauksessa voi käyttää erilaisia ohjausmenetelmiä. *"voi näyttää täältäkin toiselle ruudulle slaidit"* Videovälitteisen ohjauksen koettiin rajoittavan kehonkielen tulkitsemista, kun ohjaus tapahtui pienessä tilassa, jossa asiakkaasta ei näe kuin ylävartalon. Osa videovälitteisestä ohjauksesta toteutettiin isommissa ryhmäohjaukseen tarkoitetuissa tiloissa, joissa ohjaaja näki koko ryhmän, jolloin estettä kehonkielen tulkitsemiseen ei ollut.

5.3.2 Ohjaajien kokemat kehittämistarpeet ryhmäohjauksessa

Ohjaajille ryhmäohjaus oli myönteinen kokemus, joten jatkossa ryhmäohjausta haluttiin ehdottomasti kehittää: saada toimivaksi malliksi, muillekin kohdejoukoille sekä laajentaa alueellisesti. *"tosi hyvä juttu, että saatasi näitä ryhmiä toimimaan"*. Ohjaajien mielestä olisi hyvä saada aktivoitua myös passiiviset. *"niitä ei saa mukkaan, jotka tarvisi"* Ohjaajat näkivät kehittämiskohteena asiakaslähtöisyyden, erilaiset toimintamenetelmät ja erilaiset toimintamallit. *"mietin, voisiko rakentaa keskustelemaan suuntaan", "yhtä oon ajatellu välineenä, semmosta tiedonpuuta", "vois olla semmosia nonstop-ryhmiä"*. Ohjaajien ryhmäohjaustoiminnan jatkoksi ohjaajien mielestä voisi perustaa itseohjautuvia ryhmiä. *"tulisi itseohjautuvia ryhmiä esimerkiksi liikkumaan"*.

Ohjaajat kokivat, että jatkossa olisi hyvä tehdä enemmän yhteistyötä ohjaajien kesken. *”se kouluttajien yhteinen tapaaminen”*. Jo ennen ryhmien aloittamista voisi olla yhteinen kokous, jossa sovittaisiin ryhmäohjauksen organisoinnista ja käytännön toimista. Tämä parantaisi ryhmäohjauksen organisointia ja tiedonkulkua, jotka koettiin kehittämiskohteena. *”ainakin ne sopia, kuka ilmoittaa kellekin”*. Ohjaajat halusivat jakaa asiantuntijuutta, osallistua toisten asiantuntijoiden ryhmäohjaustilanteisiin, joka lisäisi omaa oppimista sekä antaisi ideoita omaan työhön. *”oppisi, jos sais olla kuuntelemassa”*. Ohjaajat halusivat kehittyä ryhmäohjaajina. Diabetes Keskustelujen käyttöä haluttiin laajentaa. Asiallisten ja ryhmäohjaukseen suunniteltujen tilojen saaminen käyttöön koettiin tärkeänä niillä terveysasemilla, missä tilat olivat sopimattomat tai puutteelliset. *”kunnon ryhmätilaa ei oo”, ”jos aina vaihdetaan paikkaa”*. Esimiehen (organisaation) tuki nähtiin tärkeänä, joka mahdollistaisi työn kehittämisen. *”ei se itekseen synny, saapiko siihen käyttää työaika”*. Työaikaresurssia tulisi saada riittävästi myös ryhmäohjausten valmisteluun ja kaikilla tulisi olla työpari ryhmäohjauksessa. *”minulla ei ollu sitä työparia”* Jatkossa myös taloudellista resurssia tulisi saada uusien asiantuntijoiden, esimerkiksi jalkahoitajan saamiseksi ryhmäohjaukseen. *”jalkaterapeutti taisi kaatua kustannuskysymykseen”*.

5.3.3 Ryhmiin osallistuneiden kokemukset ryhmäohjaukseen osallistumisesta

Ryhmiin osallistuneiden yleinen kokemus ryhmäohjauksesta oli myönteinen. He kokivat ryhmäohjauksen erittäin tarpeellisenä ja tärkeänä, hyvänä ja odotettuna toimintamuotona. *”hengenvpelastus, olin vasta sairastunu”, ”oli tärkeä päästä ryhmään”*. Kokonaisuus oli heidän mielestään hyvä, kaikki osa-alueet koettiin tärkeinä. Ryhmiin osallistujat kokivat ryhmät toimivina. Ne olivat keskustelevia ja aktiivisia. Osallistujat kokivat käytännönläheisen, asiakaslähtöisen ohjauksen paremmaksi menetelmäksi. *”jääpi paremmin mieleen...tuolla lailla (osallistava) ku että joku paatoksella puhuu”*. Ryhmä auttoi voimaantumaa, sopeutumaan sekä toi vertaistukea. Ryhmiin osallistujat kannustivat toisiaan, auttoivat jaksamaan, jakoivat kokemuksia sekä tukivat toisiaan. He pitivät tärkeänä, että olivat vertaisia, jolloin kokivat tulevansa ymmärretyksi. *”ryhmän aikana ahistus helpotti”, ”moni anto omia kokemuksia”, oli mulle henkireikä”, ”tulee ymmärretyksi”*. Osallistujat kokivat myös saaneensa omahoitoon keinoja, jotka käsitellään tässä työssä muutokset-kappaleessa.. Osallistujien kokemus oli, että ryhmäohjaus olisi hyvä, tarpeellinen kaikille vastaisairastuneille.

Videovälitteisen lääkärin ryhmäohjauksen osallistujat kokivat hyvänä, toimivana. Vuorovaikutus lääkärin kanssa oli hyvä, välitön. *"ei tarvinnu jännittää", "hän olihi ihan ihmisläheinen", "koin ne lääkärin luennot positiivisina, vaikka ne oli videoluentoja"*. Diabetes Keskustelut koettiin toimivana menetelmänä. Erityisesti oma osallistuminen koettiin tärkeänä, koska silloin asiat jäivät paremmin mieleen *"nii se diabetespeli, että kerkes miettimään ja oli sitä yhteistoimintaa"*. Diabetes Keskusteluihin sisältyi erilaisia menetelmiä, kuten kuvallinen, osallistava ja suullinen menetelmä. Tämä koettiin hyvänä. *"olihan siinä ne kuvat, että jää paremmin mieleen"*. Osa koki Diabetes Keskustelut hieman lapsellisena "pelinä", kuitenkin asiat koettiin tärkeinä ja menetelmä hyvänä.

5.3.4 Ryhmiin osallistuneiden kokemat kehittämistarpeet ryhmäohjauksesta

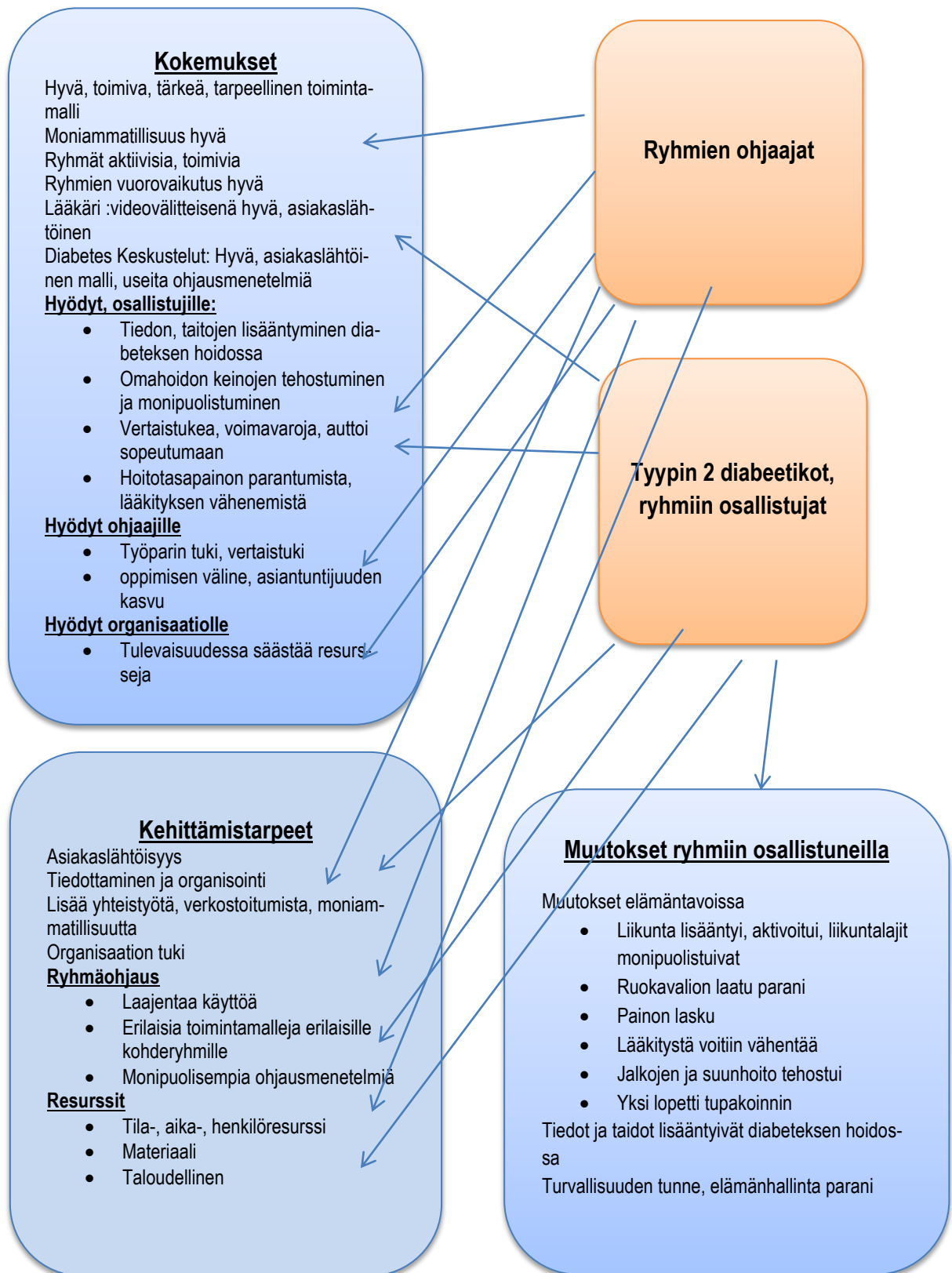
Tärkeimmäksi kehittämiskohteeksi osallistujilla nousi ryhmäohjauksen parempi organisointi. He kokivat, ettei tieto kulkenut riittävästi ja yhtäläisesti, joka vaikeutti osallistumista ohjauksiin. *"se informaatio, miten se saatas, että tavottaa kaikki", "se hammashoito meni, ku ei se tieto kulkenu"*. Ryhmiin osallistujien mielestä ohjausmenetelmiä pitäisi kehittää yksilöllisempään, asiakaslähtöisempään suuntaan. *"että se lähtisi siitä ihmisestä", "olisin halunnu keskustella"*. Ryhmiin osallistujat kokivat hyvinä ohjaustilanteet, joissa tuli esimerkkejä sekä malleja. Asioiden vienti henkilökohtaiselle tasolle olisi vienyt ohjaukseen käytäntöön. *"olis saanu olla semmosta käytännönläheisempää"*. Osallistujat toivoivat ennen ryhmäohjausten alkua alkukartoitusta, jossa keskusteltaisiin, mikä on lähtötilanne sekä mitä kukin odottaa. He toivoivat tutustumiskäyntejä, jotka tuovat tiedon käytännötasolle. *"semmosie tutustumisie saisi olla muitahi"*. Tässä ryhmäohjauksessa toteutui kahdessa kunnassa apteekkivierailu, jossa oli farmaseutti esittelemässä diabeetikolle omahoitoon tuotteita. Diabetes Keskustelussa koettiin erittäin hyvänä, että osallistujat pääsivät aktiivisesti osallistumaan.

Ryhmiin osallistujien mielestä ohjausmenetelmissä kirjallista materiaalia olisi saanut saada kotiin luettavaksi, jota olisi voinut kotona kerrata. *"jostahi saatiin kottiin luettavaa, eipä niitä paljo ollu"*. He olivat saaneet joissakin ohjaustilanteissa kirjallista materiaalia, mutta sitä olisi haluttu lisää. Osallistujat toivoivat myös jatkossa ryhmiä, joihin voisivat osallistua. Jatkoryhmät voisivat toimia vapaammin. He toivoivat myös henkilöresurssia lisää, koska olivat kokeneet henkilöstön kiireen ja ajanpuutteen. *"pitäs vaen olla, joka pyörittää", "ku en tavannu lääkäriä, en tavannu kettää"*. Tämä ei koskenut kaikkia kuntia.

5.3.5 Ryhmiin osallistuneiden kokemat muutokset ryhmäohjaukseen osallistumisen aikana

Ryhmiin osallistuneilta ei tutkimuksessa haettu muutoksia, eikä ennen ryhmäohjausta eikä sen jälkeen tehty mittauksia, joita muutosten arviointi olisi edellyttänyt. Kuitenkin haastattelutilanteissa tuli esille muutokset kokemuksina. Osallistujat kokivat elämäntapojen muuttuneen, kun olivat saaneet ohjausta sekä keinoja omahoitoon ja ne tehokkaampaan käyttöön. *”sokeri ja kolesterolit laski”*. Ruokavalioon tuli muutoksia: sokeripitoiset ruokalajit jäivät pois, ruokalautasmalli tuli tutuksi. *”sen ruokalautasmallin oppi”, ”pulla ja sokeriset on jäänyt pois”*. Liikunta ja liikuntalajit lisääntyivät. *”minulle oli se liikkuminen”*. Muutosten myötä osallistujien paino laski ja lääkitystä voitiin vähentää. *”insuliini lopetettiin ja paino laski”*. Myös hoitotasapaino parani. Yksi ryhmäläisistä lopetti tupakoinnin. Jalkojen ja suunhoito tehostui. *”minä heti ostin sitä rasvaa”*.

Ryhmiin osallistujat kokivat tietämyksen lisääntyneen diabeteksen hoidosta. *”myö saatiin hirveästi tietoa”*. He saivat myös jonkin verran keinoja hakea tietoa itsenäisesti. *”se anto linkin (internet) ja minä kävin kahtomassa”*. Tämä sai aikaan muutoksia asenteissa ja ajatuksissa. *”vaekka aekasempaahi tietoa on, nii ajattelloo erilaella”*. Osallistujien turvallisuuden tunne lisääntyi. *”se rauhotti koko ajan”*.



KUVIO 5. Tutkimuksen tulokset

5.4 Yhteenveto ryhmäohjauksen arvioinnista ja tuloksista

Tutkimuksessa haettiin kokemuksia ja kehittämistarpeita tuotetusta ryhmäohjausmallista ja mallin mukaan toteutetusta ryhmäohjauksesta. Tietoa kerättiin sekä ryhmiin osallistujilta että ryhmien ohjaajilta. Tutkimustuloksissa oli paljon yhteneväisyyksiä osallistujien ja ohjaajien kokemuksissa ja kehittämistarpeissa. Kokonaisuutena ryhmäohjaus nähtiin molempien kannalta tarpeellisena, tärkeänä ja toimivana mallina. Ryhmäohjausta haluttiin kehittää jokapäiväiseen käyttöön toimintamalliksi ja laajentaa sen käyttöä sekä kehittää erilaisia toimintamalleja. Moniammatillisuus nähtiin myös molempien kannalta hyvänä. Ryhmät koettiin toimivina, aktiivisina ja vuorovaikutus koettiin hyvänä. Ryhmäohjaukset koettiin tärkeänä erityisesti vastasairastuneille. Myös alkuohjaukseen osallistuneille toivottiin ryhmiä jatkossakin esimerkiksi itseohjautuvina ryhminä. Ryhmäohjausten organisoimisessa ja tiedottamisessa oli puutteita, jotka vaikeuttivat ryhmiin osallistumista. Tähän toivottiin parannusta.

Ryhmäohjauksen hyötyinä sekä ohjaajat että osallistajat kokivat osallistujien tiedon ja taitojen lisääntymisen diabeteksen hoidossa. Ryhmiin osallistuminen aktivoi ja tehosti omahoidon keinoja sekä auttoi sopeutumaan sairauteen ja lisäsi voimavaroja selviytyä. Ryhmään osallistuminen toi diabeetikoille tärkeän vertaistuen ja antoi ymmärrystä. Ryhmäohjauksen aikana hoitotasapaino parani. Ohjaajat kokivat ryhmäohjauksen oppimisen välineenä. Erityisesti moniammatillisuus auttoi jakamaan ja kasvattamaan omaa osaamista, jota voi hyödyntää myös muussa ohjaamisessa. Ryhmien ohjaajat toivoivat enemmän ja tiiviimpää yhteistyötä toisten ohjaajien kanssa. Ryhmäohjauksessa työparin tuki koettiin merkittävänä.

Ohjausmenetelmistä oli myös yhteneviä käsityksiä. Niin ohjaajilla kuin osallistujilla oli kokemuksesta asiakaslähtöisyyden ja käytännönläheisyyden lisääminen sekä erilaisten ohjausmenetelmien laajempi käyttäminen. Ryhmäohjausten toteuttamisessa näkyi kokemus ryhmien ohjaamisesta, joka lisäsi asiakaslähtöisyyttä ja ohjausmenetelmien monipuolisempaa käyttöä. Ryhmäohjaukseen ei ollut aina sopivia tiloja, joka vaikeutti ohjauksen toteuttamista sekä siihen osallistumista. Sekä ohjaajien että ryhmiin osallistujien mielestä jokaiseen kuntaan tulisi saada asianmukaiset, ryhmäohjaukseen soveltuvat tilat. Ohjaajien mielestä organisaation tulisi tukea ryhmäohjauksen kehittämistä ja toteuttamista. Niissä organisaatioissa, joissa ryhmäohjaus oli jo ollut työmuotona, työorganisaation tuki oli hyvä, mutta uutena työmuotona ryhmäohjaus ei saanut riittävästi tukea. Työaikaresurssi liittyi myös työorganisaation käytäntöihin. Mikäli ryhmäohjaukset olivat käytäntönä, työaika järjestyi hyvin, kun aika sovittiin riittävän ajoissa. Uutena työmenetelmänä

ryhmäohjaukseen aikaa ei resursoitu riittävästi. Ryhmäohjaukseen toivottiin myös taloudellista tukea, joka mahdollistaisi asiantuntijoiden laajemman käyttämisen.

Lääkärin videovälitteinen ohjaus koettiin hyvänä ja asiakaslähtöisenä toimintatapana. Ryhmäohjauksessa osassa ohjaustapahtumia käytetty Diabetes Keskustelut -menetelmä koettiin hyvänä, asiakaslähtöisenä toimintamallina, koska se aktivoi keskustelemaan ja osallisti ryhmiin osallistujia. Siinä käytettiin useampia menetelmiä, puhetta, kuvia sekä osallistamista.

5.5 Tulosten tarkastelu

Tutkimustuloksissa tulee esille jo aiemmissa tutkimuksissa todettu ryhmäohjausten tarpeellisuus ja käyttökelpoisuus (Anttila 2008, 11; Marttila 2010, 28). Ryhmiin osallistujat ja ryhmien ohjaajat näkivät ryhmäohjauksen tärkeänä, tehokkaana työmuotona, jota tulisi kehittää. Ryhmäohjausta on vielä vähän systemaattisena käytäntönä ja sen kehittäminen on tärkeää (Winel 2010,40). Ryhmiin osallistujat pitivät ryhmäohjausta erittäin tärkeänä vastasairastuneille, mutta toivoivat ryhmämuotoisen toiminnan kehittämistä myös pitempään sairastaneille. Ohjaajien mielestä ryhmäohjausta tulisi kehittää toimintamalliksi ja laajentaa sen käyttöä. Ryhmien koko oli pieni 6-8 henkilöä, joka on suositeltu ryhmäkoko (Anttila 2008, 13,14; Niemistö 2007, 57). Ryhmän toiminta oli aktiivista ja vuorovaikutus hyvä. Hyvän ja toimivan ryhmän ominaisuuksina pidetään, että ihmiset tuntevat toisensa ja heillä on yhteinen tavoite, sekä he kannustavat toisiaan ja huolehtivat toisistaan. (Kyngäs ym. 2007, 106.) Ryhmä ryhmäytyi hyvin, joka näkyi ryhmän turvallisuutena, luottamuksena ja toimivuutena. Ryhmädynamiikka ilmenee ryhmän sisäisenä voimana ja syntyy jäsenten vuorovaikutuksesta (Niemistö 2007, 17).

Ryhmäohjaus toteutettiin moniammatillisena, jossa hyödynnettiin asiantuntijoiden tietoja ja taitoja. Ryhmiin osallistujien mielestä eri asiantuntijoiden antama ohjaus koettiin tarpeellisena, joka on todettu aiemmissa tutkimuksissa (Pietilä, Halkoaho & Matveinen 2010, 268). Moniammatillinen työryhmä mahdollistaa diabeetikon kokonaisvaltaisen, laadukkaan hoidon sekä turvaa laajan osaamisen (Kotisaari ym 2008, 182). Ohjaajat kokivat moniammatillisuuden lisäävän omaa osaamista sekä auttavan jakamaan osaamista. Terveystieteiden verkostoitumiseen, joka hyödyttää kaikkia osapuolia. Voidaan puhua moniammatillisesta työstä tai poikkiallinnollisesta yhteistyöstä. Yhteistyö on oppimisen ja kehittymisen väline, joka lisää työntekijän asiantuntijuutta sekä vahvistaa voimavaroja. (Sirviö 2010, 144–145, Honkanen 2010, 214.) Täs-

sä tutkimuksessa moniammatillisuuden koettiin antavan myös vertaistukea ohjaajille. Ohjaajat näkivät tärkeänä työparin. Anttilan (2008) mukaan työpari takaa ryhmäohjaukselle paremman jatkuvuuden ja antaa mahdollisuuden yhteiseen suunnitteluun, arviointiin ja kehittämiseen. Toisen saman alan ammattilaisen työn seuraaminen auttaa tarkastelemaan omaa työtä ja tukee osaamisen kehittymistä (Pietilä ym. 2010, 264). Pienissä kunnissa työskennellään kansanterveystyössä usein yksin, koska työntekijöitä on vähän. Yhteistyö tuo tukea omaan työhön (Kotisaari ym. 2008, 177).

Aiemmissä tutkimuksissa on osoitettu ryhmäohjauksen hyödyt omahoitoon. Ryhmäohjaus edistää oppimista ja diabeetikon elämäntapojen muutoksia (Marttila 2010, 29; Anttila 2008, 11,12). Diabeteksen hoito paranee ryhmäohjausten avulla (Anttila 2008, 6.) Tässä tutkimuksessa ryhmäohjaus aktivoi ja tehosti omahoidon keinoja. Ryhmäohjaus vaikuttaa asenteisiin ja tukee sopeutumista pitkäaikaissairauteen (Marttila ym. 2004, 5.9.) Tutkimuksessa ryhmäohjaus auttoi sopeutumaan sairauteen sekä lisäsi osallistujien voimavaroja. Ryhmäohjaus lisäsi myös tietoa ja taitoja diabeteksen hoitoon. Ryhmä auttaa tiedon prosessointia ja tuo vertaistukea (Marttila ym 2004, 5-9; Anttila 2008, 11). Ryhmiin osallistujat kokivat vertaistuen tärkeänä. He kannustivat toisiaan, auttoivat jaksamaan, jakoivat kokemuksia sekä ymmärsivät toisiaan. Ryhmässä on mahdollisuus myös kielteisten kokemusten käsittelemiseen (Marttila 2010, 29).

Asiakaslähtöisyyden parantaminen nousi tärkeäksi osallistujien tuloksissa, mutta myös ohjaajien tavoitteena oli asiakaslähtöisyyden parantaminen. Ryhmäohjauksen ohjaajista suurin osa käytti luentotyypistä ohjausta. Kokeneilla ryhmien ohjaajilla menetelmä oli asiakaslähtöisempi sekä käytännönläheisempi. Laadukkaan hoidonohjauksen lähtökohtana on asiakaslähtöisyys, joka edellyttää hyvää potilaiden ja heidän tarpeidensa tunnistamista. Se lisää asiakkaan tyytyväisyyttä, hoitoon sitoutumista, ja mahdollisuuksia osallistua omaan hoitoonsa sekä parantaa hoitotasapainoa ja vähentää palvelujen tarvetta. (Kyngäs 2008,27.) Asiakas tulisi entistä paremmin huomioida yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti (Pietilä 2010,265). Ryhmiin osallistujat kokivat tärkeänä vuorovaikutuksen, keskustelun ja osallistumisen. He kokivat, etteivät aina saaneet mahdollisuutta keskustella ja kysellä, vaikka asiakkaan konteksti tulisi olla laadukkaan ohjauksen lähtökohta (Kääriäinen, 2007, 120). Asiakaskeskeinen, riittävä ohjaus sekä ohjauksen kokonaislaatu mahdollistavat ohjauksen vaikutukset (Kääriäinen 2007, 121). Diabetes Keskustelut -menetelmä osallisti ryhmiin osallistujat.

Laadukas ohjaus vaatii riittäviä resursseja, toimintamahdollisuuksia, henkilöstöä, aika-, tilaresursseja sekä ohjausvalmiuksia. (Kääriäinen 2007, 119). Tässä tutkimuksessa tuli esille tarve erilais-

ten ohjausmenetelmien laajemmasta käyttämisestä. Kääriäinen (2007) on todennut tutkimuksessaan, että ohjausmenetelmien hallintataidoissa on kehittämistä. Yleensä hallitaan hyvin vain suullinen esittäminen. Kääriäisen (2007) tutkimuksen mukaan potilaat toivovat suullisen ohjauksen lisäksi kirjallista materiaalia tai audiovisuaalista ohjausta. Tässä tutkimuksessa asiakkaat olisivat toivoneet enemmän kirjallista materiaalia, josta olisi voinut kotona kerrata asioita.

Toteutetun ryhmäohjauksen resursseissa tuli esille ryhmäohjaukseen soveltuvien tilojen puute. Aiemmissa tutkimuksissa hoitajat ovat kokeneet potilasohjaukseen tarkoitettujen tilojen olevan puutteellisia (Hämäläinen, Janatuinen, Koistiainen & Jauhiainen 2010, 95). Monet terveydenhuollon fyysiset rakenteet eivät enää vastaa nykyisiin muuttuneisiin työtapoihin. Tutkimuksen aikana vain yhdellä terveysasemalla oli hyvät ryhmäohjauksiin soveltuvat tilat. Sopivien tilojen puute aiheutti epätietoisuutta, joka vaikeutti osallistumista ryhmäohjauksiin. Kääriäisen (2007) tutkimuksessa tulee esille myös sopivien tilojen ja välineiden puute. Työmenetelmien kehittäminen vaatii aina resursseja ja organisaation tukea (Marttila 2010, 30). Tutkimuksessa tuli esille aikaresurssin riittämättömyys osalla ohjaajista sekä organisaation tuen puute. Osa ryhmien ohjaajista valmisteli ohjaustapahtumia kotona. Niissä organisaatioissa, joissa ryhmäohjaus oli jo käytäntönä, ongelmia ei ollut. Esimiesten asennoituminen vaikuttaa ohjauksen toteuttamismahdollisuuksiin ja kehittämiseen työyksikössä (Hämäläinen ym. 2010, 95).

Lääkärin antama ryhmäohjaus toteutettiin videovälitteisesti. Aiempaa tutkimusta ei löytynyt lääkärin antamasta videovälitteisestä ryhmäohjauksesta omille potilailleen, joten tämä oli uusi tapa kehittää diabetespotilaiden hoitoa. Aiempia tutkimuksia on videovälitteisistä painonhallintaryhmistä, joiden ohjaajana on toiminut ravitsemusterapeutti. Videovälitteinen ohjaus on todettu soveltuvan hyvin ryhmäohjaukseen sekä on kustannustehokasta. Etäohjaukseen osallistuneiden on todettu hyötyvän jopa enemmän ryhmäohjauksesta sekä ryhmän tuesta kuin lähiryhmäläisten. Videovälitteisessä ohjauksessa on tärkeää perehdyttää osallistujat hyvin tekniseen ympäristöön. Videovälitteinen työ on nykyisin arkipäivää monessa työssä, jota voitaisiin hyödyntää monipuolisemmin. (Kanste, Timonen & Ylitalo-Katajisto 2012, 55, 57.) Sekä ohjaajat että ryhmiin osallistujat pitivät videovälitteistä ohjausta onnistuneena. Videovälitteisessä ohjauksessa todettiin tarve suuremmalle ryhmätalalle, joka antaa mahdollisuuden nähdä koko ryhmän samaan aikaan.

Diabetes Keskustelut -menetelmä oli käytössä kansanterveyshoitajilla ryhmäohjauksessa. Ryhmiin osallistujat kokivat sen hyvänä, asiakaslähtöisenä menetelmänä, koska siinä oli kuvallinen, sanallinen ja osallistava menetelmä mukana. Osallistujat kokivat, että tieto jää paremmin muistiin, kun pääsee itse osallistumaan ja näkee myös kuvat. Kääriäisen (2007) mukaan erilaisten mene-

telmien käyttö on suotavaa, koska henkilöt muistavat ja prosessoivat asioita eri tavalla. Osa koki Diabetes Keskustelut lapsellisena pelinä, vaikka pitivät esille tulleita asioita tärkeänä. Osalle taas ”peliin” osallistuminen oli innostava asia. Diabetes Keskustelut on yhdysvaltalaisen Healthy Interactionin kehittämä ja Kansainvälisen Diabetesliiton tukema ohjattu ryhmätyömalli, jossa käytetään keskustelukarttoja, kysymyskortteja ja muuta oheismateriaalia. Osallistujia on 5–10 potilasta ja keskustelua ohjaa ohjaajankoulutuksen käynyt terveydenhuollon ammattilainen. (Diabetes Keskustelut – ohjelma, 2012.) Aiemman tutkimuksen mukaan menetelmä kannusti osallistuneita pohtimaan diabeteksen hyvän omahoidon merkitystä. Osallistujat kokivat saaneensa ryhmään osallistumalla vertaistukea ja positiivista kannustamista sekä olivat sisäistäneet uutta tietoa. Diabetes Keskustelut -ohjelma tukee oppimista ryhmässä. (Andersson, Makkonen & Bacman 2011.)

Ryhmäohjauksen organisoinnissa ja tiedonkulussa nähtiin parannettavaa. Ryhmäohjaustila vaihteli, koska siihen tarkoitettua tilaa ei ollut. Tämä aiheutti osallistujissa epätietoisuutta ja jopa joitakin ryhmäohjauksia jäi väliin joillakin osallistujilla. Aiemmissa tutkimuksissa hoitajat ovat kokeneet potilasohjaukseen tarkoitettujen tilojen olevan puutteellisia (Hämäläinen ym. 2010, 95). Myös ohjaajien yhteistyössä oli parannettavaa, mikä vaikeutti tiedonkulkua. Tämä ryhmäohjaus oli pilot-tiryhmä, jonka pohjalta on hyvä lähteä kehittämään ryhmäohjausta edelleen. Ryhmäohjaus koettiin tärkeänä, tarpeellisenä sekä sitä tulisi kehittää edelleen. Tämä tutkimus antaa kokemusta ja tietoa ryhmäohjauksen kehittämiseen. Se antaa kehittämiseen näkökulmia erityisesti asiakkaan näkökulmasta, mutta myös ohjaajien kautta. Erityisen mielenkiintoista tutkimuksessa oli, että sekä ohjaajilla että osallistujilla löytyi paljon samanlaisia kokemuksia ryhmäohjauksesta. Tämä vahvistaa sitä, että kokemukset olivat aitoja ja tosia.

5.6 Tutkimuksen etiikka

Hoitotieteellisellä tutkimuksella on omia eettisiä ohjeita yleisten eettisten ohjeiden lisäksi. Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu. Tutkijan on mietittävä aiheen merkitystä yhteiskunnallisesti sekä tutkimuksen vaikutusta tutkimukseen osallistuviin. Tutkimuksen oikeutuksena tulee olla sen hyödyllisyys. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–179.) Onko tutkimuksesta hyötyä ja ketä tutkimus hyödyttää? Diabeetikoiden ryhmäohjauksen kehittäminen on ollut jo kauan mielessä. Sairastavuus ja hoidon tarve lisääntyy. Työn resurssit ovat tiukat, jolloin menetelmiä tulisi muuttaa, että pystyy vastaamaan kasvavaan tarpeeseen. Ryhmäohjauksen kehittäminen auttaa ennen kaikkea asiakkaita, mutta myös työtä tekeviä hoitajia resurssien paremmalla koh-

dentamisella. Ryhmäohjauksella voidaan vähentää ohjauksen kokonaistarvetta ja lisätä vaikuttavuutta (Anttila 2008, 11). Samansuuntaisia muutoksia on menossa myös muualla Suomessa (Suurnäkki ym. 2010, 39). Kehittämällä on merkitystä laajemmin, sitä voidaan hyödyntää myös muualla kansanterveystyössä. Kehittämistehtävän ryhmäohjausprojekti toteutettiin omilla työresursseilla. Sen jääminen elämään käytäntönä, ovat suuremmat mahdollisuudet kuin jonkin ulkopuolisen projektin tuloksena.

Tutkimuksen tekemisestä ei saa koitua kenellekään haittaa tai riskiä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177). Osallistujien itsemääräämisoikeus on tutkimuksen lähtökohta. Osallistuminen tulee olla vapaaehtoista ja osallistujilla tulee olla oikeus keskeyttää tutkimus. Osallistujille on kerrottava tutkimuksesta mahdollisimman tarkkaan. Heidän tulee tietää, mihin osallistuvat. Tutkijan tulee suojata osallistujien yksityisyys ja anonymiys. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177.) Tässä tutkimuksessa vapaaehtoisuuden varmistettiin sekä kirjallisesti että vielä suullisesti ennen haastatteluja. Osallistujille kerrottiin tutkimuksesta mahdollisimman tarkkaan ja myös siitä, mitä hyötyä tutkimuksesta on. Osallistujien anonymiys suojattiin mahdollisimman tarkkaan. Raportoinnissa ei tule esille tutkimukseen osallistujien henkilöllisyys missään vaiheessa vaan tietoja käsitellään ryhminä. Osallistujille kerrottiin aineiston säilyttämisestä tutkimuksen aikana ja hävittämisestä tutkimuksen jälkeen.

5.7 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa tuotettu tulkinta on tutkijan persoonallinen näkemys, jolloin tulokset eivät ole toistettavissa eivätkä siirrettävissä (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 1997, 215). Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi liittyy tutkijaan, aineiston laatuun, analyysiin ja tulosten esittämiseen. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36.) Laadullisen tutkimuksen tulokset ovat kontekstisidonnaisia, jolloin ne eivät ole sellaisenaan siirrettävissä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160). Haastatteluvaiheessa haastateltavat kertoivat mielellään kokemuksia, koska heistä ryhmäohjauksen kehittäminen oli tärkeää. Haastattelun etuna oli, että asiaan pystyi palaamaan, mikäli tarvitsi lisätietoa. Tutkimuksen analyysivaiheessa palattiin usein alkuperäiseen tekstiin ja nauhoituksiin, että esille tulisi oikea tulkinta ja asiaan liittyminen. Tutkijan aineiston perusteellinen tuntemus vahvistaa tulosten uskottavuutta (Lukkarinen 2003, 156).

Raportoinnissa kuvataan huolellisesti tutkimuskonteksti, osallistujien valinnat ja taustat, mikä tukee tutkimuksen luotettavuutta. Haastattelutilanteet sekä siihen vaikuttavat tekijät on raportoitu mahdollisimman tarkkaan. Tutkimuksen raportoinnissa selvitetään tarkkaan esimerkkien avulla, miten tuloksiin on, jolloin voidaan osoittaa yhteys tulosten ja aineiston välillä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160). Aineiston analyysistä on esimerkkejä liitteenä (LIITE 4). Tutkimuksen tuloksissa tuli esille paljon samankaltaisuutta sekä ohjaajien että osallistujien kokemuksissa. Tämän tukee sitä, että kokemukset ovat tosia.

Haastattelututkimus vaatii taitoa (Kylmä & Juvakka 2007, 91). Olen aiemmin tehnyt haastattelututkimuksen yksilöhaastatteluna, mikä on vähäinen kokemus. Opin kuitenkin, että laitteet tulee testata ennen käyttöä, koska silloinen laite ei toiminut itse haastattelutilanteessa. Työssäni terveydenhoitajana haastattelen päivittäin ihmisiä terveyteen liittyvistä asioista, jonka koen auttavan etsimään oleellista ja merkityksellistä tietoa. Tässä haastattelussa ei ollut tutkimukseen liittyvää ammattisanastoa jota tulisi välttää (Kylmä & Juvakka 2007, 91). Osallistajat ymmärsivät hyvin käytetyn kielen.

5.8 Tyypin 2 diabeteksen ryhmäohjauksen kehittäminen seutu III:n kansanterveystyöhön

Kääriäinen (2008) on määritellyt potilasohjauksen laadun hoitohenkilöstön ammatilliseen vastuuseen perustuvaksi, potilaan ja hoitohenkilöstön kontekstiin sidoksissa olevaksi, vuorovaikutuksessa rakentuvaksi, aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka toteutetaan asianmukaisin resurssein ja on riittävä ja vaikuttavaa. DEHKO:n työryhmän (2003) laatimien diabeetikon hyvän hoidonohjauksen kriteerit ovat: hyvä hoidonohjaus on yksilöllistä, asiakaslähtöistä, diabeetikon tarpeista lähtevää ja diabeetikon ehdoilla etenevää, tunteet huomioivaa ohjausta.

Tämän projektin tarkoituksena oli tuottaa ryhmäohjausmalli seutu III:n kansanterveystyöhön, sekä kerätä tietoa kokemuksista ryhmäohjausmallin kehittämiseen. Ryhmäohjaus oli pilottihanke ryhmäohjauksen mallin luomiseen ja kehittämiseen asiakaslähtöisesti. Tutkimuksen tuloksia voidaan peilata hyvän ja laadukkaan ohjauksen/tyypin 2 diabeteksen ohjauksen kriteereihin ja nostaa esille kehitettäviä asioita.

Potilaan/asiakkaan ohjauksen lähtökohdan muodostaa aina asiakas ja ohjaaja taustatekijöineen (Kynäs ym. 2007, 28). Asiakkaan tausta muodostuu elämäntilanteesta, ongelmista, omaisista ja ohjauksen tarpeesta. Ohjaajan tausta muodostuu ohjausmenetelmien hallinnasta, tiedoista, tai-

doista ja asenteista sekä ohjauksen riittävydestä ja muista resursseista kuten työyhteisöstä, tiloista, välineistä ja aikaresursseista. (Kääriäinen 2008, 78–91.) Ohjaus tulisi olla asiakaslähtöistä/yksilöllistä, jolloin asiakkaan tausta huomioidaan (Kääriäinen 2008, 40). Asiakaslähtöinen riittävä ohjaus on edellytyksenä ohjauksen laadulle (Kääriäinen 2010, 26). Tässä tutkimuksessa sekä ohjaajat että osallistujat olivat sitä mieltä, että asiakaslähtöisyys ei toteutunut parhaalla tavalla. Se toteutui vaihtelevasti. Pitempään ryhmäohjausta työmuotona käyttäneiden ohjaajien ohjausmenetelmät olivat asiakaslähtöisempiä. Asiakaslähtöisyys tuli esille tärkeänä kehittämis-kohteena.

Ohjaajat kokivat myös parannettavaa omassa työssä. Ohjaajat kokivat tarvitsevansa koulutusta ja harjoitusta ryhmien ohjaamiseen. Työmenetelmissä oli kehitettävää asiakaslähtöisempien ohjausmenetelmien monipuolisemmassa käytämisessä ja tiedon käytännönläheisyydessä. Hoitajan ammattitaidon kehittämisen tarpeita ovat vaatimukset näyttöön perustuvasta ja asiakaslähtöisestä ohjauksesta. Laadukas potilasohjaus edellyttää hoitohenkilöstöltä uudenlaista osaamista: potilaan oppimistarpeiden tunnistamista, oppimisteorioiden tuntemista, asiakaslähtöisten ohjausmenetelmien hallintaa sekä näyttöön perustuvaa ajan tasalla olevaa hoitotyön sisällön osaamista (Hämäläinen ym. 2010, 11). Ohjaamaan oppimisesta, ohjauksen sisällöistä, ohjausmenetelmistä ja vuorovaikutuksesta tulisi järjestää enemmän koulutusta (Kääriäinen 2010, 26).

Ohjaukseen soveltuvia/saatavia tiloja ei ollut kaikissa kunnissa. Ohjaukseen liittyvää materiaalia ei ollut riittävästi. Osalla ohjaajista puuttui myös esimiehen (organisaation) tukea, jota ilman on vaikea kehittää työtä (Hämäläinen ym. 2010, 98). Tämä vaikutti myös ryhmäohjaukseen käytettävään työaikaan, jota ei kaikilla ohjaajilla ollut riittävästi. Riittävät resurssit ja organisaation tuki ovat mahdollistajia riittävälle ja laadukkaalle ryhmäohjaukselle (Marttila 2010, 30).

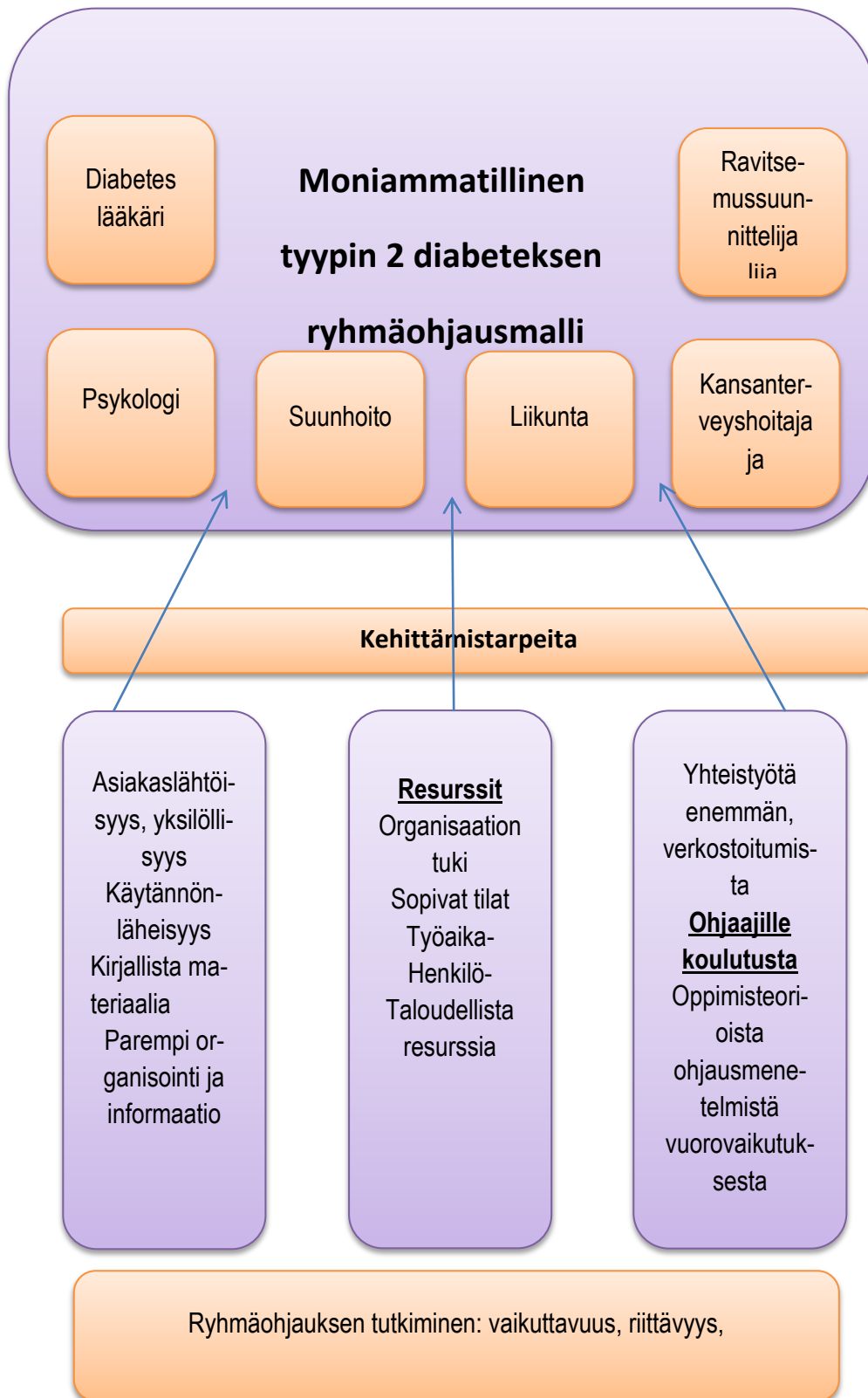
Tämä ryhmäohjaus toteutettiin olemassa olevilla taloudellisilla resursseilla, johon ei taloudellista tukea tarvittu. Kuitenkin ohjaajat näkivät kehittämisen kannalta tärkeänä, että asiantuntijoiden käyttämisen turvaamiseksi tulevaisuudessa tulisi saada myös taloudellista tukea. Ohjaajat kokivat moniammatillisen yhteistyön tärkeänä, joka lisäsi ohjaajien oppimista toisilta ja näin omaa asiantuntijuutta. Diabeteksen hyvä ja laadukas hoito perustuu moniammatilliselle yhteistyölle (Kotisaari ym. 2008, 180). Yhteistyö verkostoissa hyödyttää kaikkia osapuolia oppimisen ja kehittymisen välineenä, osaaminen kumuloituu verkostossa (Honkanen 2010, 214). Yhteistyötä toivottiin enemmän ja tiiviimmin.

Ryhmäohjauksen käytännön toteuttamisessa oli myös puutteita, tieto ei kulkenut riittävän hyvin sekä ohjauksen organisoinnissa oli myös puutteita. Tämä ryhmäohjaus-projekti oli pilottihanke,

jolloin voi odottaa, ettei kaikki toimi ensimmäisellä kerralla sujuvasti. Tämä hanke oli myös monella tapaa haastava: moniammatillinen ja kolmen kunnan yhteinen projekti, jossa oli pitkät välimatkat. Meillä ei ole aiemmin ollut kansanterveystyössä näin laajaa asiantuntijoiden yhteistyötä, joten kaikille ei ollut selvää, miksi osallistua ohjaukseen. Tämän vuoksi yhteistyö ja yhteiset palaverit ennen ryhmäohjausta ovat tarpeen. Nyt kaikkien ohjaajien yhteinen palaveri ennen ryhmäohjausta jäi puuttumaan projektin tiukan aikataulun vuoksi. Moniammatillinen tyypin 2 diabeteksen ryhmäohjaus tulisi saada käytännöksi kansanterveystyöhön. Ohjauksen systemaattisessa organisoinnissa on puutteita ja ohjaus on usein sattumanvaraista (Kääriäinen 2010, 28).

Ohjauksen vaikuttavuutta ei tässä tutkimuksessa tutkittu. Vaikuttavuus tuli kuitenkin esille tutkimuksen tuloksissa osallistujien ja ohjaajien kokemuksissa. Jatkossa, kun ryhmäohjaus on vakiintunutta toimintaa, on hyvä tutkia myös ohjauksen vaikuttavuutta esimerkiksi määrällisellä tutkimuksella, koska vaikuttavuus liittyy keskeisesti ohjauksen laatuun. Jatkossa on tarpeen myös tutkia ohjauksen riittävyttä laadukkaan ohjauksen toteutumiseksi.

Tämä kehittämistyö oli vasta alku ryhmäohjauksen käyttämiseen työvälineenä ja sen kehittämiseen. Tuotettu ryhmäohjausmalli oli toimiva ja sitä haluttiin jatkossa palveluna. Tämä ryhmäohjausmalli tuotettiin aiempaan tutkittuun tietoon tyypin 2 diabeteksen ryhmäohjauksista ja hoitajien kokemukseen ja tietoon perustuen. Tämän tutkimuksen perusteella kehittämistyö oli hyvä alku asiakaslähtöisen toimintamallin kehittämiseen, jota tulisi jatkaa. Tulosten perusteella sekä asiakkaat että työorganisaatio hyötyvät ryhmäohjaustoiminnasta. Pitkäaikaissairaiden vertaisryhmätoimintaa tulisi kehittää monipuolisesti erilaisten ryhmien käyttöön



Kuvio 5. Tyypin 2 diabeteksen ryhmäohjauksen kehittäminen asiakaslähtöisesti

6. POHDINTA

Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö on laaja työn ohessa tehtäväksi. Se on yleensä työelämälähtöinen, joka innostaa ja aktivoi opinnäytetyön tekemistä. Minulla oli jo kauan palanut halu päästä systemaattisesti kehittämään ryhmäohjausta kansanterveystyöhön, jonka koin ajankohtaiseksi ja tärkeäksi. Lukiessani kansallisia terveydenhuollon suunnitelmia ajatus vahvistui. Pitkäaikaiset sairaudet lisääntyvät ja hoitamiseen tarvitaan uusia menetelmiä (Rimpelä ym 2009, 279). Myös oma työnantaja Kainuun maakunta-kuntayhtymä on painostanut ryhmäohjausten aloittamiseen. Suunnittelutyöhön sain työryhmän seutu III:n kansanterveyshoitajista, joiden tuki on ollut korvaamaton kehittämisprojektin eteenpäin viemisessä. Omassa arkityössäni olen kokenut paljon yksinäisyyttä niin ammatillisesti ja kollegiaalisesti, koska pienellä paikkakunnalla työtä tehdään hyvin paljon yksin. Työryhmä on ollut myös tervetullut tuki omaan arkityöhön.

Tämä kehittämistyö oli pienimuotoinen sisäinen projekti, joka oli paljon omalla vastuullani. Työelämä on muutoksessa, joka on vaikuttanut oleellisesti projektin vaiheisiin. Lähiesimies vaihtui heti alussa ja kansanterveystyöhön on tullut monia muutoksia. Olen miettinyt, onko tämäkin projekti ollut lisärasitus kansanterveyshoitajille ja muutos kaiken muun lisäksi? Toisaalta projektityö on koonnut työryhmänä yhteen ja olemme saaneet keskustella muistakin työasioista. Työryhmän työ on ollut innostavaa, vaikka olemme työskennelleet ajallisesti tiukoissa resursseissa. Työryhmän jäsenten pitkäaikainen kokemus ja tieto ovat tulleet näkyviin työryhmän työssä.

Työryhmän työ on ollut haasteellista pitkien etäisyyksien, mutta myös kiireisen arkityön vuoksi. Työryhmän työtä ovat vaikeuttaneet muutokset työssä, jotka ovat tuoneet ristiriitoja organisaation kanssa. Myös uuden kehittäminen vaatii asenteissa muutosta. Meillä kansanterveystyössä ei ole perinnettä ryhmien ohjaamiseen, joka näkyi resurssien puutteena. Työryhmän suunnittelutyötä on vaikeuttanut myös moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen, koska pienillä paikkakunnilla on niukasti asiantuntijaresursseja. Ravitsemussuunnittelijan sijaisuus katkesi vuoden lopussa, jolloin suunnitelmia ei voinut tehdä pidemmälle. Psykologin saaminen mukaan oli vaikeaa ja hänen työpanos toteutui vain yhteen kuntaan. Diabeteslääkäri lopetti juuri syksyllä yhdessä kunnassa, mutta saimme järjestettyä ryhmäohjauksen ohjaamisen toisen lääkärin avulla. Jalkahoidon osioon olisimme mielellään halunneet jalkaterapeutin, mutta se ei ollut mahdollista kustannusten vuoksi. Jalkahoidon osion ohjasivat kansanterveyshoitajat.

Ryhmäohjaukseen soveltuvia tiloja ei ole vanhoissa terveysasema-rakennuksissa. Tämä oli selkeä puute, joka vaikeutti ryhmäohjausten toteutumista. Tieto ei aina kulkenut siitä, missä ryhmäohjaus tapahtui, koska paikka vaihtui. Myös muu tiedottaminen ontui, joka vaikeutti osallistumista ryhmäohjaukseen. Tämä johtui osittain kiireestä, mutta myös takeltelevasta yhteistyöstä eri tahojen kesken. Tämä on valitettavaa, mutta toisaalta ymmärrettävää, koska oli kyse ensimmäisestä näin laajasta yhteistyöstä. Terveystieteidenhuollossa suositaan nykyisin verkostoitumista, mutta yhteistyö ei ole vielä kaikille selvää. Talvinen Pohjois-Suomen sää vaikeutti myös osaltaan ryhmäohjausten toteutumiseen. Yksi kuntosaliohjaus jäi kokonaan toteutumatta, koska oli niin kova pakkas, etteivät osallistujat päässeet paikalle.

Haastatteluihin osallistui ryhmiin osallistujia vähän (n= 7). Tähänkin oli osittain syynä talvinen sää (kova pakkas), mutta myös huono tiedon kulku. Kuitenkin sain hyvän ja laadukkaan aineiston. Laadullisessa tutkimuksessa osallistujia on yleensä vähän. Tavoitteena on mahdollisimman rikas aineisto, jonka avulla saadaan kuvaus ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 27). Haastatteluissa tuli esille kylläntymistä (saturaariota), joka merkitsee, etteivät osallistujat enää tuota uusia näkökulmia aineistoon (Kylmä & Juvakka 2007, 27). Haastattelut koin hyvin vapaina ja haastateltavat kertoivat mielellään kokemuksiaan ryhmäohjauksista. He olivat innostuneet uudesta toimintamuodosta. Kerronta oli rikasta ja värikästä kainuulaiseen puhetyyliin sopien.

Aluksi olin ajatellut teemahaastattelua haastattelumuodoksi, mutta päädyin kuitenkin avoimeen haastatteluun, joka antaa mahdollisimman avoimen lähestymistavan tutkittavaan ilmiöön (Kylmä & Juvakka 2007, 64). Haastatteluissa lähdin liikkeelle tutkimuskysymyksillä: Millaisia kokemuksia teillä on toteutetusta ryhmäohjauksesta? Miten ryhmäohjausta tulisi kehittää? Tämän jälkeen tein tarkentavia kysymyksiä. Haastattelutilanteissa tuli esille ryhmien hyvä vuorovaikutus ja vertaistuki. Ryhmiin osallistujat antoivat neuvoja ja tukea toisilleen myös haastattelutilanteessa. Osallistujissa tuli esille, että ryhmä oli ryhmäytyneet ja he kokivat turvallisuutta kertoessaan kokemuksistaan. Ryhmähaastattelutilanteissa voi saada esille tavanomaista moniulotteisemman kuvan todellisuudesta (Kylmä & Juvakka 2007, 84).

Aineiston analysointi oli haasteellinen tehtävä, mutta mielenkiintoinen. Olin jo etukäteen tietoinen, että se vaatii aikaa ja kovaa työtä. Jo aineiston aukikirjoittaminen oli kova työ. Oma työskentelyä vaikeutti viimeiseen opiskeluvuoteen ajoittunut olkapään kirurginen hoito, joka esti kirjoittamisen kuukausiksi. Tuon ajan käytin hyödyksi lukemalla lähdekirjallisuutta mutta myös esikuuntelemalla tutkimuksen haastatteluja, jolloin sain jo kuvausta ja merkityksiä aineistosta. Laadullisen aineiston tavoitteena on osallistujien näkökulman ymmärtäminen ja esiin saaminen (Kylmä &

Juvakka 2007, 31). Aineiston luokittelu vaatii taitoa, että saa esille olennaiset ja merkitykselliset asiat ja että se ohjautuu sisällöstä käsin (Kylmä & Juvakka 2007, 112). Toisaalta tulee varoa liiallista pelkistämistä, ettei aineistosta katoa merkityksellisiä asioita. (Kylmä & Juvakka 2007, 114). Palasin myös aina tutkimuskysymyksiin, että sain juuri hakemaani tietoa.

Tutkimuksen tulosten pohdinta aiemman tiedon valossa toi esille yhtäläisyyksiä aiempiin tutkimuksiin. Tulokset myös vahvistivat ja antoivat merkityksen tutkimuksen tekemiselle. Ryhmäohjauksiin osallistuneet olivat erittäin tyytyväisiä toimintamuotoon ja siihen, että tällainen toiminta on aloitettu. He pitivät sitä elintärkeänä (*"hengenvpelastus"*) uusille diabeetikoille. Tulokset toivat esille myös tärkeitä kehittämistarpeita, kuten asiakaslähtöisyyden. Ryhmäohjaustoiminta tulisi saada systemaattiseksi toiminnaksi, kuten on monissa aiemmissa tutkimuksissa todettu (Kääriäinen 2010, 28). Sitä tulisi kehittää monimuotoisemmaksi ja ohjausmenetelmiä tulisi monipuolistaa. Ryhmäohjaustoiminnasta olisi hyötyä useisiin kansansairauksiin.

Tuloksissa tuli esille myös tärkeä yhteistyön tarve. Moniammatillinen yhteistyö kasvattaa asiantuntijuutta sekä antaa tukea työhön. Asiantuntijoiden yhteistyö takaa myös laadun asiakkaan ohjaukseen, kun kukin tuo oman ajantasaisen tiedon asiakkaiden käyttöön (Kotisaari ym. 2008, 179). Hoitajan ammattitaidon kehittämisen tarpeita ovat vaatimus näyttöön perustuvasta ja asiakaslähtöisestä ohjaamisesta (Hämäläinen ym. 2010, 11)

Kehittämistarpeena tuli esille hoitajien koulutus ryhmien ohjaamiseen/ohjaamiseen. Ohjaamaan oppimisesta, ohjauksen sisällöstä, ohjauksen menetelmistä ja vuorovaikutuksesta tulisi järjestää koulutusta. Systemaattinen koulutus turvaa laadun potilaan ohjaamiseen, joka on nykyisin tavoitteena näyttöön perustuvan työn mukaan. Hoitajan tulee tunnistaa, miten asiakas omaksuu tietoa (Kyngäs ym 2007, 25). Tähän hoitaja tarvitsee itse tietoa oppimisesta, ohjausmenetelmistä sekä taitoa käyttää tietoa. Systemaattinen koulutus ohjaamisesta sekä käytännön kokemus auttavat hoitajaa kehittymään ohjaamisessa. (Kääriäinen 2010, 27). Asiakkaan oikeudet saada tietoa hoitoaan koskevista vaihtoehdoista sekä heidän tietoisuutensa näistä oikeuksista on luonut tarpeen kehittää näyttöön perustuvaa ohjausta. (Kyngäs ym 2007, 62). Tässä kehittämistyössä emme tiukan aikataulun vuoksi voineet keskittyä teoretietoon ohjaamisesta, mutta varasimme yhden aamupäivän kehittämispalavereista Motivoivan keskustelun- ja muutosvaihemallin periaatteisiin tutustumiseen, sekä teoretietoon ohjauksesta.

Ryhmäohjausmallin tuottaminen ja kehittäminen seutu III:n käyttöön oli tärkeää kansanterveys-työn kehittämiseksi. Tämän tutkimuksen mukaan kehittämistyö onnistui hyvin, vaikka kehitettä-

vääkin jäi, mikä on luonnollista yhden kerran jälkeen. Tuotettu ryhmäohjausmalli koettiin hyvänä ja toimivana. Kehittämistyöstä oli hyötyä tyyppin 2 diabeetikoille sekä työorganisaatiolle. Saimme mielestäni tärkeän kynnyksen ylitettyä eli aloitettua ryhmäohjaukset ja sen kehittämisen. Tutkimustulosten avulla on hyvä jatkaa kehittämistä asiakaslähtöisesti. Kehittämisprojektin rahoitus toteutui suunnitellusti. Tämä oli pienimuotoinen sisäinen projekti, joka toteutui olemassa olevilla resursseilla, joten yllätyksiä ei tapahtunut, rahoitussuunnitelma ja toteuma ovat liitteenä (Liite 5).'

Kehittämistyön aikana olen miettinyt usein hoitajan nykyisiä vaatimuksia työssä. Työtä on paljon, joka tuo työhön kiirettä ja paineita. Työn vaatimukset myös kasvavat. Toimintaympäristön muutokset ja uudet palvelukonseptit muuttavat sairaanhoitajan työtä entistä vaativammaksi ja itsenäisemmäksi sekä edellyttävät vahvaa tiimityötä (Merasto 2011, 11). Hoitaja tarvitsee paljon ja jatkuvasti tietoa ja tiedon päivittämistä pystyäkseen suoriutumaan työstään. Tietoa tarvitaan myös laadun turvaamiseen hoitotyössä. Asiantuntijuuden tulee saada kasvaa ja kehittyä.

Nyt toteutettu ryhmäohjausmalli oli mahdollisuus oman asiantuntijuuden kehittämiseen, mutta myös kollektiivisen asiantuntijuuden kehittämiseen (Mäkipää & Korhonen 2011, 16). Tätä ei mielestäni vieläkään hoitotyöyhteisöissä riittävästi ymmärretä ja hyödynnetä. Oma osaamista tulisi jakaa, sillä samalla saa itse kasvatettua omaa ja yhteisön asiantuntijuutta. Nykyisin edelleen tieto pidetään usein itsellä ja käytetään sitä vain omassa työssä. Tämä kehittämistyö tarjosi mahdollisuuden oppia toisilta, mutta myös jakaa omaa osaamista. Tämänkin vuoksi kehittämistyö oli sekä työorganisaatioille että työntekijöille merkittävää. Tämän suuntaista kehittämistä tulisi jatkaa. Kehittämistyö toi tukea (vertaistukea) ohjaajille omaan työhön, joka on erittäin tärkeää työssä jakamiselle. Yhteinen kehittämistyö toi myös uusia ajatuksia ja innostusta omaan arkityöhön.

"Jaettu ilo on kaksinkertainen ilo." Meidän tulisi jakaa enemmän, jotta saisimme enemmän. Meidän tulisi siirtyä enemmän kohti kollektiivista asiantuntijuutta. Osaaminen ja asiantuntijuus eivät ole nykyisin enää yhden henkilön taito, vaan tiimien ja verkostojen yhteisöllinen tuote. Asiantuntijuus muodostuu ja kasvaa ryhmän vuorovaikutuksen tuloksena. (Mäkipää & Korhonen, 2011, 16.) Tämän tutkimuksen tulosten perusteella hoitotyöyhteisöissä pitäisi kehittää kollektiivista asiantuntijuutta systemaattisesti, joka samalla kehittää myös yksilön asiantuntijuutta. Tämä olisi yksi tapa saada keinoja selviytyä nykyisistä ja tulevista haasteista hoitotyössä. Moniammatillisuus, verkostoituminen ja kollektiivinen asiantuntijuus on yksi keino vastata työn alussa esitettyihin kansallisiin terveydenhuollon (Nurkkala 2010; 21–26; Puska 2011) haasteisiin. Kollektiivisen asiantuntijuuden kehittäminen oli yksi "löytö" tämän työn aikana.

Lähtiessäni miettimään tätä kehittämistyötä, mielessä oli kaksi johtotähteä: tyypin 2 diabeetikoiden ryhmäohjauksen kehittäminen ja näyttöön perustuva toiminta. Mielestäni tässä kehittämistyössä molemmat asiat saivat hyvin merkityksen. Olemme saaneet työryhmän kanssa kehitettyä moniammatillisen ryhmäohjausmallin tyypin 2 diabeetikoille, jota kehitetään asiakaslähtöisesti. Asiakaslähtöisyys/asiakkaan äänen pääseminen näkyviin oli tärkeää, koska vain heitä kuuntelemalla saamme aikaan palveluja, jotka vastaavat heidän tarpeisiin. Näyttöön perustuvasta toiminnasta olen saanut paljon uutta tietoa diabeetikon hoidonohjauksen ja ohjauksen näkökulmasta. Olen opiskellut paljon viimeisenä kymmenenä vuotena. Hoitajan asiantuntijuuden kehittäminen näyttöön perustuvan toiminnan kautta on tullut yhä merkityksellisemmäksi. Se on pakottanut hakemaan tietoa ja opiskelemaan, ”*nälkä kasvaa syödessä*”. Tämä opiskelu on antanut paljon uutta tietoa ja lisännyt asiantuntemusta pitkäaikaissairaiden hoidossa, mutta antanut myös uusia haasteita tulevaisuuteen.

Kiitokset opinnäytetyön ohjaajille Maija Alahuhdalle, Kaisa Koivistolle ja Pirkko Sandelinille suuresta kärsivällisyydestä ja kannustamisesta eteenpäin silloinkin, kun kaikki ei sujunut. Erityiskiitokset Maija Alahuhdalle asiantuntemuksesta diabeteksen hoidossa ja sen jakamisesta opinnäytetyön ohjaamisessa. Suuret kiitokset työryhmälle, jonka asiantuntemus ja käytännön kokemus ovat olleet merkittävä apu kehittämistyössä. Kiitos myös kaikille muille osallistuneille, jotka ovat olleet mahdollistamassa työn tekemisen. Erityiset kiitokset videovälitteisille lääkäreille, jotka ovat olleet innokkaasti mukana välimatkasta huolimatta. He ovat olleet ennakkoluulottomasti luomassa uutta diabeteksen hoitoon: Oma diabeteslääkäri ohjaa omia potilaitaan videovälitteisesti ryhmänä. Lämpimät kiitokset ryhmiin osallistuneille arvokkaasta tiedosta tutkimukseen. Jaksoitte pohjoisen pakkasista huolimatta osallistua kehittämistyöhön, josta hyötyy moni tuleva ja nykyinen tyypin 2 diabeetikko.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Suomalainen terveydenhuolto on muutoksessa. Muutos tuo tarpeen ja mahdollisuuden toiminnan arviointiin ja kehittämiseen. On uskallettava luopua perinteisestä ja uusiutua. (Risikko, 2010, 9.) Pitkäaikaissairauksien syntyyn vaikuttavat perintötekijöiden rinnalla ihmisten elintavat, joilla on suuri merkitys sairauksien hoidossa. Terveydenhuollon tulee tukea potilaan aktiivisuutta ja oma-toimista, arjessa tapahtuvaa terveydestä huolehtimista. Jotta potilasta voidaan tukea tuloksellisella tavalla, terveydenhuollossa on muutettava omaa ajattelutapaa ja yhtenäistettävä toimintatapoja. Terveydenhuollossa on luotava uusia toiminta- ja palvelumalleja. (Suurnäkki ym. 2010, 28-29.) Tässä projektissa tuotettiin moniammatillinen ryhmäohjausmalli tyypin 2 diabeetikoiden hoitoon seutu III:n kansanterveystyöhön sekä tuotettiin tietoa laadullisella tutkimuksella ryhmäohjauksen kehittämiseen asiakaslähtöisesti.

1. Tässä kehittämistyössä tuotettu moniammatillinen ryhmäohjausmalli oli hyvä ja toimiva. Tyypin 2 diabeteksen ryhmäohjaus todettiin tärkeäksi ja tarpeelliseksi. Se antoi tyypin 2 diabeetikoille heidän tarvitsemaansa tietoa, taitoa ja keinoja omaan hoitoon. Se antoi myös tärkeän vertaistuen, joka auttaa sopeutumisessa pitkäaikaissairauden kanssa elämiseen. Ryhmäohjaustoimintaa tulee kehittää edelleen vastasairastuneille diabeetikoille sekä erilaisia toimintamalleja. Ryhmätoimintaa tulee kehittää myös muille kansanterveystyön potilasryhmille sekä vapaamuotoista vertaisryhmätoimintaa esimerkiksi järjestöjen kautta jatkuvaksi tueksi asiakkaiden voimaantumiseen ja elämänhallintaan. Ryhmäohjaustoiminnan organisointi ja tiedottaminen vaatii kehittämistä.
2. Moniammatillisen ryhmäohjausmallin kehittäminen lisäsi ohjaajien asiantuntijuutta sekä toi tukea omaan työhön. Terveydenhuollossa työtehtävät ovat yhä laaja-alaisempia ja vastuullisempia. Niiden hoitamiseen tarvitaan eri asiantuntijoiden yhteistyötä. Tämä edellyttää asiantuntijoiden verkostoitumista sekä tiimi- ja yhteistyötä asiakasryhmien kanssa. Voidaan puhua kollektiivisesta asiantuntijuudesta eli jaetusta asiantuntijuudesta. Potilaiden tarpeet ja etu ovat terveydenhuollon henkilöstön yhteinen haaste. Kollektiivinen asiantuntijuus lisää työntekijöiden osaamista. (Korhonen & Holopainen 2011, 53–60.) Asiantuntijuuden kehittäminen on välttämätöntä. Asiantuntijan tulee kouluttautua ja pitää osaamistaan jatkuvasti yllä. Asiantuntijuuden yhtenä tehtävänä on edistää näyttöön perustuvaa toimintaa (Mäkipää & Korhonen 2011, 22–23.). Verkostoitumista ja eri asiantun-

tijoiden yhteistyötä tulee kehittää. Ryhmäohjaukseen tulisi saada myös taloudellisia resursseja, joka auttaisi asiantuntijoiden käyttämistä.

3. Kehittämistyössä tuli esille asiakaslähtöisyyden kehittäminen, joka on perusta laadukkaalle ohjaukselle (Kyngäs 2008, 27.) Tähän tarvitaan systemaattista koulutusta oppimisesta, ohjauksen sisällöistä, ohjausmenetelmistä sekä vuorovaikutuksesta (Kääriäinen, 2010, 27).. Työtehtävien muutokset ja uuden tiedon hallinta edellyttävät sekä yksilöltä että organisaatiolta jatkuvaa ammattitaidon ylläpitämistä ja kehittämistä sekä uusiin haasteisiin vastaamista. (Hahtela & Mäkipää 2011, 162–163).
4. Kehittämistyössä tuli esille puutteita resursseissa. Ohjaamiseen soveltuvia tiloja ei ollut riittävästi, joka vaikeutti ryhmäohjauksen järjestämistä. Tilat tulisi saada vastaamaan nykyisiä hoitokäytäntöjä. Ryhmäohjauksen kehittämiseen ja toteuttamiseen ei ollut riittävästi työaika kaikkilla organisaatioilla. Työmenetelmien kehittäminen vaatii aina resursseja ja organisaation tukea (Marttila 2010, 30). Laadukas ohjaus vaatii riittäviä resursseja (Kääriäinen 2007, 5). Työorganisaation tulisi tukea kehittämistyötä riittäväillä resursseilla, kuten tila-, aika- ja henkilöresursseilla.
5. Jatkossa ryhmäohjauksen laatua tulisi kehittää tutkimalla myös ryhmäohjauksen vaikuttavuutta ja riittävyttä.

Lähteet

Aarne, M. Koski, S. Huttunen, J. Bierganns, E & Telford, K. 2011. Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma (DEHKO 2000–2010), Loppuraportti. Pori: Kehitys Oy

Alahuhta, M. 2010. Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työkäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Hoitotiede. Oulun yliopisto, Oulu

Alasoini, T. 2006. Ohjelmallinen kehittäminen tietoyhteiskunnassa. Teoksessa Seppänen-Järvelä & Karjalainen, V. Kehittämistyön risteyskiä. STAKES. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy.

Alen, M. Ebeling, T. Helanen, S. Järvi, L. Kujala, V. Määttä, L. Keinänen-Kiukaanniemi, S & Pesonen, K. 2008. Näkyykö napa: tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toimeenpanohankkeen toteutus ja tulokset Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä 2003-2007 : [kehittämiprojektin loppuraportti] Oulu : Oulun yliopistollinen sairaala, 2008. - (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja

Andersson, A. Makkonen, H-M & Bacman, F. 2011. Diabetes Keskustelut -ohjelma tyypin 2 diabetespotilaiden ryhmäohjauksessa. <http://theseus17-kk.lib.helsinki.fi/handle/10024/37341>, haettu 5.5.12

Anttila, U. 2008. Ryhmäohjaus tyypin 2 diabeetikoiden neuvontamenetelmänä perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos, preventiivinen hoitotiede. Pro gradu-tutkielma

Diabeetikoiden hoidonohjauksen laatuksiteerit Suomen DESG ry:n laatuksiteerityöryhmä.

DEHKO raportti 2003:3 Suomen Diabetesliitto ry Tampere http://www.diabetes.fi/files/217/2003_3_Diabeetikoiden_hoidonohjauksen_laatuksiteerit_pdf_74_k_t.pdf, haettu 21.02.12

Diabetes Keskustelut -ohjelma <https://www.lilly.fi/hoitoalan-ammattilaiset/diabetes-keskustelut-ohjelma>, haettu 12.03.12

Eriksson, E., Arnkil, T.E. & Rautava, M. 2006. Ennakointialoiteja huolten vyöhykkeellä. Verkotokonsultin käsikirja – ohjeita verkostomaiseen työskentelyyn. Stakesin työpapereita 29/2006. Helsinki

Funnel, M. 2009. Diabetes self-management education and support: the key to diabetes care.

Diabetes voice 12/2009 (54)

http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/2009_3_JC%20Mbanya%20editorial.pdf, Haettu 30.01.12

Hahtela, N & Mäkipää, S. Asiantuntijuuden kehittäminen. Teoksessa Ranta, I. (toim) 2011. Sairaanhoidtaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Fioca Oy

Heikkilä, A. Jokinen, P & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: WSOY

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu laitos. Helsinki: Tammi

Honkanen, H. 2010. Verkostotyömenetelmien soveltaminen terveyttä edistävässä toiminnassa. Teoksessa: Pietilä A-M, toim. Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOY.

Hämäläinen, S. Jauhiainen, A & Janatuinen, A. 2010. Potilasohjauksen koulutuksen tarve ja koulutuksen toteuttaminen. Teoksessa: Jauhiainen, A. (toim.) Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen. Kuopio: Kopijyvä.

Hämäläinen, S. Janatuinen, A. Kostainen, S & Jauhiainen, A. 2010. Potilasohjauksen kehittäminen työyhteisössä – Johtamisen näkökulma. Teoksessa: Jauhiainen, A. (toim.) Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen. Kuopio: Kopijyvä.

Ilanne-Parikka, P. 2010. 30 vuotta hoidonohjausta, kuntoutusta ja koulutusta. Diabetes ja lääkäri 4/2010.

Ilanne-Parikka, P, Kangas, T. Kaprio, E & Rönnemaa, T 2003. Diabetes, Duodecim. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Johansson, K. Axelin, A. Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino-Turun yliopisto

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kanste, O. 2011. Asiantuntijoiden johtamisen haasteet ja mahdollisuudet hoitotyössä. Teoksessa Ranta, I. (toim) 2011. Sairaanhoidaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Fioca Oy

Kanste, O. Timonen, O & Ylitalo-Katajisto, K. 2012. Videopuhelimella etäohjatuista painonhallintaryhmistä hyviä tuloksia. Sairaanhoidaja. 85 (4), 55

Kivipelto, M. 2008. Osallistava ja valtaistava arviointi. Johdatus periaatteisiin ja käytäntöihin. STAKES, Helsinki: Valopaino Oy.

Kokko, R-L- & Koskimies, M. 2007. Ennakointialogit moniammatillisena yhteistyömuotona. Dialogisten verkostopalaverien välitön palaute. Stakesin raportteja 17/2009.. Helsinki: Valopaino Oy. <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/raportit/R17-2007-VERKKO.pdf> , haettu 13.02.12

Kokko, S. Peltonen, E & Honkanen, V. 2008. Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja. Raportti perusterveydenhuollon vahvistamistoimien suunnittelutyöstä. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Valopaino Oy. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/7d0e5ef6-fe16-475c-b2e1-54979f48d2ad>, haettu 30.01.12

Korhonen, T & Holopainen, A. 2011. Kollektiivinen asiantuntijuus. Teoksessa: Sairaanhoidaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Edita Prima Oy

Koskinen, L & Jokinen, P.2001. Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä – haastattelijoiden kokemuksia. Hoitotiede 6/2011.

Kotisaari, S. Olli, S. Rintala, T-M & Simonen, R. 2008. Hoidonohjauksen kehittäminen. Teoksessa: Kotisaari, S. Olli, S. Rintala, T-M & Simonen, R. Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki:Tammi

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

Kyngäs, H. 2008. Hoidonohjauksen lähtökohtia. Teoksessa Kotisaari, S. Olli, S. Rintala, T-M & Simonen, R. Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki:Tammi

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

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen .Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulu: Oulun Yliopisto

Kääriäinen, M 2008. Potilasohjauksen laatu. Teoksessa Toim. Lipponen K, Ukkola L, Kanste O & Kyngäs H. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tuotetut potilasohjauksen toimintamallit Oulun yliopistollinen sairaala, Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja Terveystieteiden laitos

Kääriäinen, M. 2010. Laadukkaan potilasohjauksen tunnusmerkit. Potilasohjauksen kehittäminen työyhteisössä – Johtamisen näkökulma. Teoksessa: Jauhiainen, A. (toim.) Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen. Kuopio: Kopijyvä.

Kääriäinen M & Kyngäs H. 2005. Käsiteanalyysi ohjauksikäsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 2005 (5).

Lahtela, J. 2008. Diabetes sairautena. Teoksessa: Teoksessa Kotisaari, S. Olli, S. Rintala, T-M & Simonen, R. Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki:Tammi

Latvala, E & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki:WSOY

Lehmusaho, M. Moilanen, L.& Niskanen, L. 2009. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyhanke (Dehkon 2D -hanke) Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä v. 2005 - 2008 / Mervi Lehmusaho, Leena Moilanen ja Leo Niskanen (toim.). Kuopio : Kuopion yliopistollinen sairaala, opetus- ja tutkimusyksikkö, 2009 - (Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja, ISSN 1235-1105 ;no 69. http://www.diabetes.fi/files/999/Loppuraportti_Pohjois_Savo.pdf

Louheranta, A & Uusitupa, M 2000. Aikuistyyppin diabeteksen ehkäisy. Suomenlääkärilehti 39

Lukkarinen, H. 2003. Ihmisten kokemukset hoitotieteellisenä tutkimusilmiönä: Fenomenologinen lähestymistapa. Teoksessa: Teoksessa: Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki:WSOY

Lipponen, K. Kyngäs, H & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulu: Oulun yliopistopaino.

Lyytinen, M. 2010. Pitkäaikaissairaiden terveyshyötymalli. Osa perusterveydenhuollon pelastamisohjelmaa. Diabetes ja lääkäri, 2010, (4), 33-34.

Marttila, J. 2010. Matkalla. Näkökulmia ryhmäohjaukseen. Diabetes ja lääkäri 2010 (4)

Marttila, J. Himanen, O. Ilanne-Parikka, P & Hiltunen, L 2004. Tyypin 2 diabeetikoiden ryhmäohjausmalli terveydenhuollon käyttöön: Pilottiraportti: Mallin toteutettavuus ja hyväksyttävyys. Tampere: Diabetesliitto

Mbanya, C. 2009. Making a difference to global diabetes. Diabetes voice 12/2009 (54)
http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/2009_3_JC%20Mbanya%20editorial.pdf, Haettu 30.01.12

Merasto, M. 2011. Lukijalle. Teoksessa: Sairaanhoitaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Edita Prima Oy

Mustajoki, P & Kunnamo, I. 2009 Motivoiva haastattelu, vaikuttava terveysneuvonta.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00147, haettu 02.09.2011

Mäkipää, S & Korhonen, T. 2011 Mistä asiantuntijuus muodostuu? Teoksessa Ranta, I. (toim) 2011. Sairaanhoitaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Fioca Oy

Niemi, M & Winell, K. 2005. Diabetes Suomessa. Esiintyvyys ja hoidon laadun vaihtelu. Stakesin raportteja 8/2005. Helsinki: Stakes http://www.diabetes.fi/files/1058/Diabetes_Suomessa.pdf
haetti 30.01.12

Niemistö, R. 2007. Ryhmän luovuus ja kehitysehdot. Tampere: Tammer-Paino

Nurkkala, H. 2010. Terveyden edistäminen kuntien perusterveydenhuollossa. Teoksessa s. Muurinen, M. Nenonen, K. Wilskman & E. Agge (toim.) Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Edita Prima OY

Nuutinen, H. 2005. Empowerment: Asiantuntijuudet kohtaavat. Diabetes ja lääkäri 2005, 2.

Pesonen, K. Järvi, L. Määttä, L. Alatulkila, A. Jokelainen, T. Helanen, S. Orreveteläinen, E. Laitinen, J. Kultalahti, L. Rehula, M. Österman, M. Alen, M. Ebeling, T. Kesäniemi, A. & Keinänen-Kiukaanniemi, S. 2009. Näkyykö napa : Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toimeenpanohankkeen toteutus ja tulokset Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä 2003-2007 Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja, ISSN 1455-6758 ; 4/2008

http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16314_3_2008.pdf, haettu 12.03.12

Pietilä, A-M. Halkoaho, A & Matveinen. 2010. Kuvauksia terveyttä edistävän työn eettisestä perustasta. Teoksessa: Pietilä A-M, toim. Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOY.

Poskiparta, M. 2008. Elintapaohjaus osana diabeetikon hoitoa. Teoksessa Kotisaari, S. Olli, S. Rintala, T-M & Simonen, R. Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki:Tammi

Puska, P. 2011. Terveyden edistämisen ja hoidon tarpeen tulevaisuus. DEHKO-päivät 2011. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (THL). http://www.diabetes.fi/files/1432/Puska_1.2..pdf, haettu 30.01.12

Rautava, M. 2006. Onnistuuko dialogisten käytäntöjen oppiminen? – Esimerkkinä verkostokonsulttitoiminta. Teoksessa Seppänen-Järvelä & Karjalainen, V. Kehittämistyön risteyskiä. STAKES. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy.

Rimpelä, M. Saaristo, V. Wiss, K & Ståhl, T. 2009. (toim.) Terveydenedistäminen terveyskeskuksissa 2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 19/2009. Helsinki: Yliopistopaino, <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/c5c22bfa-6671-47fc-8d98-6b97af38e3d9>, haettu 30.01.12

Risikko, P. 2010. Esipuhe. Teoksessa Muurinen, M. Nenonen, K. Wilskman & E. Agge (toim.) Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Edita Prima OY

Rissanen, A-M 2005. Tiedonsiirrosta vuorovaikutteiseen ohjaukseen. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotiede, pro gradu-tutkielma

Romo, L. 2004. Sairaanhoidajan rooli on keskeinen tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä Hakupäivä 11.12.11.

www.jasenetti/sairaanhoitajalehti/10_2004/muut_artikkelit/sairaanhoitajan_rooli_on_keskein/

Ruuska, K. 2007. Pidä projekti hallinnassa Suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy

Ruuskanen, S. 2008. Hoidonohjauksen sisältö. Teoksessa Kotisaari, S. Olli, S. Rintala, T-M & Simonen, R. Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki: Tammi

Saaristo, T. 2011. Assessment of risk and prevention of type 2 diabetes in primary health care.

Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos. Oulu.

<http://herkules oulu.fi/isbn9789514297113/isbn9789514297113.pdf> , haettu 14.02.12

Silink, M. 2009. The great awakening. Diabetes voice. 2009, 9 (54),

http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/files-diabetesvoice-files-attachments-2009_DSM_Final.pdf, haettu 29.01.12

Sirviö, K. 2010. Lapsiperheiden terveyden edistäminen- osallistamista ja ennakoitua. Teoksessa:

Pietilä A-M, toim. Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOY

Suurnäkki, A. Leppäkoski, A-M. & Pellikka, 2010. Espoon potilaslähtöinen pitkäaikaisairauksien hoitomalli. Teoksessa s. Muurinen, M. Nenonen, K. Wilskman & E. Agge (toim.) Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Edita Prima OY

Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 2 / 2008. Kansanterveyslaitos

Terveyden edistämisen ja kroonisten tautien ehkäisyn osasto. Helsinki 2008: Yliopistopaino

http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b02.pdf, haettu 30.01.12

Toikko, T & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta
<http://ojs.seamk.fi/index.php/kever/article/viewFile/1088/919> haettu 06.02.12

Turku, R. 2008. Mallin antajasta valmentajaksi ja oppimisen edistäjäksi. Hoidonohjaus diabeetikon oppimisprosessin tukena. Teoksessa Kotisaari, S. Olli, S. Rintala, T-M & Simonen, R. Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki:Tammi

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056> Haettu 30.01.12

Whiting, D. 2010. The implications of the new Chinese prevalence study. Diabetes voice 5/2010, (55) http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/DV_55-1_Whiting_EN.pdf, haettu 02.02.2012

Winel, K. 2008. Mitä on laadukas hoidonohjaus? Teoksessa Kotisaari, S. Olli, S. Rintala, T-M & Simonen, R. Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki:Tammi

Winel, K. 2009. Aikuisten diabeteksen hoidon laatu ja vaikuttavuus 2008. Dehko raportti 2009:3. Diabetesliitto
http://www.diabetes.fi/files/462/2009_3_Aikuisten_diabeteksen_hoidon_laatu_ja_vaikuttavuus_2008.pdf, haettu 07.03.2012

Yamaoka, K & Tango, T. 2005. Efficacy of lifestyle education to prevent type 2 diabetes: a meta-analysis of randomized controlled trials. Diabetes Care. 28(11):2780-6.
<http://ovidsp.ovid.com.ezp.oamk.fi:2048/sp-3.2.4a/ovidweb.cgi>, haettu 02.01.2010

Liite 1

Kirjallisuuskatsaus: Tyypin 2 diabeteksen ryhmäohjaus ja potilaan ohjaaminen

Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka, ja -vuosi	Tarkoitus	Aineisto, aineiston keruu	Keskeiset tulokset
Yamaoka, Tango, Yhdysvallat, 2005	Tutkimuksen tavoitteena oli arvioida elämäntapaohjauksen tehokkuutta tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä korkean riskin yksilöillä meta-analyysein perustuneilla randomoiduilla kontrolloiduilla tutkimuksilla	Yksilöt oli valittu tutkimukseen plasman kohonneen 2 h glukosirasituskokeen perusteella, joilla oli korkea riski sairastua tyypin 2 diabetekseen. Tutkimuksia löytyi sähköisenä aineistona 123 tutkimusta ja kirjallisuudesta 8 tutkimusta, jotka täyttivät kriteerit. Kaikki tutkimukset olivat satunnaistettuja tutkimuksia, joissa yksilöt olivat saaneet elämäntapaohjausta vähintään 6 kk tai enemmän. Tutkimuksessa arvioitiin 2 h plasman glukoosin alenemista yhden vuoden kuluttua lähtötason arvoon ja suhteellista riskiä diabeteksen esiintyvyyteen verrattuna kontrolliryhmään. Kokonaisarvio laskettiin käyttämällä randomoitua mallia. Arviot vahvistettiin useilla malleilla, jolla vahvistettiin tutkimuksen luotettavuutta.	Elämäntapa ohjaus vähentää plasman 2 h glukosipitoisuutta 0.84 mmol/l verrattuna kontrolliryhmään. Diabeteksen puhkeaminen yhden vuoden kuluttua väheni noin 50 % verrattuna kontrolliryhmään. Elämäntapaohjaus on tehokas keino vähentää sekä 2-h plasman sokeripitoisuutta että korkean riskin yksilöiden sairastumista diabetekseen.
Kosaka, Noda, Kuzuya, Irlanti, 2005	Tavoitteena oli elämäntapaohjauksella saavuttaa ja ylläpitää ihannepaino henkilöillä, joilla on heikentynyt glukosinsieto (IGT)	Tutkimukseen valittiin terveystieteiden avustuksella intensiiviseen interventiokeeseen (n=102) ja kontrolliryhmään (n=356) henkilöitä, joita ohjattiin pitämään painoindeksi (BMI) <24.0kg/m ² ja <22.0kg/m ² liikunnan ja ruokavalion avulla. Interventoryhmän jäsenet kävivät 3-4 kk välein poliklinikalla elämäntapaohjauksessa. Sokerinsietokyky testattiin vähintään 6 kk välein. Tutkimus kesti 4 vuotta.	Diabetesta esiintyi 4 vuoden jälkeen 9.3 % kontrolliryhmällä, kun interventoryhmällä tulos oli 3.0%. Elämäntapaohjaus vähensi diabetekseen sairastumista 67.4%. Kehon paino laski 0.39kg kontrolliryhmässä ja interventoryhmässä paino laski 2.18 kg. Henkilöillä, joilla oli paastoverensokeri koholla lähtötasolla, esiintyi enemmän diabetesta tutkimuksen lopussa. Henkilöillä, joilla oli korkeampi 2 h plasmansokeri ja korkeampi painoindeksi lähtötasolla, esiintyi enemmän diabetesta, mutta erot eivät olleet merkittäviä. Verrattaessa BMI ja diabeteksen puhkeamista viidessä elämäntapojen avulla toteutetussa diabeteksen ehkäisyn tutkimuksessa paljastui lineaarinen korrelaatio diabeteksen syntymisessä ja BMI arvoissa lukuun ottamatta DaQin-tutkimusta. Kuitenkin diabeteksen esiintymistiheyden aleneminen interventoryhmien

			<p>välillä oli jyrkempi kuin odotettu. Tämä viittaa siihen, että elämäntapaohjauksen onnistumista ei voi kuvata pelkästään painon alenemisella. Todetaan, että elämäntapaohjaus on tehokas tapa saavuttaa ihanepaino heikentyneen sokerinsiedon omaavilla henkilöillä. Ohjaus voidaan toteuttaa poliinisesti.</p>
Koskinen Kuopio 2007	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnalle suunnatun koulutuksen antamia valmiuksia toteuttaa diabeteksen ehkäisyä ja hoitoa. Tavoitteena oli kuvata millaisena hoitajat arvioivat koulutuksen sekä mahdollisuutensa toteuttaa diabeteksen ennaltaehkäisyä ja hoitoa.</p>	<p>Aineistonkeruu kyselylomakkeella (n=37) alkukartoitus ennen koulutusta ja jälkiarviointi kysely (n=29) koulutuksen jälkeen. Vastaukset analysoitiin SPSS-ohjelmalla. Tulokset kuvataan kuvailevan tilastotieteen menetelmin frekvenssijakaumina. Koulutuksen päätyttyä osallistujilta kerättiin avoimilla kysymyksillä arviointia koulutuksesta sekä millaisena osallistujat näkivät mahdollisuutensa toteuttaa diabeteksen ennaltaehkäisyä ja hyvää hoitoa koulutuksen jälkeen. Laadullinen aineisto käsiteltiin sisällön analyysillä.</p>	<p>Osallistujien tietotaso kehittyi koulutuksen ansiosta. Ennen koulutusta osallistujat kokivat vahvimaksi osa-alueeksi liikunnan merkityksen diabeteksen hoidossa. Heikoimmaksi osa-alueeksi koettiin erilaisten ohjausmenetelmien käyttö sekä hiilihydraattien arvioinnin perusteiden ymmärtäminen. Koulutuksen jälkeen vahvimaksi osa-alueeksi koettiin tyypin 2 diabeteksen riskihenkilöiden tunnistaminen ja hyvän hoidon tavoitteiden tietäminen. Heikoimmaksi osa-alueeksi koulutuksen jälkeen koettiin insuliinihoidon periaatteiden ymmärtäminen tyypin I diabeteksessä. Tietotasoa mittaavan osion mukaan vastaajien tietotaso kehittyi. Sairaanhoidajien tietotaso lisääntyi eniten insuliinihoitoa koskevan tiedon osalta. Perus- ja lähihoitajien tietotaso vahvistui eniten verensokeritasapainoa ja diabeetikon ruokavaliota käsittelevillä osa-alueilla. Koulutuksen tietotestiosio ei antanut täysin luotettavaa tietoa, koska kysymykset olivat monitulkintaisia sekä kyselylomaketta ei esitetä. Koulutusta kehitettäessä olisi hyvä ottaa huomioon jatkossa osallistujien erilainen lähtötaso. Jatkossa olisi tärkeä selvittää koulutuksen vaikuttavuutta.</p>
Kääriäinen Oulu 2008	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata ja selittää ohjauksen laatua potilaiden ja hoitohenkilöstön arvioimana. Määrittää ohjaus-käsite ja testata käsitteen rakennetta. Tavoitteena oli kehittää potilasohjaus-</p>	<p>I-vaihe: Aineisto kerättiin tutkimusta varten kehitetyillä mittareilla postikyselynä Oulun yliopistollisen sairaalan potilailta (n=844) ja hoitohenkilöstöltä (n=916). Aineisto analysoitiin perus- ja monimuuttujamenetelmillä sekä sisällön analyysillä. II-vaihe: aineisto kerättiin Medli-</p>	<p>Ohjauksen laadulla tarkoitetaan, että ohjaus on hoitohenkilöstön ammatilliseen vastuuseen perustuvaa, potilaan ja hoitohenkilöstön kontekstiin eli taustatekijöihin sidoksissa olevaa, vuorovaikutussuhteessa rakentuvaa, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on</p>

	ketjua perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä.	ne-, Cinahl-, ja Medictietokannoista (n=32) ja käsihakuna yleisteoksista (n=6). Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. I- ja II-vaiheen tulokset yhdistettiin ohjauksen laadun hypoteettiseksi malliksi.	asianmukaisin resursein toteuttua, riittävää ja vaikuttavaa.
Alen, Ebeling, . Helanen, Järvi, Kujala, Määttä, Keinänen-Kiukaanniemi, & Pesonen, 2008, Oulu	Tutkimuksen tavoitteena oli löytää korkean riskin potilaat tyypin 2 diabetekseen sairastumisessa. Riskipotilaiden seulonta ja elämäntapainterventio ryhmäohjauksena. Luoda uusia toimintamalleja ja käytäntöjä tyypin 2 diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien hoitoon ja ehkäisyyn	Diabetesriskipotilaiden seulonta n=35 000. Interventio ja seuranta n=2499. 157 elintapaohjausryhmää.	Luotiin uusia käytäntöjä: tyypin 2 diabeteksen seulonta malli, hoitopolkumalli, ryhmäohjausmalli ja aineisto. Mallit jäivät käytäntöön pysyvästi. Uusien toimintamallien kehittäminen ja käyttöön otto vaatii nykyisen toiminnan arviointia, aikaa ja johdon tuen. Terveystiedon edistäminen ja elintapamuutosten toteuttaminen vaatii yhteiskunnan kaikkien sektoreiden yhteistyötä.
Lehmusaho, Moilanen & Niskanen Kuopio 2009	Tutkimuksen tavoitteena oli soveltaa onnistuneita tieteellisiä tutkimustuloksia väestötasolla normaaliin terveydenhuollon arkipäivässä ja juurruttaa diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisy osaksi perusterveydenhuollon arkea.	Diabetesriskin korkean riskin asiakkaiden seulonta n= 1593 Interventioikäntien toteuttaminen =>Yksilö-, ryhmäohjaus tai omatoiminen elintapojen muutos Vuositiedon keruu => aineiston analysointi kvantitatiivisesti Seuranta aika 14 kk	Perusterveydenhuollossa ollaan valmiita kehittämään toimintatapoja, että systemaattinen ehkäisevä terveydenhoito tulee osaksi jokapäiväistä toimintaa. Uusien toimintamallien kehittäminen ja levittäminen käytäntöön on suositeltavaa. Jatkohankkeena valtakunnallisena tavoitteena hyvien käytäntöjen ja mallien vakiinnuttaminen ja levittäminen.
Alahuhta, Korhokangas, Kynäs & Laitinen Oulu 2009	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää elintapamuutosten hyötyjä ja haittoja työikäisten tyypin 2 diabeteksen riskiryhmän henkilöiden kuvaamina	Ravitsemusterapeutin ryhmäohjaus n=74 Aineiston keruu keskustelujen videonauhoituksen avulla. Tulosten analysointi induktiivisella sisällön analyysillä.	Tuloksissa elintapamuutosten hyödyt olivat Terveys, toimintakyky, itsetunnon kohoaminen ja ulkonäköön liittyvät asiat sekä sosiaalinen parempi selviytyminen. Haittoina tuli esiin voimavarojen riittämättömyys ja nautinnoista luopuminen sekä taloudelliset tekijät.
Asikainen, Kuopio 2010	Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata hoitajien näkemyksiä ja kokemuksia varhaisesta puuttumisesta ehkäistäessä tyypin 2 diabetesta. Kuvata, miten hoitajat kokevat diabetekseen tarkoitetun työmenetelmän (D2D-hoitopolku) käytettävyyttä omissa työssään.	Perusterveydenhuollossa toimivat omahoitajat (n=11). Aineiston keruu focus group-haastattelulla. Haastattelun teemoina: Hoitajien kokemukset varhaisesta puuttumisesta, varhaisen puuttumisen merkitys diabeteksen ennaltaehkäisemisessä, varhaisen puuttumisen vahvuudet ja heikkoudet, varhaisen puuttumisen D2D-hoitopolku menetelmän kehittäminen. Aineisto analysoitiin teemoittain etenevällä sisällön analyysillä.	Omahoitajat kokivat varhaisen puuttumisen havaitsemisen ja potilaiden motivoinnin haasteelliseksi. Hoitajat arvioivat varhaisen puuttumisen tärkeäksi yhteiskunnan ja yksilön kannalta ehkäistäessä diabetesta. Haastateltavien mielestä elintapaohjaus ja varhainen puuttuminen tulisi toteuttaa entistä aiemmin. Hoitajat pitivät tärkeänä tieto- ja taitoperustan kehittämistä koulutuksen avulla. Varhaisen puuttumisen toteuttamista vaikeuttivat potilaiden

			<p>motivoimattomuus ja sitoutumattomuus muutoksiin sekä aikaresurssien vähyys. Varhaisen puuttumisen työmenetelmää tulisi edelleen kehittää. Kehitettäviä osa-alueita olisi mm. ohjaukseen saatava riittävästi aikaa ja tavoitteellinen kirjaaminen hoitosuunnitelmiin. Lisäksi tarvittiin entistä tiiviimpää yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa sekä koulutusta diabetekseen liittyvissä asioissa.</p>
Alahuhta, 2010 Oulu	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työikäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä</p>	<p>n=74 työikäistä tyypin 2 diabeteksen korkean riskin henkilöä osallistuivat ravitsemusterapeutin ryhmäohjaukseen joko etä- tai lähiryhmässä. Etäryhmiä oli 5. Niissä ohjaus toteutui videoneuvottelulaitteiden avulla. Lähiryhmiä oli 6. Tutkimusaineistona käytettiin videoituja keskusteluaineistoja, joissa ryhmään osallistuneet kuvasivat elintapamuutoksen hyötyjä ja haittoja ohjausprosessin alussa, painonhallintatilannettaan ohjausprosessin alussa, lopussa ja seurantakäynnillä sekä painonhallinnan onnistumisen edellytyksiä ja riskitekijöistä seurantakäynnillä 1,5 vuotta ohjausprosessin päättymisen jälkeen. Lisäksi tutkimusaineistoa kerättiin ennen ensimmäistä ja viimeistä ohjauskertaa sekä ennen seurantakäyntiä tutkittaville lähetetyllä kyselyllä. Paino mitattiin ohjausprosessin alussa, lopussa ja seurantakäynnillä. Videoaineisto analysoitiin sekä induktiivisella että deduktiivisella sisällönanalyysillä. Aineiston analysoinnissa käytettiin myös SPSS 16.0 for Windows -ohjelmaa.</p>	<p>Elintapamuutoksen hyötynä nähtiin terveyden ja toimintakyvyn paraneminen. Elintapamuutos vaatii vaivannäköä ja voimavaroja. Painonhallinnan onnistumisen edellytyksiä olivat oma toiminta, motivaatio ja voimavarat. Sitoutumattomuus omaan toimintaan, tavoitteiden, itsekuurin ja motivaation puute vaikeuttivat painonhallintaa. Tutkimuksen avulla saatua tietoa voidaan käyttää kehitettäessä tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien henkilöiden ohjauksen sisältöä ja menetelmiä. Tuloksia voidaan hyödyntää myös terveydenhuollon opiskelijoiden ja ammattihenkilöiden ohjaustaitojen kehittämisessä.</p>

Liite 2

Tutkimustiedote

Tutkimustiedote tutkimukseen osallistujalle

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Tutkimus

Asiakaslähtöisen tyypin II diabeteksen ryhmäohjauksen kehittäminen seutu III:n kansanterveys-työssä Kainuun maakunta-kunta yhtymässä v 2011-2012

Pyydän teitä perehtymään tähän tutkimustiedotteeseen, jossa kerrotaan Oulun seudun ammattikorkeakoulussa tehtävästä tutkimuksesta. Perehdyttyänne tähän tiedotteeseen teillä on mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta, jonka jälkeen teiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän projektin tarkoitus on kehittää tyypin II diabeteksen ryhmäohjausta Kainuun maakunta-kuntayhtymän kansanterveystyössä seutu III:ssa v 2011–2012.

Tiedon kerääminen

Projektissa kerätään tietoa toteutetusta ryhmäohjauksesta ryhmähaastatteluina, joka kestää n 1.5-2 h. Ennen haastattelua kaikilta osallistujilta pyydetään kirjallinen suostumus osallistumisesta haastatteluun. Haastattelu on vapaaehtoinen ja siihen osallistuneiden henkilöiden henkilöllisyys ei tule julki missään vaiheessa. Haastattelut nauhoitetaan.

Tutkimuksen hyödyt ja riskit

Tutkimukseen osallistumisesta ei ole teille välitöntä hyötyä, mutta tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää tyypin II diabeetikoiden ryhmäohjauksen kehittämisessä.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Teiltä kerättyä tietoa käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Yksittäisiä tutkimushenkilöitä ei tunnisteta tutkimuksessa vaan tulokset käsitellään ryhmän kokemuksina. Tutkimuksen tietoja säilyttää tutkija (Raija Kaikkonen). Tutkimuksen tietoja ei anneta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla eikä yksittäisen tutkimukseen osallistujan tunnistaminen ole mahdollista. Tutkimukseen kerätty aineisto säilytetään projektin loppuun saakka, jolloin se hävitetään tuhoamalla äänitteet ja tiedostot.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voitte keskeyttää osallistumisen koska tahansa. Mikäli keskeytätte osallistumisen, teistä jo kerätyt tiedot säilytetään.

Lisätiedot

Halutessanne voitte kysyä lisätietoja tutkimuksen tekijältä, Raija Kaikkoselta.

Yhteystiedot

Raija Kaikkonen

Terveydenhoitaja, Ylempi AMK opiskelija

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala

p. 040-5875248

Liite 3

Osallistujan suostumus

Osallistujan suostumus

Asiakaslähtöisen tyypin II diabeteksen ryhmäohjauksen kehittäminen seutu III:n kansanterveys-työssä Kainuun maakunta-kunta yhtymässä v 2011-2012

Oulun seudun ammattikorkeakoulu Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto/

kliininen asiantuntija

Minua _____ on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kehittää seutu III:n kansanterveystyössä tyypin II diabeteksen ryhmäohjausta Kainuun maakunta-kuntayhtymässä. Olen perehtynyt kirjalliseen tutkimusselosteeseen ja saanut suullista tietoa tutkimuksesta. Olen saanut riittävät tiedot oikeuksistani, tutkimuksen tarkoituksesta ja toteutuksesta sekä tutkimuksen hyödyistä ja riskeistä.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista. Olen selvillä siitä, että voin peruuttaa osallistumiseni ja suostumukseni koska tahansa syytä ilmoittamatta eikä peruutukseni vaikuta kohteluuni tai työhön millään tavalla. Tiedän, että tietojani käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta sivullisille. Tiedän, että minulla on oikeus keskeyttää haastattelu, kuitenkin niin, että keskeyttämiseen asti kerätyt tiedot säilytetään.

Suostun osallistumaan edellä kuvattuun tutkimukseen

___ kyllä ___ ei

Osallistujan nimi

päivämäärä

allekirjoitus

Raija Kaikkonen

tutkijan nimi

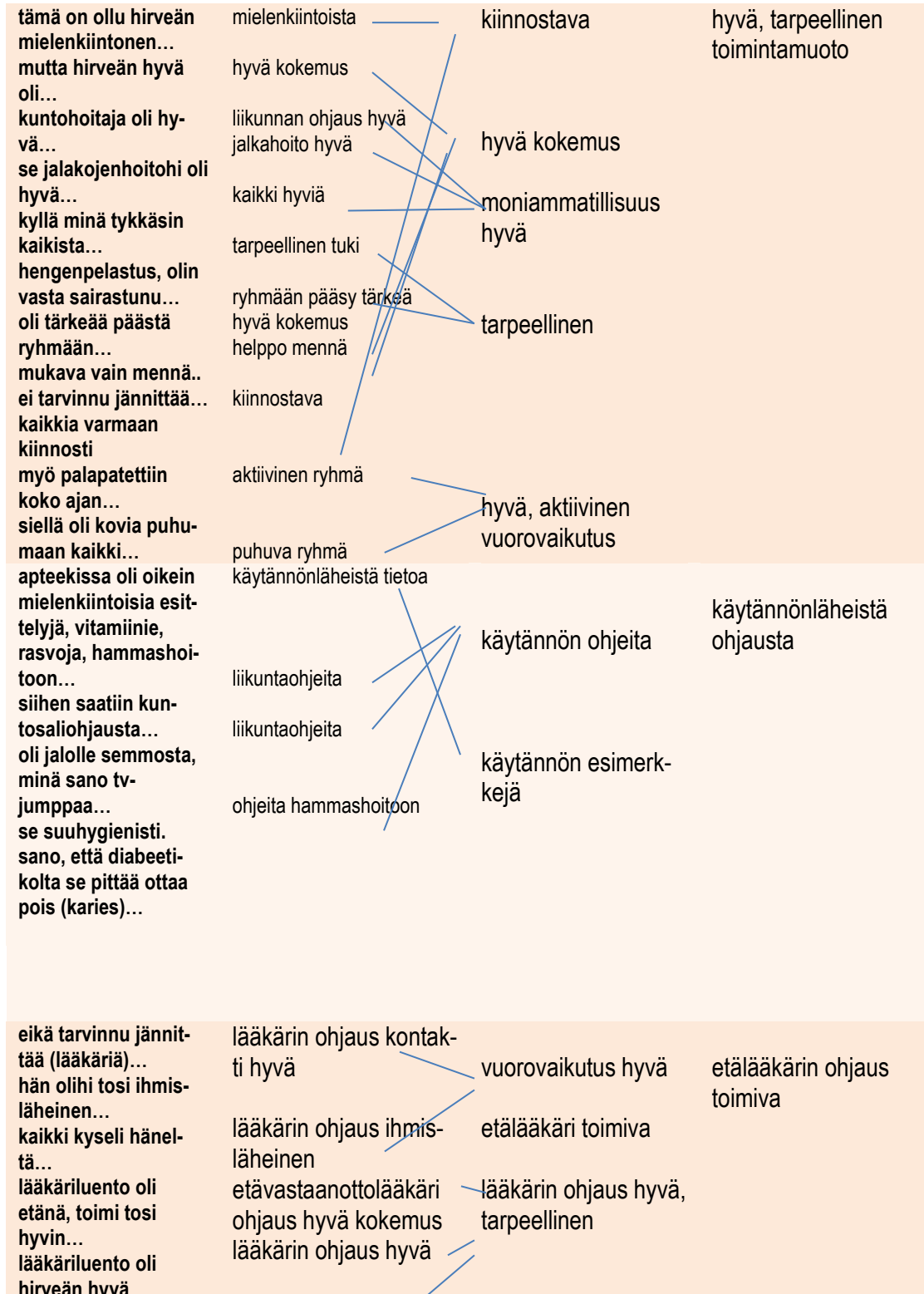
päivämäärä

allekirjoitus

Liite 4

Esimerkkejä aineiston analyysistä

Ryhmiin osallistuneiden kokemukset



se lääkärijuttu oli hirveän tärkeä... koin ne lääkärin luennot positiivisina, vaikka se oli videoluentoja...	lääkärin ohjaus tärkeä lääkäri positiivinen, vaikka oli etävo ohjaus		
ryhmän aikana ahistus helpotti, väheni... mukavaa ja muita diabeetikoita... niinku samassa veneessä... kannustetaan... ne (ryhmä) kannustaa kovasti... no kyllähä moni anto omia kokemuksia... on tietty järkytys siinä niin sitte sopeutuu... se oli mulle henkireikä... toisia on ollu mukana ja ovat puhuneet samasta asiasta... tuntee, että tulee ymmärretyksi...	ryhmä auttoi sopeutumaan tapaa vertaisia samassa tilanteessa kannustusta kannustusta kokemusten jakamista auttaa sopeutumaan hyvä tuki tulee ymmärretyksi tulee ymmärretyksi	auttoi sopeutumaan vertaistukea vertaistukea	ryhmästä vertaistukea, voimaantumista
Diabeteskeskustelut: ku meillä oli se semmonen kuvajuttu, ne oli ihan hyviä... se oli semmonen lapsellista, leikkimistä, mutta asiat erittäin tärkeitä ja hyviä... onhan siinä ne (kuvat), että jää paremmin mieleen, ku samalla näkköö... mikä on ollu hyvä, niin se diabetespeli, että kerkes miettimään ja oli sitä yhteistoimintaa... tämä pelijuttu oli ihan posketon juttu...	diabeteskeskustelut hyvä toimintamuoto lapsellinen tyyli, mutta asia tärkeä menetelmien monipuolisempi käyttö diabeteskeskustelut hyvä, auttaa yhteistyöhön, osallistumaan diabeteskeskustelut hyvä	diabeteskeskustelut hyvä toimintamuoto lapsellinen peli menetelmien monipuolisempi käyttö	diabeteskeskustelut toimiva, aktivoiva toimintamalli,

Ryhmiin osallistuneiden kehittämistarpeet

Alkuperäinen ilmaisu	pelkistetty ilmaisu ja ryhmittely	alakategoria	yläkategoria
materiaalia olis saanut olla, kirjallista... ne vois olla aikuismaisia... ravitsemuksesta olis saanut olla (kirjallista)... pitäsi vaen olla, joka pyörittää.. minä olin siitä järkyttynyt, ku en tavannu lääkäriä, en tavannu kettää... minnuo kaoheasti kyllä kiinnostasi... se jalakahoito saisi olla ihan omana... jostahi saatiin kottiin luettavaa, eipä niitä palijo ollu, olis saanut olla...	kirjallista materiaalia lisää vertaista materiaalia kirjallista materiaalia henkilöresurssia henkilöresurssia liian vähän ryhmäohjausta menetelmänä lisää lisää erityisosamista lisää kirjallista materiaalia	menetelmiä, materiaalia lisää lisää henkilöresurssia	lisää resurssia
sehi liikuntajuttu pitäas aloittaa siltä tasolta, missä jokainen on... se alakuajan panostus olis tarpeen, että se lähtisi siitä ihmisestä... minä olisin halunnu keskustella henkilökohtasesti, ei siinä ollu asiakaslähtöisyyttä... olis pitänyt olla ne taustatiedot... siinä voisi olla alussa semmonen alakukartotus... olis saanut olla semmosta käytännölläheisempää... no se alakuhaastattelu... jääpi paremmin mieleen, ku joutuu ite osallistumaan. semmosie tutustumisie voisi olla mui-tahi... olis saanut olla semmosta käytännöllä-	henkilökohtainen huomiointi huomioida yksilötasolla yksilöllistä keskustelua taustatiedot lähtötason tiedot yksilöllisesti käytännölläheisyyttä osallistavaa ohjausta erilaisten menetelmien käyttäminen	lisää asiakaslähtöisyyttä, yksilöllisyyttä käytännölläheisempää ohjausta	asiakaslähtöisyyttä/yksilöllisyyttä lisää käytännölläheisyyttä lisää

heisempää se ravitsemusohjaus...	käytännönläheistä ohjausta		
tieto ei oo aina kulu- kenu... se informaatio, että miten sitä saatas semmoseksi, että se tavottaa kaikki... minä jäin pois iitä psykologin luennosta ku oli eri aika... se hammashoito meillä meni, ettei se tieto kulukenu...	ohjausten organi- sointia parantaa tiedottaminen pa- remmaksi kaikille sama tieto tiedottaminen pa- remmaksi	paremmin organiso- ida tiedonkulkua paran- taa	parantaa organisointia ja tiedottamista

Ryhmiin osallistuneiden muutokset

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu ja ryhmittely	alakategoria	yläkategoria
sen ruokalautasmallin oppi.. ruokavalioon on tullu muutoksia, pulla ja sokeri jäänyt pois en nyt sitte paljo leiponu, enkä monta kahvileipää syöny... minä oon hirveän kriittinen siihen ruokaan..	ruokavalion oikea koostumus ruokavalio terveellisempi makea vähentynyt katsoo, mitä syö	ruokavalio korjaantunut	
oon ruvennu liikkumaan... tämmönen totta kai innostaa liikkumaan... sitä jakajumpppaa oon harrastanukin... minä oon käyny ohjatussa vesijumpassa...	liikunta aktivoitunut erilaisia liikuntalajeja uusia liikuntalajeja	liikuntaan aktivoitumista, tehostumista omahoidon keinojen lisääntyminen	Omahoidon aktivoituminen ja tehostuminen
minulla aenaki on se paino laskenu... paino laski 6-7 kg...	painon lasku		
minä ostin heti sitä rasvaa... se (suuhygienisti) sano, että osta semmosia... sain lähetteen jalkahoittoon...	oikeita tuotteita jalkahoittoon suunhoitoon oikeita tuotteita jalkahoidon tehostuminen	Jalkahoidon ja suunhoidon tehostuminen	
lääkitystä muutettiin... insuliini lopetettiin.. lääkitys autoo heti... sokerit ja kolesterolit laski... onhan sitä tietoa enempi	lääkitystä vähemmän hoitotasapaino parempi tieto lisääntynyt	parempi hoitotasapaino tiedon lisääntyminen	

saanu... tietoa ainakin on saatu... tosi paljon tietoa... myö saatiin hirveästi tietoa. ku pikkuhiljaa tietoa tuli...	tietoa saanut paljon tietoa tietoa saanut		
...nii erilailla ajattelloo... ..sitte ymmärsin.. ..se sopeutuminen...	asioiden työstäminen ymmärrystä sopeutumista	sopeutuminen	voimaantumista, elämänhallintaa
ryhmän aikana ahistus helepotti... se rauhoitti koko ajan...	ahdistus väheni mielialan paranemista	turvallisuuden tunteen lisääntyminen	

Ohjaajien kokemukset

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu ja ryhmittely	alakategoria	yläkatgoria
minä nään tämän niin tärkeänä... se on niin hyvä juttu... pelekästään positiivisista... siitä on semmosia hyviä kokemuksia... ei ollu suuri kynnyks lähteä.. oli ihan hyvä kokemus...	tärkeä toiminta hyvä toiminta positiivinen kokemus hyvä kokemus helppo lähteä mukaan hyvä kokemus	tärkeä toiminta muoto hyvä toimintamuoto hyvä kokemus	hyvä, toimiva toimintamuoto
moniammatillinen oli hyvä.. moniammatilliseen oli hyvä osallistua... tämä moniammatillisuus, ku oli asiantuntija joka alalle... tätä ei saa unohtaa tätä moniammatillista...	moniammatillisuus hyvä hyvä osallistua moniammatilliseen asiantuntijoiden käyttö tärkeä moniammatillisuus tärkeä	moniammatillisuus hyvä toiminta asiantuntijoiden käyttö tärkeä	Moniammatillisuus, asiantuntijoiden käyttäminen tärkeää
keskusteleva, kuunteleva ryhmä... porukasta näki, että ne oli ryhmäytyne... puhuvie, nii oli heleppo sen ryhmän kansa.. ryhmä oli tosi aktiivinen...	keskusteleva ryhmäytyne toimiva ryhmä aktiivinen ryhmä	vuorovaikutus hyvä aktiivinen ryhmä	toimiva ryhmä
tämä on ollu hyvä oman oppimisenni kannalta... aena oppii... sieltä tuli itelleki semmosta uutta... semmonen oppimiskokemus itelleki... tuntu, että joka kerta oma oppiminen kasvaa...	itselle oppimista oppii uutta uutta tietoa oppimiskokemus uuta tietoa	kasvattaa omaa tietämystä uutta tietoa	lisää asiantuntijuutta
käyttää yksilötilanteissa hyödyksi...	hyötyä yksilöohjauk-	hyötyä työhön	hyötyä omaan työhön

kyllä se virkistää omaa työtä... itelleki herrää kysymyksiä kuulee vähän eri näkökulmasta... siinä tulee kohtaminen sen ihmisen kans... palaute oli tosi hyvä... oli hyvä ku oli työpari... se työpari on ehottomasti oltava... helppo ottaa yhteyttä toiseen... semmonen vertaistuki toiselta ohjaajalta..

seen vaihtelua työhön
 panee ajattelemaan herää kysymyksiä pääsee lähelle asiasta
 saa palautetta työpari tärkeä
 tukea toisilta vertaistukea
 virkistystä työhön
 uusia ajatuksia
 ymmärrystä
 saa palautetta
 tukea työparilta
 työparin tuki

se hyödyttää sitä asiakasta.. ajatteli, että tästä olis muilleki hyötyä... toisaalta tulee se vertaistuki... oli toisista huolenpitoa.. saivat paljon tietoa... annoin asiakkaille internet linkkejä... se aktivoi itte omaan aktiivisuuteen...uskalletaan vähä puhua kotivaikeuksistakin... vertaiskokemusten jakaminen tuli esille... auttaa parempaan hoitotasapainoon... tieto menee perille..

asiakas hyötyy muille myös hyötyä
 asiakas saa vertaistukea huolehtivat toisista saivat tietoa aktivoi asiakkaita turvallisuutta
 vertaiskokemusten jakaminen parempi hoitotasapaino ymmärrys lisääntyy
 hyötyä asiakkaille
 hyötyä asiakkaille
 vertaistukea asiakkaille
 vertaistukea, voimaantumista asiakkaille
 tietoa asiakkaille
 auttaa parempaan hoitotasapainoon

jos korvais osan niistä käynneistä... tässä tavoitetaan yhtä aikaa enemmän potilaita... ryhmätoiminta on aina järkevää ku ajatellaan resursssia... päästäs pikkusen parempiin hoitotuloksiin.. saavutettas tavoitteita ei se oo halvin vaan se tehokkuus...

korvaisi yksilökäyntejä samalla kertaa monelle asiakkaalle säästää resurssia pääsisi parempiin hoitotuloksiin
 saavutettaisiin hoitotavoitteita tehokkaampi
 säästäisi resursseja
 hyötyä organisaatiolle
 auttaa saavuttamaan hoitotavoitteet paremmin

etävastaanotollakin voi käyttää niitä pelikarttoja(diabetes keskustelut)... etävastaanotolla on syvällisen asiakaslähtöistä.. lääkäri on minua varten eikä vahtaa tietokonetta.. kokevat sen kontaktin hyvänä... senki kanssa oppii toimimaan ... se on enemmänki kiinni

etävastaanotto toimiva
 etävastaanotto toimiva
 etävastaanotto toimiva ryhmäohjauksissa
 etävastaanotolla asiakaslähtöistä
 hyvä vuorovaikutus oppiin käyttämään

siitä persoonasta

<p>pelikartta voi olla hyvä, joita pelit kiinnostaa... se voi aktivoida keskustelua... auttaa sisäistämään asioita.. me käytettiin sitä keskustelukarttaa ja saatiin ihan hyvää palautetta... ne diabeteskeskustelut oli hyvä... tuli innostus, että tämä on kiva...</p>	<p>riippuu persoonasta Diabetes Keskustelut hyvä aktivoi keskustelua auttaa ymmärtämään asioita Diabetes Keskustelut palaute hyvä hyvä toimintamenetelmä innostava toimintamenetelmä</p>	<p>Diabetes Keskustelut hyvä, toimiva, aktivoiva</p>	
<p>lähin luennoimaan... toisaalta se oli luentopainotteinen... ehkä enemmän olisi voinut keskustella... meillä oli enemmän keskustelua... minulla oli enemmän käytännön ohjeita...</p>	<p>luentomenetelmä luentopainotteinen enemmän keskustelua keskusteleva menetelmä käytännön ohjeita</p>	<p>luennointi menetelmä vuorovaikutteinen, asiakaslähtöinen käytännönläheinen</p>	<p>ohjausmenetelmä luennointi ohjausmenetelmä asiakaslähtöinen</p>
<p>on aika niukat resurssit... oli valmista materiaalia.. kokoushuone on parempi, on enemmän tillaa... tilat on ollu puute xxx on hyvät tilat tilat ovat rajalliset aina vaihettiin paikkaa, olis pitäny olla samassa paikassa</p>	<p>hunot resurssit valmis materiaali tila hyvä sopivia tiloja ei ole ollut tiloja rajallisesti</p>	<p>huonot tilaresurssit osassa kuntia osassa hyvät tilat</p>	<p>ryhmäohjaukseen soveltuvia tiloja osassa kunnista hyvin, toisissa kunnissa tarve ryhmäohjaukseen soveltuvista tiloista</p>
<p>semmonen henki, ettei siihen työaika saisi mennä... pidin itestään selvänä (organisaation tuki)... on ollu toivottu käytäntö.. meillä kannustetaan... ei se itekseen synny, saapiko siihen työaika käyttää... aika paljo kotona valmisteltiin, ettei sitä työaika menny... esimiehen tuki on hirveän tärkeä, ku ei se itekseen synny..</p>	<p>työaika ei riittävästi organisaation tuki hyvä organisaatiossa kannustetaan työaika ei saisi käyttää vapaa-ajalla valmistelua esimiehen tuki tärkeä</p>	<p>työorganisaation tuki osalla ohjaajista hyvä, osalla ei riittävästi</p>	<p>Työorganisaation tuki osalla ohjaajista hyvä, osalla ei riittävästi</p>

Ryhmien ohjaajien kehittämistarpeet

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu ja ryhmittely	alakategoria	yläkatgoria
<p>saatasi ryhmiä toimimaan... saataisiin tätä muillekin... täsät pitäsi tulla toimintatapa... tämä pitäs ottaa käyttöön... se tulis osaksi omaa työtä.. voisha sitä ajatella muuta tai ryhmiä.. ryhmäohjaus juurtuisi koko kainuun alueelle olis hyvä, että jatkuisi oon valamis jatkaan täällästä vois olla semmosia nonstop ryhmiä.. vois pitää kertauskursseja..</p>	<p>ryhmätoiminta vakiintuneeksi muillekin kohderyhmille saada toimintatavaksi ottaa käyttöön muunlaisiakin ryhmiä laajentaa ryhmäohjausta</p> <p>jatkuvia ryhmiä valmis jatkamaan toimintaa erilaista ryhmätoimintaa kerrata vanhojen kanssa</p>	<p>ryhmätoiminta vakiinnuttaa toimintatavaksi ryhmiä erilaisille kohderyhmille laajentaa ryhmäohjausta</p>	<p>laajentaa ja monipuolistaa ryhmäohjausta</p>
<p>olis hyvä ollu saaha osallistua kaikkiin osioihin... oppisi jotain ku saisi kuunnella... toinen toistaan tukevana.. olis ollu hyvä ku olis päässy muihinni koontumisiin.. haluaisin osallistua muihinni, että taas oppisi... se kouluutajien yhteinen palaveri... olis eduksi kokoontua ennen ryhmän aloittamista...</p>	<p>osallistua toisten ohjaukseen osallistumalla oppi uutta tukea toisilta osallistua toisten ohjaukseen osallistumalla oppi uutta yhteistyötä enemmän</p>	<p>yhteistyötä saisi uutta tietoa</p>	<p>lisätä yhteistyötä</p> <p>kasvattaa omaa asiantuntijuutta</p>
<p>informaatiota pitäis olla. se informaatiojuttu pitäis saaha hallintaan... olis hyvä sopia, että puhutaan yhteisellä äänellä.. ainaki se sopia kuka ilmottaa ja kenelle.. aikataulutua tulisi olla.. epäonnistu se kokoon-tuminen ku tieto ei kulu-kenu...</p>	<p>informaatio tulisi toimia informaatio tulisi saada toimimaan... sopia asioista aikataulu sopia tiedon kulku parempi</p>	<p>tiedottaminen saada toimimaan sopia paremmin yhteisistä asioista</p>	<p>ryhmäohjauksen organisointia ja tiedonkulkua parantaa</p>

Liite 5.

Rahoitussuunnitelma ja toteutuminen

Kustannuslaji	suunnitelma	toteutuminen
Matkakustannukset (oma auto) (4 valmistelupalaveria + haastattelut)	260 e	260 e
Julkaisukustannukset (3)	70 e	70 e
Monistekulut	50 e	50 e
Puhelin	30 e	30 e
Henkilöstö: kokoukset, projekti-päällikkö	11844 e	11811 e
Kokoukset: tarjoilut	180 e	180 e
Kulut yhteensä	12434 e	12434 e